



Учредитель Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Интервью ректора СПбМАПО Н.А.Белякова

В сентябре 2003 г. ректор СПбМАПО Н.А. Беляков побывал в командировке в столице Республики Коми. Об этом он рассказал редакции газеты «Вестник МАПО».

— В Сыктывкаре мне как заместителю председателя Северо-Западного отделения РАМН предстояло оценить работу Коми-научного центра СЗО РАМН, а также выяснить возможности открытия региональной кафедры для подготовки врачей Республики Коми, по аналогии с существующими в академии кафедрами последипломного обучения врачей Псковской и Мурманской областей.

На меня произвел впечатление прекрасно оснащенный Центр кардиологии (директор — к.м.н. А.В. Кузнецов) — он мог бы украсить столицу любого государства. Очень понравился Центр перинатальной патологии (директор — к.м.н. М.А. Мурашко), в котором используют высокие медицинские технологии. Оба директора — перспективные молодые люди, они завершают докторские диссертации.

В республике примерно год назад избрали новое правительство, поэтому мы контактировали уже с новой Администрацией. Политика академии, направленная на приближение кафедр к регионам,

оправдывает себя. Кафедра последипломного обучения врачей Псковской области — хороший пример, который готовы воспринять и руководители, и врачи Республики Коми.

Состоялись переговоры с министром здравоохранения республики Э.В. Нечаевой и ее заместителем Н.Н. Альтманом. Был намечен план и этапы открытия территориальной кафедры в СПбМАПО — кафедры подготовки врачей Республики Коми. Базисными специальностями этого подразделения академии будут, как и на аналогичных кафедрах во Пскове и Мурманске, терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и



Руководитель Республики Коми В.А. Торопов (слева); главный ученый секретарь Северо-Западного отделения РАМН А.А. Тотолян; ректор СПбМАПО Н.А. Беляков (справа).

гинекология, а также общая врачебная практика.

Куратором этого проекта станет проректор по научной и изда-

тельской работе СПбМАПО проф. Т.Н. Трофимова. Предстоит серьезная и интересная работа.

«Давиденковские чтения»

18 сентября 2003 г. проведена пятая конференция «Давиденковские чтения», которую можно считать уже традиционной для кафедры невропатологии СПбМАПО.

В 1997 г. кафедре присвоено имя выдающегося клинициста-невролога — академика С.Н. Давиденкова, возглавлявшего её в 1932–1961 гг. Являясь эрудированным и разносторонним учёным, он фактически заложил основу отечественной нейрогенетики, пережив в связи с этим тяжёлые годы гонения и неприятия его генетических идей.

С.Н. Давиденков внёс также значительный вклад в различные разделы неврологии, касающиеся сосудистых заболеваний головного и спинного мозга, периферической и вегетативной нервной системы, нейроинфекций, нервно-мышечных заболеваний наследственной и аутоиммунной природы и т. д.

Идея проведения ежегодных «Давиденковских чтений» была реализована в сентябре 1998 г. по ходатайству заведующего кафедрой невропатологии СПбМАПО проф. Н.М. Жулёва и сотрудников кафедры. Для проведения конференции был выбран именно сентябрь, поскольку день рождения акад. С.Н. Давиденкова — 7 сентября. Кроме того, в этом месяце (28 сентября) родился и другой выдающийся учёный и клиницист — з.д.н. РФ проф. В.С. Лобзин, возглавлявший кафедру в 1982–1992 гг.

На «Давиденковских чтениях» традиционно представляются доклады, посвящён-

ные самым актуальным проблемам клинической неврологии — сосудистым заболеваниями, нейроинфекциям, заболеваниям периферической нервной системы. Освещаются вопросы молекулярной генетики, митохондриальной патологии, генетического паспорта, иммуногенетики, генной терапии.

Пятая конференция «Давиденковские чтения» совпала со 110-й годовщиной кафедры невропатологии. Рассматривались вопросы диагностики и хирургического лечения патологии экстракраниального отдела вертебрально-базиллярного сосудистого бассейна (д.м.н. Г.Ю. Сокуренок, к.м.н. Д.В. Кандыба). Впервые были представлены данные о неврологических проявлениях и осложнениях ВИЧ-инфекции (профессора А.Г. Рахманова, Н.М. Жулёв, Б.А. Осетров, соискатель кафедры С.И. Пархоменко). В основу доклада был положен анализ работы Санкт-Петербургского центра СПИД. Ус-

тановлены взаимоотношения этого вида патологии с наркоманиями, которые в значительной степени усиливают неврологические осложнения уже на более ранних этапах течения ВИЧ-инфекции.

Методы физиотерапии, активно разрабатываемые на кафедрах неврологии и физиотерапии с периода работы в институте проф. Л.В. Блуменау (1900–1932 гг.), были продолжены акад. С.Н. Давиденковым, проф. В.С. Лобзиным и сотрудниками кафедры настоящего времени (Н.М. Жулёвым, Л.А. Сайковой, В.Г. Пустозёровым и др.). На последней конференции вновь прозвучали доклады об использовании физиотерапевтических методов в неврологии (заведующая кафедрой физиотерапии проф. В.В. Кирьянова, аспирант П.И. Гузалов).

Традиции кафедры невропатологии продолжают успешно развиваться.

**Н.М.Жулёв
Л.А.Сайкова**



На V конференции «Давиденковские чтения».

Ее имя — среди лучших педиатров России

Заслуженный деятель науки РФ профессор Нина Васильевна Орлова

читайте на стр. 3

4-й международный кардиологический симпозиум

«Мейо-Шеба — Санкт-Петербург»

стр. 5

Конгресс ассоциации кардиологов стран СНГ

стр. 5

5-й Славяно-Балтийский научный форум «Санкт-Петербург — Гастро 2003»

стр. 6

«Врачи мира — пациентам»

стр. 6



Конференция ученого совета

В СПбМАПО 26 сентября 2003 г. состоялась конференция, посвященная формированию нового состава ученого совета академии. Присутствовали 180 делегатов из предполагаемых 206.

Итоги голосования: были розданы 149 бюллетеней. Проголосовали «за» — 149 человек.

О новом составе ученого совета читайте на стр. 3.



Выступление на конференции чл.-корр. РАМН, з.д.н., профессора О.К. Хмельницкого.



Делегаты конференции.

Ее имя — среди лучших педиатров России

В ноябре 2003 г. исполнилось 80 лет видному представителю ленинградской — петербургской педиатрической школы, заслуженному деятелю науки РФ, профессору кафедры педиатрии №1 Нине Васильевне Орловой. Почти четверть века (1974–1996) руководила она этой кафедрой, которая первой в стране стала проводить циклы усовершенствования врачей по детской пульмонологии, детской кардиологии, функциональной диагностике у детей.

Проф. Н.В. Орлова — высококвалифицированный педагог, исследователь и талантливый врач, отличающийся разносторонним клиническим мышлением и уникальным практическим опытом, которым она делится с сегодняшним поколением врачей. В 80-е годы проф. Н.В. Орлова была председателем проблемной комиссии по педиатрии в ЛенГИДУВе, членом Аттестационной комиссии по педиатрии при ГУЗЛе. Сейчас проф. Н.В. Орлова — член президиума Союза педиатров Санкт-Петербурга, член Ассоциации детских кардиологов России. Она награждена пятью медалями и знаком «Отличник здравоохранения».

Нина Васильевна прошла сложный и трудный путь. В ее судьбе ничего не

достигалось «по благу» или за деньги. Все преграды в жизни она преодолевала сама. В 1940 г. с отличием окончила школу в Ленинграде и поступила в 1-й Ленинградский медицинский институт. Война началась, когда Нина Васильевна заканчивала 1-й курс. В июле 41-го ушел на фронт ее отец. На втором курсе она училась уже в блокированном, голодающем Ленинграде. После занятий в институте спешила в госпиталь на Кировский проспект — помогала раненым. Вместе с другими студентами ездил копать противотанковые рвы под Новым Петергофом. Затем — трудный путь в эвакуацию по тающему, проваливающемуся льду Ладоги в апреле 1942 г. По дороге умирает от дистрофии ее мать в возрасте 42 лет...

Нина Орлова стала учиться в Рыбинской фельдшерско-акушерской школе, которую окончила с отличием, затем — в Белорусском медицинском институте, эвакуированном в то время в Ярославль.

В 1945 г. она вернулась в 1-й Ленинградский медицинский институт. После его окончания в 1948 г. была направлена в Эстонию — в поселок Кохтла-Нымме. Она заведовала амбулаторией, здравпунктом и детскими

яслями — по сути, работала как семейный врач, и это был самоотверженный труд.

Она лечила шахтеров, их жен и детей. Эстонцы полюбили молодого доктора — и это в условиях, когда русские считались оккупантами и приходилось преодолевать не только лишения послевоенного времени, но и настороженность людей, долгие годы воспитывавшихся в духе недоверия к Советской власти. В окрестных лесах действовали «лесные братья». Некоторых из них, с огнестрельными ранениями, ей приходилось лечить.

После 4 лет самостоятельной работы Н.В. Орлова поступила в клиническую ординатуру, затем — в аспирантуру 1-го ЛМИ при кафедре педиатрии, которой заведовала проф. Э.А. Горницкая. С 1960 г., после защиты кандидатской диссертации, вся врачебная, педагогическая и научная деятельность Н.В. Орловой связана с ЛенГИДУВом — СПбМАПО.

Сегодня редко доводится слышать лекции такого качества, какие читает проф. Н.В. Орлова. В них — удивительное соединение знаний практических и научных, слепая прикладная и новейшей теоретической медицины. И всегда на ее лекциях присутствует живая история: звучат имена основателей, первооткрывателей, корифеев отечественной и мировой медицины.

Память Нины Васильевны — кладь клинических знаний, носитель клинической картины многих заболеваний, формы которых изменились. Когда ситуация в больнице им. К.А. Раухфуса бывала сложной и не хватало врачей, профессор Орлова не только консультировала пациентов, но и вела их как лечащий врач. За всеми ее назначениями стоит позиция практического врача и огромная ответственность за любое написанное или сказанное слово.

Ее выступления — это всегда аргументированный анализ. На разборах, подытожив сказанное лечащим врачом, она выстраивает такую логическую цепочку умозаключений, что появляется совершенно новое видение проблемы и вырисовывается иногда неожиданный диагноз. Можно лишь восхищаться подобным профессиональным уровнем и благодарить судь-



Сотрудники кафедры педиатрии №1 Ленинградского ГИДУВа с группой слушателей, 1987 г.

бу за возможность прикоснуться и к такой педиатрии.

Вся ее наука также имеет практическую направленность — это совершенствование методов лечения и диагностики. Проф. Н.В. Орлова внедрила в практическую медицину методы ранней диагностики недостаточности кровообращения у детей, разработала показания для назначения сердечных гликозидов детям с сердечно-сосудистой и пульмонологической патологией, обосновала практические рекомендации по лечению и профилактике нарушений сердечного ритма и проводимости у детей.

Она первой в России занялась проблемой внезапной сердечной смерти у детей, провела научный анализ по выявлению предикторов этого драматического синдрома и предложила ряд мер для его профилактики.

Проф. Н.В. Орловой издано (в соавторстве) более 10 монографий: «Приобретенные пороки сердца у детей», «Первая врачебная помощь при острых соматических заболеваниях у детей раннего возраста», «Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и их фармакотерапия», «Справочник по неспецифическим заболеваниям органов дыхания у детей и их фармакотерапия», «Кардиоревматология детского возраста», «Справочник врача общей практики по педиатрии», «Справочник педиатра». Скоро выйдут ее новые книги

(в соавторстве) — «Новейший справочник по детской кардиологии» и «Нарушения ритма сердца и проводимости у детей раннего возраста». В каждой главе представлены клинические примеры.

Нина Васильевна — человек мудрый, сердечный и отзывчивый. Очень доброжелательна, всегда всем помогает. Она консультировала многих детей сотрудников академии. К ней можно обратиться по любому вопросу. Она не самоутверждается за чужой счет, никогда не скажет, что собеседник недостаточно компетентен. Общаясь с ней, ощущаешь психологический комфорт. Умеет слушать. Терпима ко всяким «угловатостям» других, относится снисходительно к людским недостаткам. Она принципиальна: всегда выскажет свою позицию, но при этом никогда не потребует, чтобы все обязательно с ней согласилось. Если и делает замечания, то всегда — в мягкой форме.

Она любима и учениками, и пациентами, а врачи-курсанты, восхищенные ее профессиональным мастерством, говорят: «Нина Васильевна не академик — лишь из скромности».

Проф. Н.В. Орлова — словно духовный стержень кафедры. Сама она стремится к тому, чтобы на родной кафедре, которая скоро отметит 100-летие, продолжались лучшие традиции отечественной педиатрии.

С.Л. Акимова



Ассистент кафедры педиатрии №1 Ленинградского ГИДУВа Н.В. Орлова (в центре) с группой врачей-курсантов, 1963 г.

Синдром внезапной сердечной смерти

(по материалам доклада профессора Н.В. Орловой на конгрессе Ассоциации кардиологов стран СНГ, 2003 г.)

Синдром внезапной сердечной смерти (СВСС) является одним из вариантов внезапной смерти у детей и подростков, при этом существенна роль патологии сердца и сосудов в возникновении смерти. Частота СВСС у детей с сердечной патологией составляет 1–13 на 100 тыс. детского населения.

Есть разные точки зрения на временной интервал между началом клинических проявлений болезни и смертью: 1 ч, 6 ч, 24 ч. Также, по мнению эпидемиологов, в группу СВСС можно относить случаи, отвечающие еще одному дополнительному условию: в течение последнего месяца перед смертью человек не состоял ни на амбулаторном, ни на стационарном лечении. В 80–90% случаев СВСС наступает в результате фибрилляции желудочков, реже — из-за внезапной остановки сердца.

Синдром внезапной сердечной смерти может возникать в ряде случаев.

1. При врожденных пороках сердца (ВПС) и сосудов, причем чаще — при пороках с нарушением оттока крови из сердца (стеноз устья аорты,

коарктация аорты, тетрада Фалло и др.), при аномальном отхождении левой коронарной артерии от легочной, а также при пороках и заболеваниях, характеризующихся легочной гипертензией (открытый артериальный проток, первичная и вторичная легочная гипертензия при хронических бронхолегочных заболеваниях).

2. У детей, оперированных по поводу ВПС, в результате гемодинамической недостаточности после операции, аритмий, дилатации.

3. При заболеваниях сердечной мышцы: миокардитах, кардиомиопатии — чаще при гипертрофическом варианте с обструкцией выхода левого желудочка.

4. При наследственных заболеваниях соединительной ткани (синдром Марфана, двусторонний аортальный клапан, миксоматозная дегенерация митрального клапана и др.), нейромышечных дистрофиях (Дюшена, Беккера), мукополисахаридозах и др.

5. При других заболеваниях сердца (опухоль сердца, эндокардиты, тяжелые электролитные нарушения, поражение сердца электрическим током, быстрое внутривенное введение но-

вокаидами, сердечных гликозидов и некоторых других лекарственных препаратов, электроимпульсное лечение у детей, занимающихся спортом).

К электрокардиографическим синдромам и состояниям, опасным возникновением тяжелых аритмий, относятся: синдром преждевременного возбуждения желудочков (например, синдром WPW), синдром удлиненного интервала Q–T, синдром ранней реполяризации желудочков, аритмогенная дисплазия правого желудочка.

Предвестниками СВСС является все, что указывает на электрическую нестабильность сердца: желудочковая экстрасистолия высоких градаций, пароксизмы желудочковой тахикардии, значимое удлинение интервалов Q–T, появление поздних желудочковых потенциалов.

Большое значение для определения электрической нестабильности миокарда имеет ЭКГ — метод высококого разрешения и исследования вариабельности сердечного цикла.

СВСС не всегда является неизбежным и необратимым следствием грубых морфологических изменений в сердце. В большинстве случаев суть механизма СВСС заключается в расстройстве образования и распространения электрических импульсов возбуждения в специализированных и сократительных клетках миокарда. Развитию фибрилляции желудочков чаще всего предшествуют эпизоды пароксизмальной желудочковой тахикардии (форма «пируэт»), иногда желудочковые экстрасистолы, особенно залпы полиморфных комплексов, начинающихся с раннего внеочередного сокращения. Реже фибрилляция желудочков развивается

вследствие острого нарушения внутрижелудочковой проводимости.

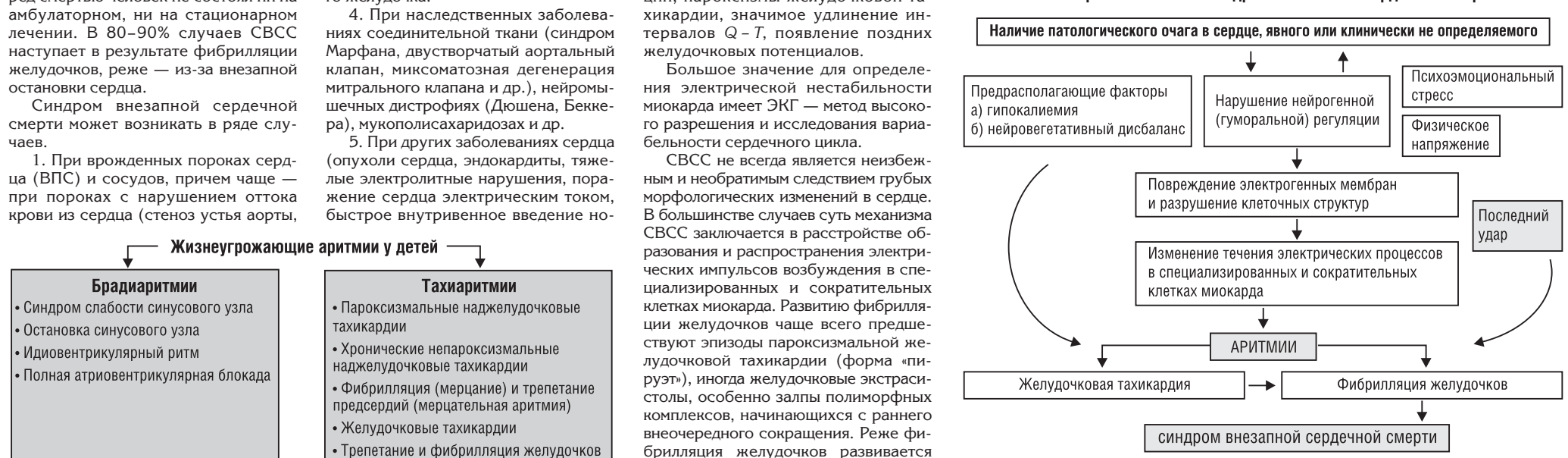
Возможна первичная асистолия желудочков, являющаяся следствием атриовентрикулярной блокады или синдрома слабости синусового узла, при мерцании или трепетании предсердий (у 5–20%). Желудочковая асистолия иногда возникает после единичной экстрасистолы или группы экстрасистол.

Развитие аритмий у детей с сердечной патологией обусловлено гипертрофией того или иного отдела сердца при некоторых ВПС, кардиомиопатиях, миокардитах, аритмиях и т. д.

Большое значение в возникновении фибрилляции желудочков принадлежит дисфункции симпатической нервной системы. Преобладание симпатических влияний приводит к снижению энергообразующей функции митохондрий, изменению внутриклеточного содержания натрия и калия, резкому увеличению потребления кислорода миокардом, повышенному выделению катехоламинов, что ведет к образованию некрозов в сердечной мышце. Все эти изменения могут привести к фибрилляции желудочков и внезапной смерти.

Окончание на стр. 3.

Некоторые механизмы синдрома внезапной сердечной смерти



Жизнеугрожающие аритмии у детей

Брадиаритмии

- Синдром слабости синусового узла
- Остановка синусового узла
- Идиовентрикулярный ритм
- Полная атриовентрикулярная блокада

Тахикардии

- Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии
- Хронические непароксизмальные наджелудочковые тахикардии
- Фибрилляция (мерцание) и трепетание предсердий (мерцательная аритмия)
- Желудочковые тахикардии
- Трепетание и фибрилляция желудочков

Состав ученого совета СПбМАПО

(Приказ ректора № 177 от 14 октября 2003 г.)

БЕЛЯКОВ Николай Алексеевич
ЩЕРБО Александр Павлович
МАЗУРОВ Вадим Иванович
ПОТАШОВА Галина Александровна
АЛЕКСАНДРОВ Артур Александрович
АЛЕКСАНДРОВ Валерий Павлович
АЛЕКСАНДРОВА Валентина Александровна
АЛЕКСЕЕВ Борис Егорович
АЛФЕРОВ Вячеслав Петрович
АРЬЕВ Александр Леонидович
БАГНЕНКО Сергей Федорович
БАИНДУРАШВИЛИ Алексей Георгиевич
БАИРОВ Владимир Гиреевич
БАЛАШЕВИЧ Леонид Иосифович
БАРАНОВСКИЙ Андрей Юрьевич
БЕЛЯНИН Владимир Леонидович
БЕРСНЕВ Валерий Павлович
БОГДАНОВ Николай Николаевич
БОРИСОВ Александр Евгеньевич
БУРАВЦОВ Вячеслав Иванович
ВАНЕВСКИЙ Владимир Львович
ВАСИЛЬЕВ Алексей Викторович
ВАСИЛЬЕВА Наталья Всеволодовна
ВОЛЬФБЕРГ Даниил Маркович
ВОРОХОБИНА Наталья Владимировна
ГАВРИШЕВА Инна Алексеевна

ГЛУШКОВ Николай Иванович
ГОНЧАР Николай Тимофеевич
ГРИНЕНКО Александр Яковлевич
ГРИШКИН Юрий Николаевич
ГУРЕВИЧ Константин Яковлевич
ДОРНИЧЕВ Вячеслав Михайлович
ДРОЖЖИНА Валентина Александровна
ДЮК Вячеслав Анатольевич
ЕЛИНОВ Николай Петрович
ЖУЛЕВ Николай Михайлович
ЗАЙЧИК Альберт Михайлович
ЗЕЛЬДИН Александр Львович
ЗЕМЛЯНОЙ Вячеслав Петрович
ЗЕМСКАЯ Александра Георгиевна
ИВАНОВ Игорь Николаевич
ИОВА Александр Сергеевич
ИСАЕВА Любовь Валентиновна
КИРЬЯНОВА Вера Васильевна
КЛИМКО Николай Николаевич
КОЗЛОВ Антон Владимирович
КОЗЛОВ Владимир Александрович
КОРОЛЬКОВА Татьяна Николаевна
КРЫЛОВ Анатолий Александрович
КУБАСЬ Валентин Григорьевич
КУЗНЕЦОВА Ольга Юрьевна
КУЗЬМИН-КРУТЕЦКИЙ Михаил Игоревич

КУЛИКОВ Александр Матвеевич
КУРПАТОВ Владимир Иванович
КУСТАРОВ Виталий Николаевич
ЛАНЦОВ Александр Александрович
ЛЕБЕДИНСКИЙ Константин Михайлович
ЛЕВАШЕВ Юрий Николаевич
ЛИНЬКОВ Владимир Иванович
ЛОБЗИН Юрий Владимирович
ЛОГУНОВ Константин Валерьевич
МАЛАХОВ Сергей Федорович
МАННОЙЛОВА Любовь Михайловна
МЕДВЕДОВСКАЯ Наталья Михайловна
МИРОШНИЧЕНКО Александр Григорьевич
МИХАЙЛОВИЧ Владислав Адамович
МОИСЕЕНКО Владимир Михайлович
МОРОЗ Борис Терентьевич
МУТАФЬЯН Олег Амаякович
НЕВЕРОВ Валентин Александрович
ОРЛОВ Вячеслав Михайлович
ПАВЛОВ Юрий Викторович
ПЕРШИН Сергей Сергеевич
ПЛАВИНСКИЙ Святослав Леонидович
ПУШКОВА Элеонора Соломоновна
РАЗНАТОВСКИЙ Константин Игоревич
РАХМАНОВА Аза Гасановна
РЕПИНА Маргарита Александровна

РЕТНЕВ Владимир Михайлович
РОМАНЮК Федор Петрович
САФРОНОВА Маргарита Михайловна
СЕЛИВАНОВ Евгений Алексеевич
СЕМЕНОВ Михаил Георгиевич
СИМАНЕНКОВ Владимир Ильич
СЕМБИРЦЕВ Семен Александрович
СОБЧЕНКО Светлана Александровна
ТАЙЦ Борис Михайлович
ТАРАСОВ Виктор Алексеевич
ТРОФИМОВА Татьяна Николаевна
ТРУНИН Евгений Михайлович
УЛАНОВ Виктор Николаевич
ФИЛАТОВ Владимир Николаевич
ФРОЛОВ Борис Серафимович
ХАНСОН Кайдо Паулович
ХМЕЛЬНИЦКИЙ Олег Константинович
ХОЛИН Александр Васильевич
ЦИМБАЛИСТОВ Александр Викторович
ШАВЛОВСКИЙ Михаил Михайлович
ШИЛОВ Виктор Васильевич
ШЛЯХЕЦКИЙ Николай Сергеевич
ШНЕЙДЕР Юрий Александрович
ШУГАЕВ Анатолий Иванович
ЭЙДЕМИЛЛЕР Эдмонд Георгиевич
ЯНОВ Юрий Константинович

Предмет медицинской информатики



Заведующий кафедрой информатики и управления в медицинских системах СПбМАПО, к.т.н. В.А. Дюк.

Начало нового тысячелетия — это преддверие новой фазы развития человеческой цивилизации. Главная черта наступающего столетия — необычайно возросшая мощь информационных и коммуникационных технологий. Набирает темпы общемировой процесс изменения характера и структуры общественного потребления, сдвига потребительских предпочтений в пользу образования, информационных услуг и здоровой окружающей среды.

В программе «Технологии информационного общества (IST)» Европейского Союза сформулированы следующие приоритеты.

Профессиональные системы охраны здоровья: расширение возможностей подобных систем

для предотвращения возникновения заболеваний, диагностики, лечения болезней и реабилитации; интеллектуальные системы для диагностики и терапии без прямого вмешательства; интеллектуальные системы ассистирования для медперсонала; развитые системы диагностики по компьютерным изображениям и различные приложения подобных систем; «виртуальные лечебные учреждения», предлагающие гражданам индивидуальное медицинское обслуживание; безопасные высокоскоростные системы коммуникации между лечебными учреждениями, лабораториями, аптеками, станциями скорой помощи, общественными центрами по охране здоровья; управление

работой системы здравоохранения; новые электронные способы хранения сложных массивов медицинских данных и индивидуальные электронные карточки.

Персональные системы охраны здоровья: системы мониторинга здоровья населения; персональные портативные информационные системы для предотвращения заболеваний, включая последние разработки в области микросенсоров, микропреобразователей и микросистем; персональные медицинские справочные системы для наблюдения и сопровождения лечения заболеваний; телемедицинские системы и приложения для охраны здоровья граждан во всех возможных контекстах; ориентированные на

пользователей сертифицированные информационные системы для поддержки медицинского образования граждан.

В дальнейшем статья новой рубрики «Медицинская информатика» будет раскрыть содержание многих разделов этой дисциплины. Все эти вопросы находят отражение в учебных циклах, проводимых кафедрой информатики и управления в медицинских системах СПбМАПО.

Ближайший цикл лекций — «Информационные системы в работе учреждений здравоохранения (для инженерно-технического персонала учреждений здравоохранения)» 02.12 – 23.12.03.

В.А. Дюк

Медицинская информатика

Синдром внезапной сердечной смерти

Окончание. Начало на стр. 2.

Непосредственным толчком, реализующим возникновение СВСС, являются: психоэмоциональный стресс, физическое напряжение, резкий подъем артериального давления, коронарный ангиоспазм. Эти факторы, видимо, и играют роль в запуске последнего механизма для возникновения фибрилляции желудочков.

При психоэмоциональном стрессе — как при наличии органической патологии в сердце, так и без явной патологии — происходит повреждение электрогенных мембран или разрушение структур, приводящих в 20–30% случаев к развитию фибрилляции желудочков в связи с прямым воздействием катехоламинов на миокард, так как во время стресса происходит выраженная стимуляция симпатно-адреналовой системы. При психоэмоциональном стрессе может наступить гипокалиемия, усиливающая аритмогенный эффект гипераланинемии.

Таким образом, непосредственной причиной СВСС на 85% являются острые нарушения сердечного ритма, в частности, развитие желудочковых тахикардий, заканчивающихся трепетанием их, фибрилляцией и в 15–20% случаев (у спортсменов) — внезапной остановкой сердца.

При хроническом психоэмоциональном стрессе может возникнуть скрытая форма поражения сердца,

приводящая к нарушению метаболизма и ультраструктуры миокарда. Эти скрытые процессы опасны, так как могут обусловить внезапную смерть от фибрилляции желудочков.

Таким образом, внезапная смерть — уникальное явление, характеризующееся специфическим сочетанием внутренних и внешних предпосылок его реализации.

Нами совместно с доцентом Э.В. Солдаткиным в течение ряда лет наблюдалось 17 случаев внезапной сердечной смерти у детей (9 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 7 мес до 14 лет, причем у 11 диагноз сердечного заболевания был известен, а у 6 — нет. У трех детей был миокардит, у одного — узелковый периаортит, у одного — миксома левого предсердия, у одного — системный фрагментарный васкулит и т. д.

На основании проведенного анализа были сделаны следующие выводы: — непосредственным толчком к возникновению внезапной сердечной смерти является психоэмоциональный стресс, значительное физическое усилие, резкое повышение артериального давления;

— пациентам с явной сердечной патологией необходим щадящий психологический режим, ограничение физической нагрузки;

— при наличии признаков электрической нестабильности сердца необходимо рекомендовать прием β-адреноблокаторов, мембраностабилизаторов, метаболических средств и препаратов, восстанавливающих электролитный фон.

VI Национальный конгресс по муковисцидозу

В Петербурге в сентябре 2003 г. состоялся VI Национальный конгресс по муковисцидозу. В его работе приняли участие врачи и ученые многих регионов России, стран ближнего зарубежья, Франции.

Медико-социальная значимость проблемы муковисцидоза обусловлена ростом числа больных, низкой продолжительностью жизни, ранней инвалидизацией, необходимостью постоянного проведения лечебных мероприятий.

Актуальным проблемам диагностики и лечения муковисцидоза посвятил свой доклад проф. Н.И. Капранов (руководитель Республиканского центра муковисцидоза, Москва). Благодаря успехам современной медицины, муковисцидоз из фатального заболевания

детского возраста постепенно трансформируется в хроническую патологию взрослых. Гости из Франции — д-р Ж. Фейжельсон, Ж.П. Шазалетт, проф. Д. Луи — подтвердили данную тенденцию и сообщили о результатах успешного хирургического лечения цирроза печени у больных муковисцидозом.

Сотрудники НИИ пульмонологии СПбГМУ (проф. Т.Е. Гембицкая, д.м.н. Л.А. Желенина и др.) представили сообщения об особенностях течения инфекционного процесса, формировании гиперреактивности бронхов.

Проблемам этого заболевания у взрослых были посвящены доклады московских коллег из НИИ пульмонологии МЗ РФ (проф. А.Г. Чучалин, к.м.н. Е.Л. Амелина и др.).

Сотрудники СПбМАПО приняли активное участие в работе конгресса. Доцент кафедры педиатрии № 3 СПбМАПО А.В. Орлов выступил с сообщением «Антибактериальная терапия и инфекционный процесс при муковисцидозе»; доцент той же кафедры В.Ф. Приворотский — с докладом «Заболевания респираторного тракта у детей, ассоциированные с гастроэзофагеальным рефлюксом».

Особого внимания заслуживали сообщения, представленные специалистами из различных регионов России, что свидетельствует о росте интереса к проблеме муковисцидоза в глубинке.

Л.А. Желенина

Защиты диссертаций в ноябре 2003 г.

На соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

- Битакова Ф.И.** «Функциональное состояние предсердий при поражениях миокарда диабетического генеза» по специальности 14.00.06 — кардиология.
- Вердиев З.Г.** «Оценка эффективности радикальных операций у больных с феохромоцитомой» по специальности 14.00.27 — хирургия.
- Георгян Х.М.** «Состояние полости рта больных, инфицированных хламидиями» по специальности 14.00.21 — стоматология.
- Голич Л.Г.** «Сильнотоксические железистые ванны в комплексном санаторно-курортном лечении больных хроническими обструктивными заболеваниями легких» по специальности: 14.00.51 — восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия; 14.00.43 — пульмонология.
- Старосельцев К.Л.** «Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости» по специальности 14.00.27 — хирургия.
- Статовская Е.Е.** «Оценка эффективности лечения больных с полным отсутствием зубов при различном конструировании искусственных зубных рядов» по специальности 14.00.21 — стоматология.
- Шавладзе М.Д.** «Эффективность хирургического лечения больных со случайно выявленными опухолями надпочечников» по специальности 14.00.27 — хирургия.

Роды во Флориде

Российский пациент за рубежом

Когда мы с мужем приехали во Флориду, медицинской страховки у нас еще не было, а предстояло рожать. Заранее стали искать клинику. В больнице рядом с домом нам вручили анкеты с вопросами: не нужны ли купоны на еду, деньги и одежда. Когда мы ответили на все, выяснилось, что без теста на беременность нас зарегистрировать не могут. Пришлось ехать за справкой в специальную лабораторию. Вернулись обратно к врачу и услышали, что принять нас не могут, так как у нас — непросроченная рабочая виза, мы — legal alien (законные приезжие), а больница рассчитана на неимущих, инвалидов, эмигрантов: «Вот если бы у вас виза была просрочена — тогда другое дело, вы бы находились в стране нелегально, но зато отказать вам не имели бы права и все услуги были бы предоставлены бесплатно».

Затем мы нашли частную клинику — небольшой офис, где 5 врачей ведут пациентов по очереди, в зависимости от того, у кого смена. Клиникой мы остались довольны, кроме сумм за роды, которые нас попросили внести заблаговременно. Медсестры очень приветливые, на первом же приеме подарили журналы для будущих родителей, детское питание. Они быстро и тактично выполняли свою работу, взвешивали, измеряли давление. Каждая пациентка ожидала врача в отдельной кабинете. Тот заходил ко всем по очереди, смотрел результаты анализов, измерял живот сантиметровой лентой, прослушивал сердцебиение плода (звук шел на внешний монитор, чтобы всем было слышно) и произносил за весь прием только три фразы: «Как дела?»; «Сердцебиение хорошее»; «Есть ли вопросы?». Если их не было, быстро прошался и уходил.

Наконец, получили страховку и выяснили, что она покрывает роды и почти ничего самим платить не придется (что, впрочем, совсем не очевидно, так как лечение многих болезней не будет оплачено страховкой, если они возникли до момента заключения договора).

Роды обычно принимают в больнице. Если денег мало, можно и дома рожать, но если во время родов возникнут осложнения, то специалистов приглашают все равно из больницы. В госпитале — много отделений, он принимает пациентов, проживающих в радиусе 10–15 км.

В супермаркете «Publix» увидели карточки с предложением вступить в «Publix Baby Club» и воспользовались этим. Вскоре пришла посылка с поздравлениями, книгой для родителей о ребенке, журналами и купонами на скидки и на бесплатное получение товаров для матери и ребенка. Вступили в разные Интернет-клубы (вроде «Pampers Club») и стали получать отсюда письма о том, что с ребенком должно происходить каждую неделю.

Побывали на экскурсии в госпитале. В родильное отделение нас не водили, но подробно все рассказали и показали видеозапись. Заранее раздали нужные для регистрации бланки, а также журналы, брошюры, «слонячки» с эмблемой госпиталя. Палаты отдельные, много оборудования, очень уютно. Присутствие мужа на родах даже не обсуждается — это очевидно. Помимо моральной поддержки — полезно еще и с юридической точки зрения.

По желанию возможно обезболивание во время родов. В госпитале женщина находится 48 ч (если роды обычные) или 72 ч (если было кесарево сечение). Во Флориде женщины, как правило, не уходят в декретный отпуск и стремятся после родов сразу выйти на работу. Государство оплачивает один месяц по уходу за ребенком и еще один можно взять за свой счет, но мало кто этим пользуется. Уже через несколько дней после родов несут ребенка на работу — похваляются. За пару недель до родов обычно устраивают прием гостей — «Baby shower». Гости дарят подарки новорожденному. Можно зарегистрироваться в детском магазине и оставить там список необходимых вещей. Тогда знакомые звонят туда и решают между собой, кто что будет дарить. Здесь

принято покупать все до рождения, а не после. Предназначение некоторых вещей в детских магазинах мы так и не выяснили. В России подобного нет.

Перед госпитализацией пришлось подписать массу всяких документов, из них два — не совсем привычные для нас: «Living Will» и «Power of attorney». «Living Will» — «желание жить», или, проще, «завешание». В чем его суть? Женщина, находясь, как говорится, «в трезвом уме и твердой памяти», заявляет о своем желании не продолжать искусственную поддержку ее жизнедеятельности, если будет признано, что шансов на выживание нет.

«Power of attorney» — «назначение доверенного лица», того, кто будет осуществлять волю пациента в случае, если тот сам, в силу обстоятельств, решений принимать не сможет. Еще подписывается документ о том, что госпиталь вправе предоставлять всю твою медицинскую информацию страховой компании или просто тому, кто заплатит (но дальше последних информации все рано не пойдет — иначе их «засудят»), а если пациент захочет 100% медицинской тайны, то должен за это заплатить сам. К подписанию документов там относятся очень серьезно.

Очень полезно заранее заполнить «план родов» — там пишут свои пожелания, например: «не хочу переодеваться в больничное белье», а в случае кесарева сечения, например, «не хочу, чтобы ставили экран, желаю сама наблюдать за ходом операции» или «не хочу студентов в своей палате». Много вопросов по поводу наркотика. Конечно, в случае жизненной необходимости врачи сделают то, что положено, не полагаясь на волю больного (об этом подписывается отдельный документ).

Родильная палата — большая, отдельная. Там и жить, там же и рожать (только на кесарево сечение в операционную увозят). С собой можно принести, что захочешь — хоть виолончель. Относительно продуктов питания никаких ограничений нет — там вообще за этим никто не смотрит. В палате есть туалет-ванна, диван для

спутника, телевизор с видеомagnитофоном, много оборудования — для постоянного измерения давления, мониторинга сердцебиения ребенка, частоты схваток и т. д. Для будущего ребенка предназначен спецблок реанимации — высокая тумбочка-столик, сверху — спираль (как в гриле); ребенку прикрепляют специальный датчик (однооразовый) и устанавливают требуемую температуру (чтобы малыш не замерз). Тут же есть кислород и вакуум — то есть меры на все случаи жизни. Также имеется специальная комната для реанимации, где такие же стойки-инкубаторы стоят отдельно. На потолке в палате — операционные софиты; кровать роженицы оборудована разными моторчиками. В ручку кровати вмонтирован пульт — роженица может кровать настроить, как ей нравится; там же — управление телевизором, вызов сестры и т. д.

На роды можно приглашать кого угодно, кроме маленьких детей. Стерильности не требуют никакой, советуют лишь руки мыть, прежде чем ребенка трогать. Для посетителей спецодевды и тапочек не требуют и не предлагают. Только будущей маме помогают принять душ и переодевают. Всем роженицам сразу ставят капельницу — на случай, если нужно будет потом что-то срочно ввести внутривенно.

Видов обезболивания — несколько. Есть лекарства, которые вводят внутривенно капельно. От них ужасно хочется спать, но зато, при желании, можно ходить. Более серьезная вещь — эпидуральная анестезия. Через иглу в области поясницы в эпидуральную полость вводят катетер, подключают его к аппарату-компьютеру, который может по заданной программе регулировать капельное введение лекарства. У роженицы есть «пульт управления» с одной кнопкой, чтобы, по мере необходимости, «подгонять» этот компьютер. При такой анестезии «отключается» вся нижняя половина тела, но зато, в отличие от наркотика, лекарство в кровь (а значит, и плоду) не попадает.

Ночью каждые три часа приходят сестры — что-то измеряют, проверяют.

До родов нельзя есть и пить. Разрешены лишь ice chips — маленькие кусочки льда, по форме похожие на чипсы. Врач на родах обычно не появляется (если нет ничего серьезного) — только на следующий день может заглянуть в палату и спросить, все ли в порядке?

Когда во время родов высовывается макушка ребенка, ее разрешают потрогать. Мужу доверяют перерезать пуповину. После рождения покрывают ступни ребенка красителем и снимают отпечатки, чтобы вместе с отпечатком указательного пальца мамы отправить в архив. При поступлении в госпиталь на руку роженице надевают пластиковый браслет (на нем указано: кто она, кто лечащий врач, ее группа крови) и присваивают номер. Отцу тоже надевают браслет — он является пропуском в отделение госпиталя, и ребенку надевают браслетки — на руку и на ногу, где указано имя, время рождения, данные матери и имя акушера. Такой же надевают на руку матери. На другую ногу малышу помещают электронный датчик — чтобы не вынесли ребенка из госпиталя без разрешения. При выписке браслеты снимают и подшивают к медицинской карте, один дарят на память вместе с зажимом с пуповины. Потом убирают и электронный датчик — лишь после этого можно забирать ребенка. На следующий день после родов маму с новорожденным переводят на одни сутки в послеродовую палату, где фотограф делает первый снимок малыша.

При выписке дарят много полезных вещей. Медсестра провожает до машины, чтобы убедиться, что сиденье-носилка для ребенка есть и что все в машине установлено правильно (новорожденный должен быть зафиксирован в самом безопасном месте, чтобы мать при резком торможении не раздавила ребенка), иначе ребенка могут не отдать.

Возможно, наш опыт и знакомство с западной медициной может показаться кому-то интересным.

С.А. Доценко

Профилактика геморрагической болезни новорожденных

Геморрагическая болезнь новорожденных (ГБН) — нередко фатальное заболевание с диффузными кровоизлияниями. Такие состояния встречаются и у здоровых младенцев из-за низких уровней протромбина и других витаминов-К-зависимых факторов свертывания крови (II, VII, IX и X), и они обусловлены дефицитом витамина К. В норме у всех новорожденных имеется дефицит



Профессор Т. Тульчински

Клиника ГБН — это кровотечения в желудочно-кишечной или мочеполовой системе, в пупочной ранке, геморрагии в носу и на волосистой части головы. Возможны осложнения в виде интракраниальных кровоизлияний, шока и смерти.

Назначение витамина К в первые часы после рождения позволяет снизить смертность младенцев от геморрагий, возникающих в результате транзиторного превышения дефицита факторов свертывания крови. Профилактическое использование витамина К было рекомендовано Американской академией педиатрии и Американским колледжем акушерства и гинекологии с 1961 г. Однако вплоть до 1987 г. назначение витамина К при рождении ребенка было обязательной процедурой только в 5 штатах США. Обзор о смертях младенцев в штате Нью-Йорк и о госпитализациях больных с неонатальным геморрагическим состоянием показывает отсутствие зарегистрированной дачи витамина К у 65% умерших. Этот анализ позволил внедрить в кодекс общественного здравоохранения штата назначение витамина К как обязательную процедуру ухода за новорожденными.

В Израиле в 70-х гг. назначение витамина К не являлось общепринятым среди врачей общей практики. В 1977 г. смерти от ГБН в Израиле со-

ставили 131/100 000 живых новорожденных. Они снизились до 31/100000 в 1984 г. и до 3/100000 — в 1988 г. В 1984 г. Министерство здравоохранения Израиля сделало назначение витамина К новорожденным обязательной процедурой. Благодаря рутинному использованию витамина К значительно снизилось количество смертей из-за интракраниальных и интравентрикулярных кровоизлияний.

В разных частях мира, включая Великобританию, Японию и другие страны, с 1980 г. вновь было сфокусировано внимание на ГБН. Случаи ГБН и дефицита витамина К были отмечены и в развивающихся странах, где витамин К не используют рутинно.

Дискуссия относительно перорального или парентерального использования витамина К разрешилась в пользу внутримышечного введения в первые 6 ч после рождения ребенка как более эффективного способа — профилактики и ранней, и поздней ГБН.

Профилактическое назначение витамина К для предотвращения ГБН является сегодня частью качественной клинической практики, безопасной и недорогой процедурой, которую необходимо проводить всем новорожденным.

Тед Тульчински

Иерусалим (Израиль)

(перевод С.Л. Акимовой)

О родовспоможении в Соединенном королевстве

В Великобритании, когда ребенок еще только готовится появиться на свет, будущую маму окружают небывалым вниманием и заботой. Беременных заранее готовят к родам: акушерка проводит 8 обучающих занятий. На 26-й неделе беременности женщина должна знать, когда появляются движения плода, сколько времени идет раскрытие шейки матки и т. д. Отдельных роддомов в Соединенном королевстве нет — есть родильные отделения общего госпиталя. Когда беременная звонит туда, ее спрашивают, какое расстояние до госпиталя, когда начались схватки, и резервируют место в госпитале. Возможны роды на дому с помощью акушерки.

Желания роженицы, по возможности, учитываются. Любое действие врача по отношению к пациентке согласовывается с ней. Перед родами женщину обязательно спросят, какое обезболивание она предпочитает. В Великобритании существует несколько видов анестезии для беременных. Об этом знают все женщины, прошедшие курс обучения. Одним из наиболее предпочтительных видов обезболивания является «веселящий газ». Кроме того, есть специальный аппарат, закрепляемый на спине. В момент схватки женщина может нажать на кнопку и прервать сигнал, который идет к головному мозгу.

В Великобритании ребенка сразу после рождения не купают (если только мама не попросит об этом

специально): ведь при купании новорожденный быстро теряет много тепла. После родов женщину отвозят на каталке в палату и помогают принять душ. Ребенок находится в одной палате с матерью — в отдельной прозрачной кроватке. В каждой палате — по 4 женщины с малышами. Однако при каких-либо осложнениях в родах на первые несколько часов роженицу помещают в отдельную палату.

Родильные отделения в стране туманного Альбиона отличаются от российских абсолютной свободой входа и выхода посетителя в любое время и в любом количестве. Даже в отделение для недоношенных и больных младенцев, содержащихся в боксах, допускаются родители и друзья.

Педиатр наблюдает ребенка только в госпитале, где есть детское отделение. После выписки из родильного отделения маму с ребенком посещает на дому врач общей практики и сразу же дает рекомендации по поводу планирования семьи. Еще в госпитале женщину снабжают информацией о средствах предохранения.

После рождения ребенка на прием к врачу в Великобритании приглашают в 6 недель, затем — в 9 месяцев. Однако имеется служба так называемых Health visitors — они посещают всех детей и следят за их развитием.

С.Л. Акимова

Из Петербурга — на берега Тирренского моря

Кафедрой онкологии с курсом клинической радиологии СПбМАПО с 25 августа по 6 сентября 2003 г. был проведен не совсем обычный цикл тематического усовершенствования врачей на тему «Клиническая онкология: новое в диагностике, стадировании и лечении злокачественных опухолей». Слушателями были главные врачи онкологических диспансеров страны — 42 человека из 26 регионов РФ, в том числе 10 докторов наук и 25 кандидатов наук.

Одной из основных целей проведения цикла было представление нового профессорско-преподавательского состава кафедры и более близкое, неформальное знакомство с главными врачами онкологических диспансеров страны. Общение в неформальной

обстановке позволило не только продемонстрировать колоссальный организационно-методический, педагогический и научный потенциал сотрудников кафедры, но и побудить руководителей онкологических учреждений к внесению корректив в стратегию и тактику работы, к созданию благоприятного климата для внедрения наиболее перспективных методов диагностики и лечения злокачественных новообразований.

В тематику цикла помимо конкретного материала, касающегося основных нозологических форм, были включены обзорные, «установочные» лекции, освещающие современное состояние и перспективы развития терапии опухолей: лекция по основам биотерапии в онкологии (проф.

В.М. Моисеенко), лекция, посвященная стратегии и тактике лечения пациентов с диссеминированными формами болезни при неустановленной локализации первичной опухоли (проф. М.М. Константинова), лекции о принципах лекарственной терапии в онкогинекологии (проф. А.Ф. Урманчеева) и эволюции подходов к хирургическому лечению рака молочной железы (доцент В.Г. Иванов).

Также в программу цикла были включены вопросы, которые сравнительно редко обсуждаются в среде онкологов: рак анального канала, диагностика и принципы лечения рака предстательной железы (доценты О.Р. Мельников и А.В. Воробьев).

Занятия начались на основной базе кафедры в стенах Института онкологии им. Н.Н. Петрова и затем были продолжены в Италии, на острове Сицилия. Перелет, размещение участников и осуществление учебного процесса в условиях замечательного курортного комплекса Читта дель Маре на побережье Тирренского моря стали возможны благодаря поддержке фармацевтической фирмы «Бристоль-Майерс-Сквибб», с которой кафедра сотрудничает в течение многих лет. Помимо занятий, пребывание на Сицилии включало интересную культурную программу, в частности, посещение города Палермо и вулкана Этна.

Думается, что проведенный цикл выполнил задачу усовершенствования профессиональных знаний, а также способствовал пополнению запасов энергии слушателями и коллективом кафедры.

А.В. Воробьев



Участники курса на острове Сицилия.

4-й международный кардиологический симпозиум Мейо-Шеба — Санкт-Петербург

В сентябре 2003 г. в Петербурге состоялся 4-й Международный симпозиум, проводимый аритмологами и кардиологами Исследовательского института кардиологии клиники Мейо (США), Института сердца медицинского центра им. Х. Шеба (Израиль), кафедры кардиологии им. М.С. Кушаковского СПбМАПО, Городского антиаритмического центра при Покровской больнице, НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова МЗ РФ. Симпозиум был посвящен 300-летию Петербурга и 25-летию Городского антиаритмического центра.

С докладами и лекциями выступили ведущие специалисты США и Израиля: профессора Исследовательского института кардиологии клиники Мейо Пол Фридман, Уин К. Шен, Роберт Фрай, Кирк Н. Гаррат, Амир Лерман, Бернард Дж. Герш, Джамиль Тейджик; профессора и врачи Института сердца медицинского центра им. Х. Шеба — Михаэль Эльдар, Зеев Ротштейн, Ханок Ход, Давид Лурье, Елио Ди Сегни. Освещались важные проблемы кардиологии: тактика ведения больных с фибрилляцией



Слева направо: доцент СПбМАПО Т.Н. Новикова; пациентка Х.; врачи амбулаторного консультативно-диагностического кабинета Е.О. Павлова и С.А. Жемчужная; кардиохирург Д.И. Перчаткин; врач кабинета программирования постоянных электрокардиостимуляторов В.Г. Соловьева.

Конгресс Ассоциации кардиологов стран СНГ

Сентябрь этого года для кардиологов нашего города был насыщен событиями. Не успел закончиться 4-й международный кардиологический симпозиум Мейо-Шеба — Санкт-Петербург, как начался конгресс Ассоциации кардиологов стран СНГ. Проходил он 18–20 сентября 2003 г. Торжественное открытие конгресса состоялось в Санкт-Петербургской государственной филармонии им. Д.Д. Шостаковича. Пленарные, секционные заседания и спутанные симпозиумы проходили в величественных залах Аничкова и Шуваловского дворцов.

Письменное обращение к конгрессу прислал председатель Совета министров здравоохранения стран СНГ академик РАМН Ю.Л. Шевченко. Он подчеркнул, что «сегодня в целях консолидации усилий в деле охраны здоровья населения чрезвычайно важно сохранить сложившиеся традиции сотрудничества в области науки и практики, бесценный опыт человеческих взаимоотношений между учеными и врачами стран дружества. Проведение конгресса сыграет огромную организующую роль в дальнейшем развитии совместных проектов, обмене научными достижениями, взаимодействии в практической области здравоохранения и повысит мощь интеллектуального и профес-

ей предсердий, синкопальными состояниями, острым коронарным синдромом, гипертрофической кардиомиопатией, клапанными пороками сердца, диастолической сердечной недостаточностью и другие. Проводимый четыре года назад первый симпозиум был посвящен исключительно проблемам аритмологии, однако популярность симпозиума растет не только у нас в стране, но и за рубежом, и с каждым годом в нем принимает участие все большее количество зарубежных и российских кардиологов. Из аритмологического он превратился в симпозиум по актуальным проблемам кардиологии. В 2003 г. в нем участвовало более 200 кардиологов и аритмологов, в том числе около 70 — из других городов РФ и ближнего зарубежья. Среди гостей был чл.-корр. РАМН, проф. А.Ш. Ревизишвили (НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, Москва). В лекции «Влияние медицинских технологий на современное состояние медицины в России» он рассказал о новейших достижениях отечественной интервенционной аритмологии.

Зарубежные коллеги щедро поделились с нами не только теоретическими знаниями, но и практическими навыками. Вместе с кардиохирургами Городского антиаритмического центра и НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова МЗ РФ они прооперировали несколько больных со сложными нарушениями ритма, одному из них был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

К 25-летию Городского антиаритмического центра его сотрудники издали красочно оформленный сборник трудов, который начинается посвящением инициатору и вдохновителю создания центра з.д.н. РФ профессору М.С. Кушаковскому. В сборнике также опубликованы работы зарубежных коллег из клиники Мейо и медицинского центра им. Х. Шеба. Каждый гость и участник симпозиума получил в подарок юбилейный сборник. С юбилейной лекцией «История создания и роль Городского антиаритмического центра» на симпозиуме выступил зав. кафедрой кардиологии им. М.С. Кушаковского проф. Ю.Н. Гришкин. Лекция доцента кафедры кардиологии им. М.С. Кушаковского СПбМАПО и заведующей Городским антиаритмическим центром Т.Н. Новиковой была посвящена научным проблемам, разрабатываемым в центре.

Т.Н. Новикова

сионального потенциала медицины СНГ. Особенно приятно, что такое важное в научном и политическом отношении мероприятие проводится в Санкт-Петербурге в год его 300-летия».

С блестящими лекциями, посвященными фундаментальным исследованиям и прогрессу в кардиологии, выступили ведущие специалисты России, Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Киргизии, Латвии, Молдовы, Таджикистана, Узбекистана, Украины, Бельгии, Великобритании, Германии, Канады, США, Чехии, Швейцарии, Швеции.

СПбМАПО представлял на конгрессе чл.-корр. РАМН, проф. В.И. Мазуров. Он выступил с интереснейшей лекцией — «Патогенетическое обоснование коррекции эндотелиальной дисфункции в ревматологии».

Следует отметить прекрасную организацию конгресса. Завершился конгресс гала-ужином в Петродворце с посещением фонтанов и фейерверком. Великолепная осенняя погода и удивительная красота нашего города и его пригородов способствовали созданию теплой дружеской атмосферы на конгрессе.

Т.Н. Новикова

Дни иммунологии в Санкт-Петербурге

Традиционная конференция «Молекулярные основы иммунорегуляции, иммунодиагностики и иммунотерапии» в сочетании с двумя симпозиумами — «Биология цитокинов» и «Иммунология туберкулеза» — переросла в VII Всероссийский форум им. акад. В.И. Иоффе с международным участием под привычным для всех названием «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге» (июнь 2003 г.).

На открытии форума состоялось вручение «Почетного знака имени академика РАМН В.И. Иоффе», учрежденного Северо-Западным отделением РАМН и Санкт-Петербургским отделением Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов в качестве ежегодной научной награды в области иммунологии. В 2003 г. этой награды были удостоены акад. РАМН проф. К.П. Кашкин (в номинации «За достижения в области клинической иммунологии») и проф. А.А. Ярилин (в номинации «За достижения в области фундаментальной иммунологии»).

Программа форума оказалась весьма насыщенной: 6 пленарных лекций были посвящены достаточно широкому диапазону современных иммунологических проблем, начиная с эволюции суперсемейства иммуноглобулинов и заканчивая генетическим контролем чувствительности к туберкулезу.

На симпозиуме «Биология цитокинов, сетевые межклеточные взаимоотношения в норме и патологии» обсуждались вопросы цитокиновой регуляторной сети, цитокинодиагностики и цитокинотерапии.

Интерес вызвал также российско-германский симпозиум «Иммунобиология туберкулеза». С докладами выступили 8 специалистов из Германии, иммунолог из Бразилии и 10 отечественных специалистов.

Количество секционных заседаний увеличилось до 13, не считая двух заседаний «Клуба молодого иммунолога» и заседания международного круглого

стола «Безопасная вакцинопрофилактика», прошедшего при активном участии коллег из Финляндии.

Была продолжена сложившаяся традиция проведения совместных заседаний с клиницистами: симпозиум «Иммунодиагностика и иммунотерапия инфекционных заболеваний» был организован совместно с Ассоциацией врачей-инфекционистов города и области (председатель — чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзин).

Программа двух секционных заседаний «Патогенез, диагностика и лечение аутоиммунных заболеваний» была сформирована при активнейшем участии ревматологов города во главе с чл.-корр. РАМН, проф. В.И. Мазуровым.

Пульмонологи города организовали работу секции «Иммунологические маркеры воспаления и иммунная терапия при заболеваниях органов дыхания», а специалисты из НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта — «Иммунология репродукции». На секции «Онкоиммунология и гемобластозы» объединились интересы онкологов и гематологов.

Всех заинтересовали новые в программе форума секции — «Иммунология атеросклероза» и «Мукозный иммунитет и мукозные вакцины». При активном участии чл.-корр. РАМН, проф. И.С. Гушина оживленно прошла работа секции «Аллергические заболевания».

Общее число участников форума превысило 800 человек из разных городов России, стран СНГ и мира.

Перед закрытием форума были подведены результаты конкурсов молодых иммунологов и конкурсов стендовых докладов. Среди лауреатов оказались москвичи, петербуржцы и гости из Киева.

Материалы форума опубликованы в журнале «Медицинская иммунология», Т.5, №3–4, с. 181–488.

И.С. Фрейдлин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ объявляет конкурс на замещение по контракту должностей

Заведующего кафедрой (д.м.н.): дерматовенерологии, клинической микологии, аллергологии и иммунологии с курсом лабораторной микологии, микробиологии и микологии, реабилитации и спортивной медицины с курсом остеопатии, хирургических болезней.

Профессора кафедр (д-р наук): общей хирургии (0,5), дерматовенерологии, подростковой медицины и валеологии, медицины труда (0,25), детской травматологии и ортопедии (0,25).

Доцента кафедр (канд. наук): онкологии с курсом клинической радиологии, наркологии (0,5), иностранных языков (0,5), клинической лабораторной диагностики (0,5), медицинской генетики, медицины труда, информатики и управления в медицинских системах (0,5), пульмонологии (0,5).

Ассистента кафедр: хирургии им. Н.Д. Монастырского, неотложной медицины (0,5), психотерапии (0,5), терапии и клинической фармакологии, хирургических болезней (0,5), семейной медицины (2 по 0,25).

Преподавателя учебно-научного центра остеопатии (0,5).
Ведущего научного сотрудника: НИЛ клинической микологии, НИЛ морфологии и биологии грибов (0,25), НИЛ патоморфологии (0,5).

Старшего научного сотрудника НИЛ терапевтических методов лечения НИИ эндокринологии.

Заведующего НИО хирургических методов лечения НИИ эндокринологии (0,4).

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Санкт-Петербурге и пригородах.

Срок конкурса — месяц со дня опубликования объявления (по 24 декабря 2003 года).

Адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Телефон 279-82-61 (ученый совет)

В предыдущем номере газеты «Вестник МАПО» (№ 8, 2003) была допущена ошибка — пропущена подпись под статьей «Неформальные платежи за медицинскую помощь в России». Редакция приносит свои извинения автору — профессору В.В. Власову (Москва).

«Санкт-Петербург – Гастро-2003»

Юбилейный 5-й Славяно-Балтийский научный форум «Санкт-Петербург – Гастро – 2003» отныне приобрел международный статус. Трехдневный сентябрьский форум собрал около 1,5 тыс. делегатов из Германии, Польши, стран Балтии, а также из 43 регионов РФ. Популярность этого конгресса растет год от года, о чем свидетельствует возросшее почти в 1,5 раза число участников, а также тот факт, что было получено более 750 тезисов от желающих принять участие в работе конгресса.

Петербургский форум отличают живительный информационный поток, возможности общения с коллегами, обмена опытом и суждениями, новых контактов и связей. Это составляет бесценный интеллектуальный багаж, который увезли с собой участники конгресса. Идея форума возникла как альтернатива ежегодной московской «Гастроэнтерологической неделе», на которой, к сожалению, далеко не все специалисты имеют возможность побывать.

Восторженный разноплановый подход в освещении тем стали визитной карточкой Петербургского форума. На «Гастро – 2003» порадовала демократичная атмосфера, выгодно отличающаяся от форумов в Питере от других съездов. Меньше было научного бюрократизма и намного больше смелых инновационных идей.

Главный гастроэнтеролог Петербурга проф. Е.И. Ткаченко особо отметил реализацию интереснейшего синтетического подхода: в форуме

участвовали гастроэнтерологи, диетологи, гигиенисты, пищевые технологи, геронтологи, эндоскописты, хирурги, педиатры и клинические фармакологи. Он подчеркнул, что на форуме получили дальнейшее развитие идеи клинической трофологии, возможности использования пре- и пробиотиков для коррекции не только межмикробных взаимоотношений, но и метаболических расстройств.

Конгресс показал, что все большее развитие получают идеи, связанные с альтернативными подходами к изучению не только кислотного и пилорического факторов, но и других причин заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, при рассмотрении этиопатогенетических аспектов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни значение придавалось не только кислотному компоненту, но и щелочному рефлюксу.

Активное участие в форуме приняли сотрудники российских центральных институтов, в том числе из Москвы (ЦНИИ гастроэнтерологии, ЦНИИ колопроктологии, ЦНИИ питания).

Остро назрела необходимость создания дискуссионного клуба по спорным вопросам современной гастроэнтерологии. Активно обсуждались и многие организационные проблемы. Коллеги из стран СНГ предложили следующий съезд назвать Славяно – Балтийское – Евразийское, что полностью соответствует масштабу характера этого мероприятия.

Еще одним положительным результатом стало достижение догово-



Ассистент кафедры гастроэнтерологии и диетологии СПбМАПО к.м.н. О.Б. Щукина.

ренности с президентом Европейской Ассоциации гастроэнтерологов и эндоскопистов проф. Л. Лунделлом (Швеция) о том, что в рамках следующего форума будет проводиться Европейская школа гастроэнтерологов.

Главный гастроэнтеролог Петербурга проф. Е.И. Ткаченко с искренней благодарностью отозвался о сотрудниках СПбМАПО, принимавших активное участие в работе заседаний секций: профессор В.И. Симаненков, А.Ю. Барановский, Л.И. Назаренко. Накопленный за эти годы положительный опыт обещает Петербургскому конгрессу замечательное будущее.

О.Б. Щукина

5 Славяно-Балтийский научный форум

В мировом здравоохранении все более четко просматриваются два основных направления: медицина ортодоксальная (современная, научная, западная) и традиционная (народная, натуропатическая, восточная), причем последняя привлекает все большее внимание практикующих врачей. Доказательством этому является прошедший в сентябре 5-й Славяно-Балтийский научный форум («Санкт-Петербург – Гастро-2003»).

Из 17 секций особый интерес вызвала секция по РДТ – разгрузочно-диетической терапии (председатель секции – проф. Е.Н. Лаптева), где выступили представители России, Украины, Германии, Австралии.

Различные аспекты традиционной медицины в некоторых регионах РФ имеют многовековой опыт. Пример – Республика Бурятия. В ней на базе 10-летнего опыта, накопленного в лечебно-профилактических учреждениях, включая санаторно-курортные, РДТ была успешно проведена 5 тыс. пациентам. Социологические опросы показали, что, несмотря на многочисленные научные исследования и полученные положительные результаты, РДТ пока не получила столь широкого внедрения. Основная причина этого – психологический барьер у врачей и некоторая настороженность у пациентов. Представитель Минздрава Бурятии К. Годиная подчеркнула, что задачей врача, знающего и применяющего в своей деятельности метод РДТ, является психологически поддержать пациента достоверной информацией и успешными клиническими примерами.

Проф. А.Н. Кокосов из Петербурга обучил более 80 врачей в Бурятии, что

способствовало преодолению врачами психологического барьера в отношении РДТ и дало положительные результаты при лечении больных с различными заболеваниями внутренних органов.

Представитель немецкой школы проф. Андреас Бюхингер рассказал о многолетнем опыте применения одной из разновидностей РДТ – лечебных постов (РДТ с применением отваров из овощей и трав). Лечебный пост – «королеский путь» лечебного искусства, операция без ножа.

Коллеги из Тюмени и Иркутска были подтверждены эффективность РДТ при различной соматической патологии в условиях терапевтического стационара. Участники секции предложили более широко внедрять данную методику в клинику внутренних болезней и просить президента научного общества гастроэнтерологов России проф. Е.И. Ткаченко рассмотреть возможность включения в программу обучения студентов-медиков и врачей на факультетах повышения квалификации вопросов РДТ.

Е.Н. Лаптева

Врачи мира – пациентам

В сентябре в отеле «Санкт-Петербург» прошла международная научно-практическая конференция «Врачи мира – пациентам». Это вторая большая конференция, организованная в Петербурге по проблемам инвалидирующих заболеваний, ориентированная на пациентов и их родителей.

Конференция проходила по семи секциям: врожденная патология надпочечников, фенилкетонурия, целиакия, гемофилия, муковисцидоз, нервно-мышечные заболевания и редкие синдромы, сопровождающиеся нарушением физического или психического развития.

Главным организатором конференции являлась Городская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ), которой за 10 лет своего существования удалось не только превратиться в значительную организацию, способную защищать права детей-инвалидов, организовывать их досуг и отдых, реализовать долгосрочные программы их реабилитации, но и изменить отношение врачей и общества к тяжелым больным – полноправным членам общества. Такие дети должны иметь возможность учиться и работать, как и все другие. Идея оборудования специализированных детских домов должна смениться поддержкой семей, где растут такие дети. В идеале при соот-

ветствующем изменении общественного сознания детские дома должны исчезнуть. Как говорил в своем докладе проф. Питер Харпер, при проведении генетического консультирования семьи, где рожден ребенок с выраженными отклонениями (опорно-двигательного аппарата, эндокринной сферы, психики и др.), необходимо исходить из интересов пациента, а не общества.

Первая подобная конференция проводилась в 1998 г. Она ставила перед собой цель оказать помощь родителям детей с редкими генетическими заболеваниями в вопросах диагностики, лечения и обеспечения жизненно важными лекарствами, продуктами питания и средствами реабилитации.

Конференция, проводимая в 2003 г., получила официальную поддержку Администрации Санкт-Петербурга и была включена в официальную программу проведения Года инвалидов в Петербурге. В работе конференции приняли участие более 1,5 тыс. человек, в том числе более 100 видных ученых из Италии, Франции, Финляндии, США, Великобритании, Бельгии, Германии, Испании, Болгарии и России. Конференция познакомила участников с новейшими исследованиями крупнейших центров мира.

Ранее подобная практика приглашения пациентов на специализированные

конгрессы и конференции касалась только муковисцидоза, когда пациентам предоставлялись даже специальные номера в гостиницах, имеющие подводку кислорода. Теперь можно сказать, что специальная информация по всем инвалидирующим заболеваниям стала в Петербурге открытой для пациентов. Именно в этом мировое значение нашей конференции. В этом наш город имеет приоритет.

Одна из секций конференции была посвящена муковисцидозу. На секции выступили ученые из Франции (Жан Фейжельсон), Бельгии (Жан-Жак Кассиман), крупнейшие специалисты России (профессора В.С. Баранов, Н.И. Капранов, Т.Е. Гембицкая). Впервые прозвучали доклады, касающиеся вопросов беременности у российских пациентов с муковисцидозом (ранее это казалось невозможным). Сотрудниками СПбМАПО были представлены данные по диагностике заболеваний легких у больных муковисцидозом (Т.С. Придвижкина), по состоянию желудочно-кишечного тракта у этих пациентов (В.Ф. Приворотский, Т.А. Герасимова) и по летнему оздоровительному отдыху этих пациентов на берегу Черного моря (А.В. Орлов).

Специальная программа летнего отдыха больных муковисцидозом на южных курортах существует только в Петербурге. Ни в других регионах России, ни в северных странах Европы подобных программ не разрабатывалось. Общепринято, что выезд больных муковисцидозом на южные курорты невозможен из-за опасности ухудшения состояния больных. Опыт Петербурга показал, что правильно организованная поездка в сопровождении грамотного медицинского персонала приводит не только к непосредственному улучшению ряда показателей у больных, но и уменьшает частоту их госпитализаций в течение следующего за отдыхом года.

Во время выездной секции проведены практические занятия по кинезотерапии у больных муковисцидозом, на которых присутствовали пациенты не только из Санкт-Петербурга, но и иногородние. Их мнение довольно красноречиво выразилось в просьбе провести лекции и занятия в других регионах России и СНГ.

А.В. Орлов

Святой Сампсон Странноприимец

Преподобный Сампсон прославился как врач-бессребреник, подающий помощь нищим и

тем Бог привел его в Константинополь, где он продолжал дела милосердия. Цареградский патриарх, узнав о добродетелях Св. Сампсона, хиротонисал его в пресвитеры.



Он родился в Риме (V век) в богатой и знатной семье царского рода. Занимаясь усердно своим образованием, Сампсон изучил все светские науки, а также врачебное искусство не от нужды или ради корысти, так как был весьма состоятельным, но чтобы не быть праздным и чтобы чрез это послужить страждущим. Силой своего врачебного искусства он возвращал здоровье многим неизлечимым больным. За добродетельную жизнь и веру в Бога ему была ниспослана благодать Божия, сопутствующая его врачеваниям. Получив дар исцелять людей своей молитве, он, смирения ради, скрывал этот дар и говорил, что не его молитва и добродетель, а лекарственные снадобья помогают больным.

По смерти родителей святой Сампсон сделался обладателем весьма обширных имений. По евангельскому завету все свои богатства он щедро раздавал нищим и странникам, продолжая и безмездное врачевание неимущих. Множество рабов своих он отпустил на свободу. Сам же святой одевался в простую одежду, препоясывался веревкой и употреблял самую скромную пищу.

Вскоре, совершенно оставив все свое имущество, он ушел из Рима и поселился в пустыни, а за-

тем Бог привел его в Константинополь, где он продолжал дела милосердия. Цареградский патриарх, узнав о добродетелях Св. Сампсона, хиротонисал его в пресвитеры.

Однажды византийский василевс Юстиниан впал в тяжкий недуг. Никто из врачей не мог помочь ему. В видении императору было открыто, что только Сампсон может исцелить его. Призванный во дворец святой тотчас исцелил Юстиниана. В благодарность за это император предлагал ему многие богатства, но Св.Сампсон попросил лишь построить близ дворца странноприимницу и больницу для лечения неимущих, что царь и исполнил.

В служении странникам и врачевании больных Сампсон провел всю свою жизнь до глубокой старости. Он преставился ко Господу в 530 г., но и по смерти продолжал подавать исцеления всем, обратившимся к нему в молитве, и заботился о построении по его почину странноприимнице. Так, известно, что некий начальник странноприимницы по имени Енесий, ленивый и нерадивый, был наказан Св. Сампсоном, который явился ему в видении и избил железом. От ударов Енесий сделался нем, а тело его покрылось ранами. Раскаившись, Енесий получил исцеление и с тех пор совершенно исправился.

С.Н. Тутолмин



Слева направо: О.И. Симонова (д.м.н., Москва), А.В. Орлов (доцент СПбМАПО), Т.Е. Гембицкая (профессор, НИИ пульмонологии СПбГМУ), Н.И. Капранов (профессор, Москва), Н.Ю. Каширская (д.м.н., Москва), А.Г. Черменский (к.м.н., НИИ пульмонологии СПбГМУ), Л.Ф. Ковалева (к.м.н., НИИ пульмонологии СПбГМУ).