

Не остались в стороне заболевания крови, вопросы лечения пожилых пациентов, нелекарственные методы лечения терапевтических заболеваний, нарушения сна в практике терапевта, а также условия работы врачей первичного звена.

24 ноября в рамках Конгресса был проведен пленум РНМОТ. Открыл пленум вице-президент РНМОТ, профессор В.П. Терентьев. Затем был заслушан и единогласно одобрен отчет о деятельности РНМОТ за 2011 г. и план работы общества на 2012 г., представленный генеральным секретарем РНМОТ, профессором А.А. Спасским. А.Г. Арутюнов представил отчет о работе клинического подразделения РНМОТ и ходе «Открытого исследования синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации» («ОРАКУЛ-РФ»). Ученый секретарь РНМОТ В.А. Кокорин рассказал о проведении «Исследования по изучению клинической эффективности ранней диагностики инфаркта миокарда, с помощью белка, связывающего жирные кислоты» («ИСПОЛИН») и результатах набора пациентов. Работа клинического подразделения РНМОТ была единодушно признана успешной.



Презентация журнала «Архивъ внутренней медицины»

Вице-президент РНМОТ, профессор Г.П. Арутюнов представил план подготовки национальных рекомендаций по миокардитам, инфекционному эндокардиту, жизнеугрожающим нарушениям ритма, внебольничным пневмониям у больных ХСН, приобретенным порокам сердца, диагностике и стратегии ведения пациентов с хронической болезнью почек врачом первичного звена, ХОБЛ у больных с ХСН и ИБС, стратегия ведения пожилого пациента врачом первичного звена, рассчитанный на период до 2015 г.

Генеральный секретарь РНМОТ А.А. Спасский сообщил об издании собственного официального

журнала РНМОТ «Архивъ внутренней медицины» и выпуске его первого номера. Проводившаяся в рамках Конгресса презентация журнала привлекла огромное внимание участников и стала важной частью программы.

Член президиума Общества, профессор В.П. Михин предложил создать рабочую группу по подготовке новой классификации кардиоцитопротекторов, а вице-президент РНМОТ, член-корреспондент РАМН М.И. Воевода — рабочую группу по эпидемиологии внутренних болезней. Оба предложения были единогласно поддержаны. Сообщение члена президиума РНМОТ Г.Б. Федосеева называлось «Проблемные больные в терапии. Кто они и как их лечить?».

Вице-президентом РНМОТ Г.П. Арутюновым были представлены перспективы развития Общества: создание рабочей группы по подготовке многолетнего издания «Справочник терапевта», оптимизация проведения клинических исследований под эгидой РНМОТ, внесение вопроса в МЗиСР о создании нормативной базы под эгидой МЗиСР РФ для проведения аттестации медицинских кадров на местах под эгидой РНМОТ, развитие информационных технологий и проведение web-семинаров, развитие молодежной терапевтической науки, создание библиотеки Национальных конгрессов. В конце пленума был утвержден план и форма подачи заявок на проведение мероприятий под эгидой РНМОТ, а также избраны новые члены правления, которыми стали профессора И.Г. Гордеев, О.М. Драпкина, И.Ю. Демидова и А.М. Шилов.

В рамках Конгресса прошла выставка современных достижений в области разработки и производства лекарственных средств, диагностического и лечебного оборудования, расходных материалов и медицинской литературы. В выставке приняли участие 49 производителей фармацевтической продукции и оборудования и 30 средств профессиональной информации и коммуникации. Компании-участницы выставки предоставляли посетителям получить научную информацию по приоритетным направлениям Конгресса.

Генеральными спонсорами Конгресса стали компании «Эбботт», «Берлин-Хеми Менарини» и «Верваг Фарма», официальными спонсорами — компании: «Никомед», «Валента», «МСД», «Др. Редди'с», «Фарм-стандарт» и «Астеллас». Спонсор информационной рассылки — компания «Берингер Ингельхайм».

НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВИЧ МУХИН: «Терапия — царица клиники»



Оптимист, живущий под знаменем любви к своему делу, обязательно достигнет больших успехов. Над ним не властны ветра перемен, а новые веяния дают такому специалисту повод подняться на более высокий профессиональный уровень. Именно таким человеком перед коллегами, читателями журнала «Архивъ внутренней медицины» представит Николай Алексеевич Мухин, директор Клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева, заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН.

Николай Алексеевич, вы — последователь великого ученого и клинициста Евгения Михайловича Тареева, заведуете клиникой, которой присвоено его имя, обучаете новые и новые поколения врачей. Каковы, на ваш взгляд, современные тенденции развития медицины и терапии в частности?

Медицина сегодняшнего дня идет по пути специализации. Вместо земского врача практически в любом лечебно-профилактическом учреждении теперь работают несколько десятков специалистов. На смену препаратам широкого спектра действия пришли лекарственные средства с таргетным эффектом. Но, с другой стороны, этому процессу разделению противостоит необходимость объединения. Простой пример: самое современное противовирусное лечение гепатита С связано с интерферонами. Побочные эффекты этих средств известны и описаны — это и лихорадка в первые дни, и головная боль, и депрессия. И если лихорадка не всегда требует вмешательства врача, то депрессивные состояния лечатся только под контролем специалиста — психотерапевта, психиатра. Т.е. проблема гепатита С выходит за рамки компетенции только гепатологов. Или, например, неходжкинские лимфомы зачастую ассоциированы с вирусом гепатита С, и тогда в процесс лечения оказываются вовлеченными еще и гематологи. Нередко препарат, который изначально использовался в работе врачей одной специальности, постепенно расширял круг показаний, и выяснялось, что теперь его могут взять на вооружение их коллеги. Поэтому необходимо постоянное общение специалистов разных на-

правлений, публикации, конгрессы, отражающие междисциплинарный уровень.

Но многим врачам из регионов сложно приехать на какое-то мероприятие, которое проходит, например, в Москве или Санкт-Петербурге. Может быть, имеет смысл чаще устраивать виртуальные онлайн-школы, телеконференции?

Думаю, как дополнение к уже сложившимся традициям подобных мероприятий — да, но ни в коем случае не в качестве замены очным конференциям. С повышением популярности Интернета росли и крепили наши опасения, что однажды, придя на конференцию, конгресс или форум, мы увидим пустой зал. Но этого не произошло. И дело не в том, что мы закрыты для инноваций в сфере образования. Просто личное общение не заменит ни видеотека, ни мультимедийный экран. В один ряд с ним я ставлю только публикации — общение через журналы тоже давно и прочно вошло в нашу жизнь. А то, что «Архивъ внутренней медицины» предлагает проводить дискуссии, круглые столы прямо на страницах журнала, действительно очень полезно для врачей.

Николай Алексеевич, как вы считаете, должен ли маститый ученый и врач формировать свою школу? Не стали ли специалисты вашего уровня менее «щедрыми» в смысле передачи своих знаний молодому поколению врачей?

К счастью, нет. Мне довольно часто приходится выступать, что называется, с трибуны — на конгрессах, симпозиумах, лекциях, семинарах по самым разным

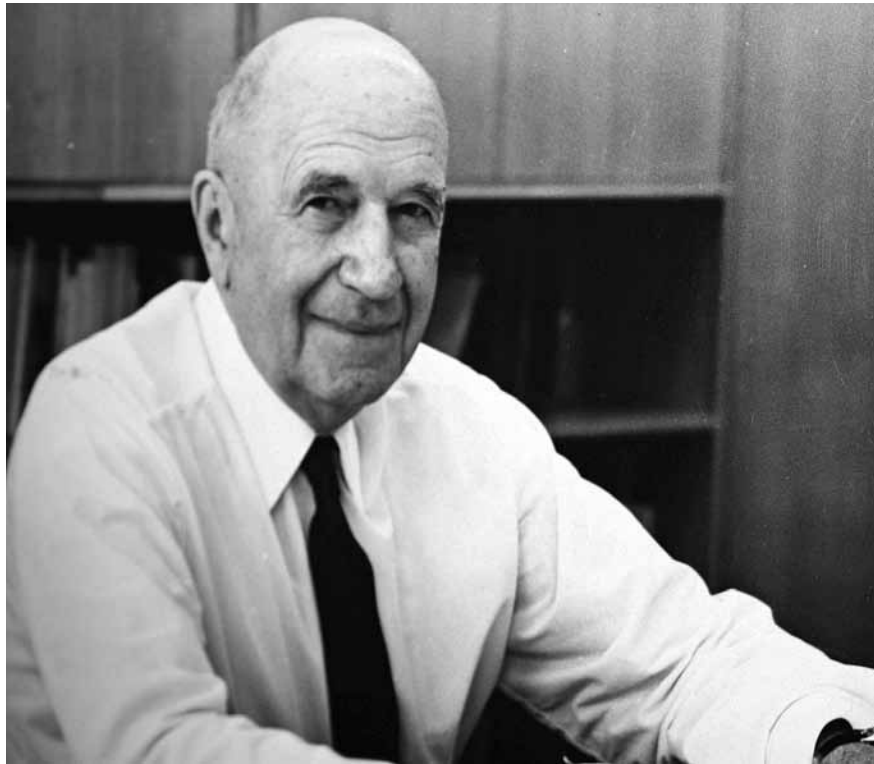
специальностям. И если кто-то из слушателей просит у меня копию презентации, всегда с удовольствием предоставляю любые материалы. Так же поступают и мои коллеги. Да и как может быть иначе? Только так мы можем сделать работу врачей всех уровней максимально эффективной, только так мы можем передавать накопленный опыт, только так можно помогать людям. Ученый просто не имеет права хранить знания при себе. Если тебе кажется, что ты достиг определенной глубины в изучении какой-либо проблемы и можешь поделиться впечатлениями с коллегами, с врачами в том числе, это нужно делать обязательно, потому что, во-первых, монографии не всегда выходят быстро, а данные теперь очень быстро устаревают, и, во-вторых, ничто не заменит живого общения — когда можно задать вопрос и в живой беседе получить на него ответ, принять участие в дискуссии. Поэтому призываю врачей: если у вас появляется возможность принять участие, скажем, в семинаре, не пренебрегайте ею!

Конечно, не менее важны дистанционные методы обучения, особенно если учесть размеры нашей страны и финансовую обеспеченность учреждений и самих врачей, не позволяющую лично посещать все интересующие, необходимые им мероприятия. Поэтому необходимо развивать дистанционное обучение, и специалисты нашей клиники обязательно участвуют в подобных мероприятиях.

Многие преподаватели медицинских вузов жалуются, что студенты «совсем не те, что были раньше», «интерес к учебе отсутствует» и сетуют, мол, работать врачами станет некому...

Позволю себе не согласиться. Студенты, по большей части, хотят учиться. Но именно преподаватель должен выявлять их хорошие качества, мотивировать, а не только журить. Когда человеку говорят о его хороших качествах, он вырастает в собственных глазах. К счастью, большинство коллег разделяют мои взгляды. Именно это помогает нам сохранять традиции клиники и, развиваясь, двигаться вперед!

Среди студентов очень много талантливых и умных молодых людей, просто надо уметь их видеть. Я многие годы был председателем государственной аттестационной комиссии на лечебном факультете Первого московского государственного медицинского института (теперь — университета) им. И.М. Сеченова, и сейчас ее возглавляю. Во время выпускного



Евгений Михайлович Тареев

экзамена преподаватели не раз ставили студентам пятерки с плюсом. Некоторые из этих студентов сегодня уже известные врачи. Конечно, возможности молодых специалистов необходимо открывать и развивать. У нас весьма популярны элективные курсы. Помимо основной программы, выделяются проблемные области, иногда в рамках курса или дополнительно, где более подробно обсуждается та или иная проблема. Списки предлагаемых тем по разным специальностям мы вывешиваем на кафедрах, сайтах, и студенты по собственному усмотрению выбирают те, которые им хотелось бы изучить детальнее. Кроме того, элективные курсы засчитываются при поступлении в интернатуру и ординатуру, т.е. они не только расширяют кругозор, но и предоставляют дополнительное количество баллов.

На клинических кафедрах обязательно должно быть оптимальное соотношение опытных «зубров» и молодежи. Работа с молодыми специалистами — существенная часть деятельности любой кафедры. Не могу не отметить и роли заведующих отделениями, их работа — часть общего успеха. В любом коллективе должны быть молодые кадры. Молодежь лояльнее относится ко всему новому, чем многие более опытные специалисты.

Когда на фармацевтическом рынке появляется новый препарат, вы сразу же назначаете его своим пациентам?

Если он прошел все необходимые исследования и ожидаемая польза от его применения превышает



Максим Петрович Кончаловский

потенциальные риски — почему нет? Врач должен идти в ногу со временем. То, что было раньше, уже не всегда подходит сегодня, а наша задача — сделать все возможное, чтобы помочь пациенту. В 1960 г. я по распределению попал на Землю Франца Иосифа, где два года лечил метеорологов и сотрудников полярной станции. По обыкновению, врач в таких местах должен быть и терапевтом, и хирургом, и стоматологом, одним словом, специалистом очень широкого профиля. Поэтому мне приходилось и зубы лечить полярникам, и абсцессы вскрывать...

Николай Алексеевич, согласны ли вы с тем, что сейчас многое подлежит переоценке и реформированию с современных позиций?

Вполне согласен. Могу привести пример. Относительно недавно появилась новое клиническое понятие — хроническая болезнь почек. Обычно терапевт обращает внимание на функциональное состояние почек у пациента только тогда, когда видит явные патологические симптомы почечной болезни — появление белка в моче, повышение уровня креатинина в сыворотке крови и т.п. А начальные стадии поражения почек остаются незамеченными, тем более что заболевший может чувствовать себя вполне удовлетворительно. Чтобы обнаружить самые ранние изменения, необходимо провести специальные лабораторные исследования (в частности, выявление микроальбуминурии), определить скорость клубочковой фильтрации, используя теперь хорошо известные формулы подсчета.

Вместе мы сильнее

Наличие большого числа кафедр на базе клиники очень важно для научных исследований. Максим Петрович Кончаловский, который был учителем Евгения Михайловича Тареева, говорил, что хороший коллектив — это коллектив, где все друг у друга учатся. Лучше не скажешь!

Этот алгоритм необходимо применять при ведении всех пациентов, или речь идет об отдельных контингентах больных?

В условиях ограниченного времени можно определять эти показатели только для групп риска — курильщиков, лиц, страдающих артериальной гипертонией, распространенным атеросклерозом, метаболическим синдромом, ожирением и, конечно же, сахарным диабетом. При этих состояниях почки поражаются одними из первых, скорость клубочковой фильтрации снижается, но уровень креатинина может определенное время, иногда довольно длительное, оставаться нормальным. Я бы не советовал терапевту ограничиваться только назначением лекарственных средств для лечения основного заболевания — пациент может периодически забывать о своевременном приеме препаратов, нарушать диету... В итоге, например, на приеме цифры артериального давления могут быть нормальными, но негативное воздействие на почки все же оказывается. Коллеги, чаще подсчитывайте скорость клубочковой фильтрации — это позволит предупредить тяжелое поражение почек у наших пациентов. Тем более что сейчас совсем не обязательно рассчитывать ее вручную. Существуют доступные специальные компьютерные программы: достаточно внести данные пациента, и цифра появится на экране.

Получается, терапевту нужно знать все или почти все, уделять внимание и время каждому пациенту, разбираться, привлекать коллег узких специальностей. Возможно ли это в современной ситуации, сложившейся в здравоохранении?

Терапия была и остается царицей наук. Многие специальности вышли именно из терапии: пульмонология, гастроэнтерология, нефрология — перечислять можно очень долго. Терапия сама по себе не потеряла своей значимости, в процессе лечения именно терапевт был и остается основным специалистом. Вопреки расхожему мнению, терапевт — это не диспетчер, который выписывает кипу направлений на исследования, а затем определяет больного к другим врачам и забывает о нем. Задача терапевта — вести пациента с того момента, как он перешагнул порог кабинета, и до выздоровления или улучшения. Да, это непросто, объем работы и



необходимых знаний поистине огромен, но лично я — и, думаю, многие коллеги меня поймут и согласятся со мной — испытываю огромное удовольствие, когда мы можем помочь человеку. Это самое главное в работе врача.

Что, по вашему мнению, представляет собой клиника внутренних болезней сегодня? Это совокупность множества специалистов узкого профиля, или необходимо присутствие также и терапевтов, обладающих широкими знаниями?

Современная клиника внутренних болезней — это сложная структура, сложное научное учреждение, в котором, как правило, проводится большая диагностическая и лечебная работа, ведутся научные исследования и, конечно же, обучаются студенты. Поэтому классические образцы клиники, которые дали нам предшественники, выдающиеся клиницисты как российские, так и зарубежные, в частности французские и английские, обязательно должны использоваться. Главный смысл их был госпитализировать больных, заниматься диагностикой и изучением клинических вариантов и обучать. Эти принципы и сегодня нельзя терять. Конечно, в наше время каждая клиника имеет некоторые особенности в работе, например, есть клиники, где преимущественно занимаются проблемами кардиологии или гастроэнтерологии. Но если учреждение называется клиникой внутренних болезней, в нем обязательно должен быть широкий список кафедр, представляющих клинические службы терапевтического профиля. Наша клиника, по моему мнению, как раз и соответствует этому стандарту. У нас представлены отделения нефрологического, гастроэнтерологического, гепатологического профиля, мы занимаемся лечением легочных патологий, системных заболеваний соединительной ткани и т.д.

Современная клиника — множество специалистов, каждый из которых знает какую-то деталь в конкретной проблеме. Конечно же, такие специалисты очень ценны, но не надо замыкаться только на од-

ной специальности. Нельзя без конца углубляться в специальность, не зная, что происходит вокруг. Например, сейчас очень актуален кардиоренальный синдром, когда одновременно выходят на поверхность проблемы с сердцем и почками. Его лечение требует совместной работы кардиологов и нефрологов. Целый ряд маркеров выявляют проблемы этих систем. И чем раньше врач обратит внимание на тот или иной маркер, тем эффективнее окажется его помощь заболевшему (у которого, кстати, еще нет стандартных признаков заболевания почек). Иногда врач может даже предвосхитить болезнь, если задумается, почему у человека появился этот маркер, где начинает развиваться неблагополучие.

Не могу не отметить, что и наша клиника, и я лично стремимся к тому, чтобы молодой специалист не замыкался только на профессиональной сфере. Важно следить за тем, чтобы общий кругозор сотрудников и студентов был широк. В клинике довольно часто проводятся музыкальные вечера, на которых выступают и именитые музыканты, и начинающие, например, недавно состоялось выступление студентов московской консерватории. На концерты мы приглашаем и пациентов.

Таким образом, вы еще расширяете кругозор и пациентов?

Вполне допускаю, что и так. Кроме того, такое общение делает отношения врача и пациента более доверительными, успокаивает, помогает адаптироваться, ведь пребывание в стационаре — существенный стресс для каждого человека.

Иногда даже наши научные конференции начинаются с небольшого музыкального выступления. Это также помогает настроиться на определенный лад.

Помимо концертов, в клинике проводятся вернисажи, на которых можно не только полюбоваться на картины, но и пообщаться с художниками. Знаю, что очень многие сотрудники и студенты — частые посетители московских художественных музеев (потому что, бывает, сталкивался с ними там). И приятно думать, что любовь к живописи привита им в том числе нашей клиникой. А



*Российское научное медицинское общество терапевтов, президент РНМОТ
Ю.Б. Белоусов и редакция журнала
«Архивъ внутренней медицины»
от всей души поздравляют
Николая Алексеевича Мухина
с 75-летием и избранием академиком
Российской академии наук!*

В.А. Гуров¹, В.Э. Медведев^{2*}

УДК [615.214Фенорелаксан:616.891.6-07-08](045)

¹ Президиум Российского научного медицинского общества терапевтов, Москва

² ФГОУ ВПО Российский университет дружбы народов, факультет повышения квалификации медицинских работников, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Москва

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ

Резюме

Своевременная диагностика и раннее начало адекватной терапии расстройств тревожного спектра (тревожные расстройства, ТР) остается одной из актуальных задач современной медицины, что определяется высокими показателями распространенности и значимым влиянием ТР на качество жизни не только соматически ослабленных пациентов, но и физически здоровых людей. В статье рассмотрены аспекты диагностики и лечения ТР в общей медицинской сети, в частности описаны рекомендуемые в настоящее время схемы применения препарата Фенорелаксан и преимущества этого лекарственного средства.

Ключевые слова: тревожные расстройства, симптомы тревоги, бензодиазепины, Фенорелаксан.

Abstract

Early diagnosis and early initiation of adequate therapy in the spectrum of anxiety disorders (AD) is one of the pressing problems of modern medicine, which is determined by the high prevalence and significant impact on quality of life of AD is not only burdened with somatic patients, but also physically healthy people. The article deals with aspects of diagnosis and treatment of TS in the general medical network, in particular, describes the currently recommended regimen of the drug Phenorelaxan and benefits of this drug.

Key words: anxiety disorders, symptoms of anxiety, benzodiazepines, Phenorelaxan.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ТР относятся к первым десяти самым значимым проблемам общественного здравоохранения [4, 16]. Так, согласно результатам исследований, проводившихся в 27 европейских странах, у 12–27% представителей популяции в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении только одного (последнего перед исследованием) года имел место хотя бы один эпизод ТР (генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство). При этом пожизненная распространенность ТР составляет около 21–30% среди всего населения. В других популяционных исследованиях клинически очерченные формы ТР выявляются у 6,5% населения, а в течение жизни — у 25–50%. Отдельные симптомы тревоги или субсиндромальные ТР регистрируются у 76% населения [17–19].

Тревожные расстройства в общей практике

ТР остаются одними из самых распространенных психопатологических состояний у пациентов с соматической (кардиологической, дерматологической, онкологической, гастроинтестинальной и др.) патологией. У пациентов, наблюдающихся в учреждениях общей лечебной сети, встречаемость ТР достигает

23–78%, среди контингента амбулаторных больных — в среднем 45,9% [2, 13]. Например, среди ТР у больных с наиболее распространенной в мире соматической патологией — сердечно-сосудистыми заболеваниями — чрезвычайно высока встречаемость невротических, связанных со стрессом, и соматизированных (по терминологии МКБ-10) симптомокомплексов. Страх наличия кардиологического заболевания и сопряженного с ним летального исхода (кардиофобия) диагностируются у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца [17]. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) тревожные ипохондрические реакции выявляются у 28,2%, соматизированные — у 3%, тревожно-фобические — у 2,9%. Гетерогенные нозогенные ТР регистрируются у 98,6% больных с артериальной гипертензией и у 89,6% пациентов с хронической сердечной недостаточностью [4]. По данным Американской психиатрической ассоциации, частота раннего генерализованного ТР у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, достигает 27%, позднего (спустя 3 месяца) — 23% [15].

Значение расстройств, коморбидных с соматическими заболеваниями (СЗ), определяется не только их высокой распространенностью и подчас трудностью диагностики. Данные психопатологические состояния и СЗ находятся в реципрокных соотношениях: каждое из них способствует прогрессированию

* Контакты. E-mail: melkorcard@mail.ru. Телефон: (495) 350-28-75