

Обращение Министра здравоохранения к участникам Конгресса



В.И.Скворцова
Министр
здравоохранения РФ

От имени Министерства здравоохранения Российской Федерации приветствую участников и гостей Российского национального конгресса кардиологов!

Конгресс посвящен актуальным вопросам фундаментальных и прикладных исследований в кардиологии, проблемам и достижениям в области диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе у детей, вопросам фармакотерапии и внедрению новых хирургических методов лечения различных патологий сердечно-сосудистой системы, а также методам реабилитации и санаторно-курортного лечения кардиологических больных.

В работе конгресса примут участие известные российские и зарубежные учёные, специалисты. Выражаю уверенность, что проведение Российского национального конгресса кардиологов откроет новые возможности для взаимодействия и обмена опытом между специалистами, даст мощный стимул для совершенствования и разработки новых современных медицинских технологий и будет способствовать улучшению качества и доступности оказания медицинской помощи населению нашей страны.

Колонка главного редактора газеты «Новости кардиологии»



Е.В.Шляхто
Президент Российского
кардиологического
общества

Перед вами первый номер газеты «Новости кардиологии».

У Российского кардиологического общества есть авторитетный научный рецензируемый журнал, а теперь появилась газета – издание более оперативное. Здесь мы будем говорить не только об исследованиях и клинике, но и о проблемах и достижениях, международном опыте, социальных проектах, событиях в разных регионах России, и, конечно, новостях Российского кардиологического общества. В связи с этим, особенно хочется поблагодарить всех авторов из разных регионов нашей страны, которые нашли время и возможность прислать материалы для первого номера. Он посвящен Всероссийскому кардиологическому конгрессу. В газету мы включили обзор некоторых ключевых мероприятий конгресса и статьи по темам выступлений, а также небольшой рассказ о международных участниках, которых в этом году немало. Тема Конгресса – «Интеграция знаний в кардиологии», именно объединение знаний, совместная деятельность и обмен опытом в современных условиях становятся ключом к успеху. Желаю всем участникам Конгресса продуктивной и интересной работы!

Содержание

Международные участники конгресса	4
Обновление ВНОК. Мы меняемся вслед за обстоятельствами. Интервью с Е.В.Шляхто	6
Российский кардиологический журнал. Новые правила для авторов.	8
Российский кардиологический конгресс: события и факты	10
Симпозиум по артериальной гипертензии	11
На пути из науки в практику. Интервью с М.М.Галагудза	12
Российские рекомендации по коррекции дислипидемии	14
РКО участвует в пересмотре российских рекомендаций по ННСТ	14
Диагностика и лечение расстройств вегетативной регуляции кровообращения	15
Новый закон «Об образовании» и образовательная деятельность РКО	16
Исследование в Красноярске: генетические предикторы инфаркта миокарда	17
Коморбидность в кардиологии: разговор у секционного стола	18
Инфекционный эндокардит: война, которую нельзя проиграть	19
Всемирный день сердца	20
Неделя здорового сердца в Омске	20
Музей сердца для самых маленьких	21
Новости регионов	22

МЕЖДУНАРОДНЫЕ УЧАСТНИКИ КОНГРЕССА

Впервые в Российском национальном конгрессе кардиологов принимает участие столько авторитетных иностранных ученых. Возможность объединить накопленный опыт и новейшие достижения российской и зарубежной кардиологических школ в рамках Конгресса – результат политики РКО, направленной на более активную интеграцию с европейским и международным кардиологическим научным сообществом.



Греция

Панос Вардас
Президент ESC

Участвует в церемонии открытия конгресса: I корпус, 3 октября, 11:00-13:00, Большой актовый зал. Доклад «Перспективы сотрудничества Европейского и российского обществ кардиологов». Участвует в семинаре «Как быть успешным в мире кардиологии?»: 3 октября, 14:00-16:45, II корпус, зал № 3

Португалия

Фаусто Пинто
Президент-элект ESC

Участвует в пленарном заседании; 3 октября, 11:00-13:00, I корпус, Большой актовый зал. Доклад «Визуализация в кардиологии»

Италия

Роберто Феррари
Экс-Президент ESC

Участвует в пленарном заседании. Доклад «Ремоделирование после инфаркта миокарда: клиническое значение и механизмы развития»: 3 октября, 11:00-13:00, I корпус, Большой актовый зал.

Венгрия

Бела Меркей

Президент венгерского кардиологического общества. Участвует в сессии докладов европейских кардиологов: 3 октября, 15:30-16:45, II корпус, зал № 7.

Италия

Луиджи Бадано,

Президент Европейской эхокардиографической Ассоциации. Участвует в Симпозиуме «Современные методы оценки функции миокарда»: 4 октября, 9:00-10:30, I корпус, ауд 2212

Словения

Миран Кенда

Президент кардиологического общества Словении. Симпозиум «Лед тронулся в лечении ИБС. Через льды в будущее без сердечно – сосудистых осложнений»: 3 октября, 14:00-15:00, I корпус, Большой актовый зал.

Йозев Кауцнер

Глава департамента кардиологии института клинической и экспериментальной медицины. Совместный симпозиум с Европейской ассоциацией сердечного ритма (EHRA): 3 октября, 9:00-10:30, II корпус, зал № 7.

Германия

Хиндрикс Герхард и Кристиан Вольперт.

Совместный симпозиум с европейской ассоциацией сердечного ритма (EHRA): 3 октября, 9:00-10:30, II корпус, зал № 7.

Альберико Катапано

Президент Европейского общества по атеросклерозу. Симпозиум «Коррекция дислипидемий в свете международных рекомендаций»: 5 октября, 11:00-12:30, I корпус, зал № 1.

Македония

Сашко Кедев

Президент Македонского кардиологического общества. Участвует в сессии докладов европейских кардиологов: 3 октября, 15:30-16:45, II корпус, зал № 7.

Украина

Владимир Коваленко

Президент Украинского кардиологического общества. Участвует в сессии докладов европейских кардиологов: 3 октября, 15:30-16:45, II корпус, зал № 7.

Чехия

Ричард Чешка

President of Czech Society of Internal Medicine. Доклад «Лечение дислипидемий: вчера, сегодня, завтра»: 5 октября, 11:00-12:30, I корпус, зал № 1.

Швейцария

Хьюго Санер

Европейская ассоциация сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации. Симпозиум «Можно ли улучшить прогноз больного ИБС модификацией образа жизни?»: 4 октября, 16:45-18:15, I корпус, Большой актовый зал.

Швеция

Дэвид Эрлинг

Президент Шведского кардиологического общества. Участвует в сессии докладов европейских кардиологов: 3 октября, 15:30-16:45, II корпус, зал № 7.

Остальные доклады иностранных участников смотрите в программе Конгресса

ПРИВЕТСТВИЕ ГОСТЕЙ КОНГРЕССА



Македония

Сашко Кедев

Президент македонского общества кардиологов

Я хотел бы выразить благодарность за очень любезное приглашение и за возможность принять участие в следующем Российском национальном конгрессе кардиологов. Я надеюсь, что эта возможность будет играть очень важную роль в укреплении старых и развитии новых прочных партнерских отношений в области научной и клинической кардиологии между нашим национальными кардиологическими обществами.

Я буду особенно рад возможности поделиться с вами некоторыми личными взглядами и новыми данными по первичному ЧКВ с доступом через лучевую или локтевую артерию у пациентов с повышенным риском инфаркта миокарда.



Украина

Владимир Коваленко

Президент Ассоциации кардиологов Украины

Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности во всем мире. Страны постсоветского пространства, в том числе Украина и Россия, к сожалению, не являются исключением. Однако в последние годы Правительства наших стран обращают все большее внимание на эту проблему. Славные традиции наших стран в области кардиологической науки, наше великое общее прошлое, позволяют развивать наше дальнейшее сотрудничество и с оптимизмом смотреть в будущее. Позвольте от имени Ассоциации кардиологов Украины и себя лично пожелать участникам Конгресса успешной работы.



Франция

Альбер Ален Ажеж

Президент французского общества кардиологов

Для французского общества кардиологов большая честь принять участие в российском национальном конгрессе кардиологов.

Мы полагаем, что прочные отношения между Европейскими обществами кардиологов, и особенно между крупнейшими из них, как в случае российского и французского обществ, в настоящее время должны обязательно существовать на международном уровне.

Совершенно очевидно, что эти отношения должны предполагать участие лидеров обеих сторон в крупных национальных встречах, позволяя кардиологам обмениваться опытом со специалистами разных уровней из разных стран, и проложить путь для будущих исследований или разработки реестра проектов. Более того, все это должно привести к обмену программами стипендий, ориентированных как на клинические, так и на научные исследования.



Швеция

Дэвид Эрлинг

Президент Шведского общества кардиологов. Профессор кардиологии в Университете Лунда, специалист в области интервенционной кардиологии (ЧКВ)

Как президенту Шведского общества кардиологов, мне доставляет большое удовольствие принимать участие в российском конгрессе кардиологов. Я надеюсь, что шведское и российское общества установят тесное сотрудничество для поощрения научных и клинических разработок в увлекательной области – кардиологии. На встрече я буду говорить о терапевтическом эффекте гипотермии при остановке сердца и остром инфаркте миокарда.



Азербайджан

Фаик Гулиев

Президент НКО Азербайджана

Азербайджанское общество кардиологов находится в продолжительном сотрудничестве с российскими коллегами и кардиологической инфраструктурой России. Многие специалисты нашей страны получили первоклассное образование в Российских Кардиологических ВУЗах с их традициями. Для нас большая честь принимать участие в таком научном мероприятии, как Национальный Конгресс Кардиологов в Москве. Как и всегда, мы услышим последние новости в мире кардиологии, пополним и обновим знания и умножим опыт.



Чехия

Рихард Чешка

Председатель европейской федерации международного общества атеросклероза

Мне доставляет большое удовольствие присутствовать на русском национальном конгрессе кардиологов в Москве, и я передаю самые теплые приветствия от чешского терапевтического общества.

Я очень заинтересован и увлечен вопросом эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и вопросом подходов к устранению факторов риска в нашем регионе. Я обеспокоен ситуацией во многих странах Центральной и Восточной Европы, где заболеваемость и смертность от ИБС очень высока.

Обновление ВНОК. Мы меняемся вслед за обстоятельствами

В работе Всероссийского научного общества кардиологов за последний год произошли серьезные изменения. Да и само название общества заменено на новое, с мая 2012 года вместо привычной аббревиатуры ВНОК используется РКО – Российское кардиологическое общество. Какие реформы ещё ожидаются, и чем они вызваны, рассказал Президент РКО – Евгений Владимирович Шляхто.

Алексей Тархановский

Евгений Владимирович, почти год назад Вы были избраны президентом Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), что удалось сделать за истекший период?

Основная задача, которую мы решали – оживить работу Общества, наполнить внутреннюю жизнь организации новым содержанием и активизировать деятельность рабочих групп и секций. Думаю, с этим мы справились.

Вторая, не менее важная задача – сделать так, чтобы региональные отделения почувствовали себя полноценными хозяевами нашей организации. Надеюсь, этого удалось добиться – ведущие кардиологи из разных городов приняли активное участие в подготовке ежегодного Российского национального конгресса кардиологов, который проходит в Москве в начале октября, и формировании программы этого мероприятия.

И есть еще одно обстоятельство, которым можно гордиться – общество и раньше стремилось к интеграции в европейское медицинское пространство, но в этом году нам удалось добиться существенных успехов – достигнуты договоренности о более активном привлечении наших ученых к деятельности рабочих групп Европейского общества кардиологов (ESC), разработана и внедряется стратегия, направленная на усиление роли РКО в работе ESC.

В мае 2012 года ВНОК было переименовано, и сейчас называется Российское кардиологическое общество (РКО). Зачем это было сделано?

Старое и новое названия не противоречат друг другу. И РКО ни в коем случае не противопоставляет себя своей истории. Но кардиология стремительно развивается – изменился подход к лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ситуация, когда только один врач ведет пациента, уходит в прошлое. Сегодня лечением одного больного занимается междисциплинарная команда

докторов-специалистов, в которую входят не только кардиологи, но и интервенционные и сердечно-сосудистые хирурги, аритмологи, терапевты, врачи восстановительной медицины, и всех этих специалистов сегодня объединяет Российское кардиологическое общество.

РКО – гораздо более широкое название, чем «Научное общество кардиологов», и можно сказать, что перемены назрели сами собой – мы меняемся вслед за обстоятельствами. Но нужно подчеркнуть – и это очень важный момент – что наступление нового этапа подготовлено всеми предыдущими. Если бы в свое время Е.И. Чазов не создал кардиологическую службу, систему оказания помощи при остром инфаркте миокарда, то сейчас бы мы не имели того уровня развития кардиологии, который есть сегодня.

Помимо руководства РКО, Вы являетесь директором федерального центра в Санкт-Петербурге. Есть ли своя специфика у той и другой работы?

Я руковожу «Федеральным центром сердца крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» уже 12 лет – с 2000 г., там я директор и отвечаю за всё, что происходит в учреждении. А РКО – это общественная организация. В РКО не всегда удается быстро отреагировать на проблемы, но с другой стороны, все решения принимаются взвешенно, при подавляющей поддержке Президиума и Правления.

Будет ли меняться структура РКО?

Разумеется, да. На предыдущем конгрессе в 2011 году и на последующих пленумах правления были приняты и подтверждены решения о необходимости реструктуризации. На сегодняшний день у нас 29 секций. Среди них есть очень мелкие, посвященные слишком узкому вопросу, который не решает проблему в целом. Некоторые секции не очень активны и иногда дублируют работу соответствующих обществ. Наша задача – создать действительно работающие, активные структурные подразделения.

The previous year has brought serious changes to the work of the Russian Society of Cardiology. Even the name of the organization has been changed. What new reforms are expected, and what are they caused by, the President RSC, Eugeny Shlakhto, tells.

Процесс это не быстрый и довольно болезненный – переходный период будет длительным, и на это время все секции и рабочие группы продолжают свою деятельность. В обществе будет создана специальная комиссия, которая возглавит работу по реструктуризации. Пока у нас есть понимание, к чему двигаться, но мы в начале пути.

Изменения коснулись и «Российского кардиологического журнала».

Что поменялось в издании?

«РКЖ» – хороший, читаемый научно-практический журнал. Основная цель общества – иметь современное европейского уровня издание с высоким импакт фактором, в котором было бы престижно печататься не только нашим ученым, но и коллегам из-за рубежа – это первое. И второе – чтобы журнал был известен, чтобы по его материалам можно было оценить уровень российской науки. Сегодня в стране много научных проектов высокого уровня, но эти работы мало представлены в отечественных журналах. И получается, что проводятся интересные исследования, о которых никто не знает, потому что за рубежом опубликовать их трудно, а публиковаться в нашем научно-практическом медицинском издании авторы не очень-то и стремятся.

Новая концепция нашла свое отражение в составе редакционной коллегии и редакционном совете РКЖ, куда вошли новые люди – специалисты из разных областей, что опять-таки свидетельствует о необходимости междисциплинарного подхода в кардиологии. Мы привлекли к работе в редколлегии уважаемых ученых из разных регионов нашей страны, чтобы предотвратить разрыв в уровне научных публикаций между городами. Такие крупные медицинские центры, как в Новосибирске, Краснодаре, Тюмени, Перми и других городах – конечно, должны быть представлены. К работе над журналом привлекли и иностранных специалистов.

Как члены общества отреагировали на изменения? Все ли поддержали смену названия и Устава организации?

Хотя открытых выступлений «против» и не произошло, было бы странно после относительного спокойствия последних лет не получить острых вопросов по поводу проводимых изменений. Но, вы понимаете, это не тот случай, когда лично я придумал что-то, и ситуация стала меняться. Потребность изменений назрела, и инициатива идет от членов общества. Люди не хотят больше быть изолированными от мира, есть стремление стать полноправными членами международного сообщества.

Как вы реагируете на критику?

Негативная реакция – это тоже обратная связь, и она очень важна. Она помогает нам развиваться и устранять ошибки, обращать на них внимание и не допускать в дальнейшем. В обществе сейчас такая ситуация, когда многое мы делаем в первый раз. Знаете, как говорится: не ошибается тот, кто ничего не делает.

Вы посещаете конференции, проводимые под эгидой РКО в других городах?

Безусловно. Я считаю, что не следует дробить мероприятия на мелкие региональные, нужно стремиться их подтянуть до всероссийских, а в перспективе – и до международных.

Есть идея – и она пока обсуждается – создать сквозную сетку конференций, может быть, сделать их менее цикличными – пусть лучше их будет немного, но все они должны быть высокого уровня. Летом в Самаре прошел форум молодых кардиологов, и он был не региональным, а международным, причем достаточно высокого уровня. Крупные научные события должны проводиться не только в Москве или Петербурге, но и в других городах с высоким уровнем науки и образования, где есть соответствующие условия.

Члены РКО автоматически становятся членами Европейского кардиологического общества?

Да, если они зарегистрированы у нас и платят членские взносы.

Вы говорили о важности интеграции российского кардиологического общества в международное научно-медицинское пространство. Каким образом Вы реализуете эту стратегию?

6 июля 2012 года впервые состоялась совместная встреча членов Президиума РКО с первыми лицами Европейского общества кардиологов (ESC). Прошло совместное заседание, на котором со стороны Европейских коллег присутствовали Президент Европейского общества кардиологов (ESC) профессор М. Комажда, президент-элект профессор П. Вардас, вице-президент

профессор Ф. Пинто и исполнительный директор госпожа И. Бардинэ. В ходе встречи была сформулирована стратегия, направленная на усиление роли РКО в работе Европейского общества кардиологов. Помимо этого, достигнута договоренность о более активном привлечении наших ученых к деятельности рабочих групп ESC.

Каким образом?

Ничего трудного в этом нет. Член РКО на сайте www.scardio.org может подать заявку в интересующую его группу. Наши коллеги в Европе абсолютно открыты и готовы нас принимать. Участие российских представителей в зарубежных конгрессах и конференциях также очень приветствуется. Например, на конгрессе в Мюнхене в августе этого года организаторы предоставили бесплатную регистрацию для российской делегации молодых кардиологов, и 19 молодых ученых из разных городов представляли Россию.

Как Вы оцениваете политику государства в отношении общественных организаций?

По итогам недавнего совещания становится очевидным, что Министерство планирует отводить большую роль медицинским общественным организациям. Есть стремление придать новый импульс их развитию – сделать общественные организации полноправными участниками, влияющими и на сферу постдипломного образования врачей,

и на выработку стандартов и рекомендаций. Такое стремление, безусловно, не может не радовать.

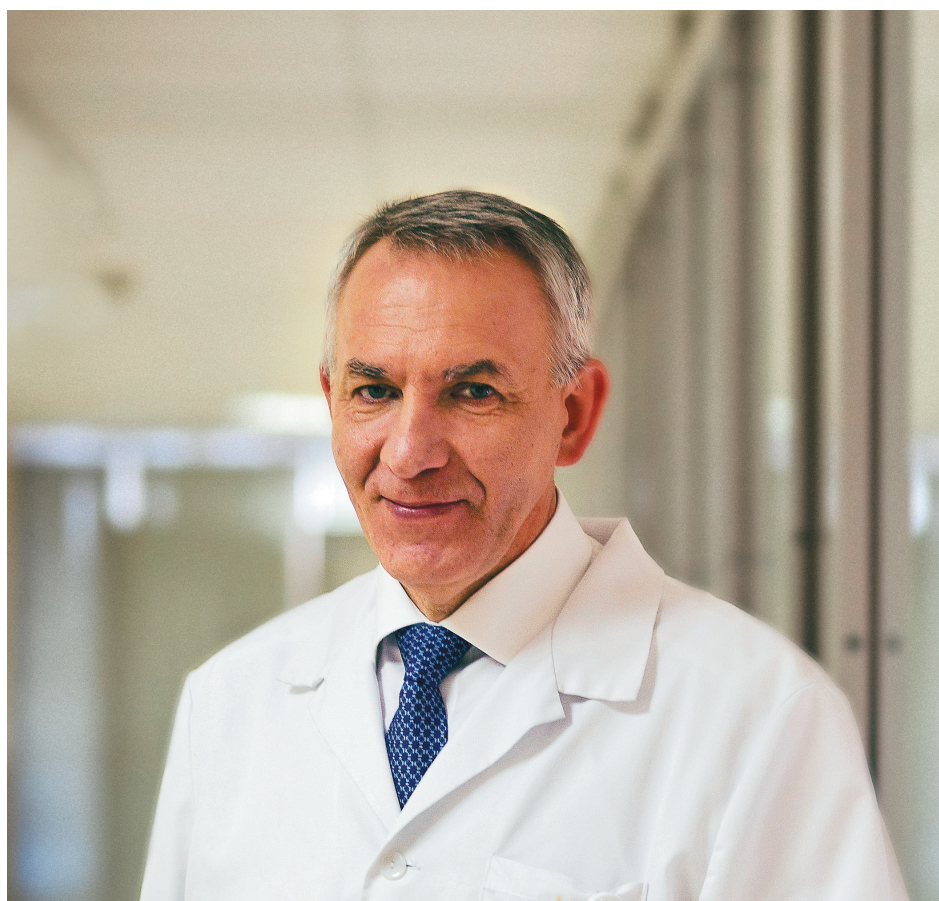
Давайте вернемся к Российскому национальному конгрессу кардиологов 2012 года. Чем он отличается от предыдущих?

Во-первых, научной составляющей.

На нынешнем конгрессе оригинальных исследовательских работ будет представлено намного больше. Правлением было принято решение, что до 20% рабочего времени будет отдано сообщениям делегатов о результатах собственных исследований.

Во-вторых, в этом году намного больше коллег, представляющих различные национальные общества. Причем это не экскурсионные визиты, а выступления с докладами, организация и проведение мероприятий. Такую форму взаимодействия, я думаю, стоит развивать. Надо проводить совместные мероприятия не только в России, но и в странах-партнерах РКО.

Кроме того, введены ограничения по количеству мероприятий, поддерживаемых производителями лекарственных препаратов. Это важный вопрос – общество действует исключительно в рамках нового российского законодательства, которое регламентирует взаимоотношения фармбизнеса и общественных организаций. РКО стремится развивать партнерские отношения с фармкомпаниями, определяя рамки, в которых общество готово сотрудничать и привлекать бизнес для реализации социальных проектов.



Российский кардиологический журнал. Новые правила для авторов

С января 2012 г. в Российском кардиологическом журнале были введены новые «Правила публикации авторских материалов». Что означают эти изменения для авторов и журнала рассказали шеф-редактор Юлия Владимировна Родионова и ответственный секретарь РКЖ Евгений Олегович Таратухин.

Новые правила публикации авторских материалов размещены на сайте журнала: www.cardio.medi.ru/6603.htm

С чем связано достаточно радикальное реформирование Российского кардиологического журнала?

Поставлена задача: интегрировать деятельность российского кардиологического сообщества в мировую научно-исследовательскую систему, чтобы наши специалисты могли достойно обмениваться опытом с зарубежными коллегами и представлять свою работу на высоком уровне.

Для этого в работе над журналом нужно преодолеть ряд трудностей. Особое внимание мы должны уделить качеству печатных материалов. Можно пойти по более легкому пути — принимать к публикации статьи именитых ученых, отсеивая всех малоизвестных авторов, но тогда журнал превратится в некое «элитное» издание, которое будет неинтересно рядовым читателям, и не будет отражать актуальную информацию о новых исследованиях. Мы считаем, что статьи известных ученых должны служить именно образцом качества исследовательской работы.

Журнал ставит перед собой образовательную цель — привести требования к авторам при подаче рукописей к мировым стандартам. При разработке новых правил для авторов были использованы «Единые требования к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы: подготовка и редактирование медицинских публикаций» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication), изданные Международным Комитетом редакторов медицинских журналов (ICMJE) — www.icmje.org и Рекомендации COPE, изданные Комитетом по издательской этике (COPE) — www.publicationethics.org.uk.

Под эгидой журнала мы планируем проводить специальные обучающие программы, которые помогут российским авторам представлять материал исследований на высоком уровне.

Какие еще произошли изменения в журнале?

Количество рубрик было сведено к минимуму: передовая, оригинальные исследования, клинический случай, обзор литературы. Введена обзорная рубрика с публикациями о новых значимых клинических

исследованиях. Изменены требования к объему подаваемого материала, количеству цитируемых источников.

В журнале начали работать новая редакция и редакционный совет, куда вошли известные и уважаемые российские ученые. К работе были привлечены и зарубежные коллеги, из которых сформирован международный редакционный совет. Основное требование к членам редакции — активное участие в работе журнала: не только оценка качества редакторского портфеля, но и качественные рецензии, публикация собственных обзорных или исследовательских статей. Журнал устанавливает список постоянных рецензентов, который планируется публиковать в номере. Все рецензируемые материалы являются анонимными как для автора, так и для самого рецензента. Планируется выбирать на каждый номер своего ответственного редактора.

Какие изменения произошли в предоставлении направительного письма?

Направительное (сопроводительное) письмо — основной документ, регламентирующий передачу автором или авторским коллективом своего труда Редакции для публикации в журнале. Было снято требование обязательной визы научного руководителя и печати учреждения. Иногда авторские коллективы бывают смешанными, поэтому возникает затруднение — кому подписывать и чью печать ставить.

Однако в направительное письмо были добавлены следующие пункты: 1) рукопись не находится на рассмотрении в другом издании; 2) не была ранее опубликована; 3) содержит полное раскрытие конфликта интересов; 4) все авторы ее читали и одобрили; 5) автор(ы) несут ответственность за достоверность представленных в рукописи материалов.

Как регламентируется работа авторского коллектива?

Если в авторском списке представлено более 4 авторов, обязательно указывается вклад в данную работу каждого автора. Все члены группы должны отвечать всем критериям и требованиям для авторов, т. е. участие

Since January 2012, the Russian Cardiology Journal has introduced new «rules of publication of copyrighted materials». The journal is aimed to bring requirements to authors' works into compliance with the world standards. The editor in chief of the journal, Yulia Rodionova, and its executive editor, Eugene Taratukhin, explained the meaning of these changes for the authors and the edition.



Российский кардиологический журнал —

официальный орган печати Российского кардиологического общества. Это научно-практический, рецензируемый журнал для кардиологов и терапевтов. Основная направленность издания — научные статьи, посвященные оригинальным и экспериментальным исследованиям, вопросам фармакотерапии и кардиохирургии сердечно-сосудистых заболеваний, новым методам диагностики. Журнал выпускается с 1996 г., включен в перечень изданий, рекомендованных для публикации статей, содержащих материалы диссертаций (ВАК), в индексы цитирования: Российский индекс научного цитирования, Science Citation Index Expanded (SciSearch®); Journal Citation Reports/Science Edition, зарегистрирован в Клубе главных редакторов научных журналов Европейского общества кардиологов.

авторов в работе может быть следующим:

1) разработка концепции и дизайна или анализ и интерпретация данных; 2) обоснование рукописи или проверка критически важного интеллектуального содержания; 3) окончательное утверждение рукописи для публикации.

Соблюдение этого требования показывает Редакции, что работал именно авторский коллектив, позволяет избежать критики, что фамилии каких-либо авторов просто «вписаны».

Кроме того, существует раздел «Благодарности», который можно опубликовать вместе с текстом статьи, где указываются все участники, не отвечающие критериям авторства, но осуществлявшие техническую поддержку, помогавшие в написании статьи или руководители подразделения, обеспечивающие общую поддержку. Там же можно выразить признательность за финансовую и материальную поддержку, указать номер гранта.

Каким образом осуществляется помощь в публикации аспирантских или кандидатских работ?

Молодые исследователи нуждаются в поддержке. Но это не означает, что научное качество представляемой работы может быть на низком уровне. При подаче рукописи в Редакцию, молодые исследователи должны выполнять все требования по оформлению и представлению работы, оперативно отвечать на вопросы рецензента и редактора. Редакция специально просит, чтобы в сопроводительном письме указывались предположительные сроки защиты, если рукопись является частью диссертационной работы. Такие рукописи принимаются к публикации как можно быстрее.

Зачем нужно высылать подробную информацию об авторах?

Эта информация – часть официальной регламентации совместной работы авторов и журнала. Согласно требованиям ВАК, в открытой печати необходимо указывать места работы всех авторов, их должности и звания.

Какие трудности могут быть с первичным комплектом документов, присланным в Редакцию?

Главное замечание – неполный комплект. Часто не присылают список сокращений – еще одно нововведение, которое появилось в «Правилах» и является важным для работы над статьей. Составление списка сокращений дает возможность автору еще раз проверить сам текст на предмет наличия/отсутствия сокращений. Иногда автор делает сокращения по своему усмотрению, что может вызвать трудности при их расшифровке редактором. Если в таблицах и рисунках присутствуют множественные сокращения, составляется отдельный список сокращений для них.

Что такое «первичное рассмотрение» (первичный отбор) статьи?

После того, как автор прислал полный комплект документов для рассмотрения, документы направляются редактору (эксперту) на ознакомление. На этом этапе могут быть высказаны существенные замечания: статья может быть отправлена автору на доработку, может последовать отказ в публикации.

Отказ в публикации происходит, если в статье есть грубые методологические ошибки, статья не соответствует профилю журнала, автор не согласен с замечаниями по доработке статьи.

Такая практика внедрена во многих зарубежных научных журналах. Например, The Lancet гордится тем, что только 5 % поступивших материалов проходят первичный отбор, доходя до рецензентов, у Европейского кардиологического журнала – 11 %. с начала 2012 г отказов в нашем журнале не так уж много – 13,5 %, таким образом, первичный отбор проходят 86,5 % статей.

Если статья успешно прошла первичное рассмотрение, она регистрируется. Автору высылают уникальный номер статьи, по которому он может проследить ее дальнейшее перемещение внутри Редакции.

После первичного рассмотрения статья направляется рецензенту.

Какие изменения коснулись оформления списка литературы?

Раньше список литературы оформлялся в алфавитном порядке, сначала русскоязычные авторы, потом англоязычные, теперь цитируемость литературы стала порядковой. Но это не означает, что список литературы представляет собой беспорядочное смешение кириллицы и латиницы: все источники сначала идут на латинице, у русскоязычных источников добавляется оригинальная ссылка. При этом русские фамилии транслитерируются, а названия переводятся на английский язык.

Требование транслитерации оказалось новым для авторов. Однако большинство солидных научных журналов уже больше десяти лет дублируют содержание на английском языке.

Для удобства авторов в «Правилах» выложены наглядные примеры оформления литературных ссылок.

Основная проблема, с которой сталкивается Редакция при получении статьи – устаревшие источники. Список литературы не должен быть похожим на «пособие по истории медицины». Введено жесткое требование – все источники не должны быть старше 10 лет, за исключением высокоинформативных работ.

Количество самих цитат теперь тоже строго регламентировано: для клинического случая – не более пяти, для оригинальной статьи – не более 15-ти, для литературного обзора – до 50-ти.

Зачем необходим отдельный файл с информацией о соблюдении этических норм при проведении исследования?

Не стоит забывать, что публикуемые статьи чаще всего относятся к исследованиям на людях. Информация о соблюдении этических норм обязательно должна присутствовать в разделе «Материалы и методы», но часто авторы ее опускают, поэтому такое требование вошло в «Правила», чтобы еще раз обратить внимание авторов не только на этические проблемы проведенного исследования, но и на их соответствие международным стандартам, которые специально для этого разрабатываются. Проведение и описание всех клинических исследований должно полностью соответствовать стандартам CONSORT – www.consort-statement.org.

Зачем необходим отдельный файл с информацией о конфликте интересов?

В «Правилах» уделено много внимания этой проблеме. Сейчас Комитет экспертов Европейского общества кардиологов пытается выработать единые требования к описанию проблемы «конфликта интересов» в научной работе. Некоторые зарубежные издания ввели такой обязательный раздел, он размещается в конце статьи. В нашем журнале мы этого не требуем, но считаем обязательной информацию по раскрытию конфликта интересов (в виде отдельного файла), даже если конфликт не заявлен авторами работы.

Что делать авторам, приславшим статью в Редакцию до 01 января 2012, когда были введены новые правила?

Авторы, приславшие свои статьи и полный пакет документов раньше, действительно, попали в затруднительное положение. Некоторые статьи лежали в редакторском портфеле год-полтора без движения, их авторы волновались, звонили, пытались узнать о судьбе своей работы.

В начале года всем были разосланы письма об изменениях в «Правилах». Редакция дает преимущества в публикации таких статей: все они будут изданы как можно скорее. Авторам не нужно присылать заново весь пакет документов, кроме текста статьи. С каждым из авторских коллективов проводится индивидуальная работа. Однако статьи, присланные ранее, должны быть обязательно доработаны авторами: структурировано резюме, добавлен список сокращений, доработан и транслитерирован список литературы.

В тоже время, когда автор «дорабатывает» статью, он получает возможность пересмотреть текст полностью. Устаревшие литературные источники должны быть заменены на новые в обязательном порядке, чтобы напечатанный материал был актуальным для читателей.

Российский кардиологический конгресс

3-5 октября 2012 года в Москве проходит Российский национальный Конгресс кардиологов. Крупнейший научно-медицинский форум объединит в этом году свыше 3000 российских и иностранных специалистов. Девиз Конгресса – «Интеграция знаний в кардиологии». Одна пятая часть всех научных мероприятий Конгресса будет посвящена представлению авторами результатов собственных клинических и экспериментальных работ, многие из которых будут показаны на Конгрессе впервые.



Первое пленарное заседание

Первое пленарное заседание пройдет 3 октября Большом актовом зале с 11:00 до 13:00. С основным докладом о состоянии кардиологии в России выступит почетный президент, академик РАН и РАМН Е.И. Чазов. Президент Европейского кардиологического общества профессор П. Вардас, осветит перспективы сотрудничества Европейского и Российского обществ кардиологов.

С докладом о ремоделировании после инфаркта миокарда выступит экс-президент Европейского кардиологического общества профессор Р. Феррари, а избранный президент Ф. Пинто, в свою очередь, расскажет о новых достижениях в области визуализации в кардиологии.



Семинары и доклады

В 2012 году в работе Конгресса принимают активное участие представители национальных кардиологических обществ. Так Йозев Кауцнер (Чехия) председательствует на совместном симпозиуме с европейской ассоциацией сердечного ритма (EHRA) 3 октября зал № 7 корп. 2.

3 октября в зале № 2 состоится заседание по теме «Острый коронарный синдром: настоящее и будущее» под председательством М.Я. Руды и профессора из США С. Мехта.

В этот же день в зале № 7 будет представлен целый ряд оригинальных докладов европейских кардиологов из Венгрии (MerkelyB.), Швеции (ErlingeD.), Германии (ErtlG., AngermannC.), Македонии (Kedev S.) заменить на (Б.Меркей), Швеции (Д.Эрлинг), Германии (Г.Эртл., К.Ангерманн), Македонии (С.Кедев), Украины (В.Н.Ковалеко).



Национальные клинические рекомендации

На конгрессе будут представлены несколько национальных клинических рекомендаций. V версия Российских рекомендаций «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» будет представлена 4 октября в зале № 3 на совместной сессии Российского кардиологического общества и Научного общества по изучению атеросклероза.

Молодые кардиологи РКО подготовили переводы «Рекомендаций по острой и хронической сердечной недостаточности» и «Рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике».

3 октября на совместной сессии Российского кардиологического общества и Национального общества по атеротромбозу будут обсуждаться обновленные рекомендации АССР по антитромботической терапии 2012 года. В этот же день на симпозиуме, который состоится в 17:00 в Большом актовом зале, И.С. Явлов расскажет о новых международных рекомендациях по лечению больных с ОКС.

В Большом актовом зале 4 октября в 9:00 состоится конференция «Типичный пациент с ИБС и ХСН – типичный подход? Европейский и Российский опыт», председатели Е.В. Шляхто, П.Вардас, С.А. Шальнова. На конференции Г.П. Арутюнов выступит с обзором изменений в рекомендациях по лечению СН за последние годы.

4 октября в 11:00 в зале № 2 (корпус 2) Л.А. Соколова прочитает доклад по национальным рекомендациям по рациональной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Подведет итог теме клинических рекомендаций мероприятие, которое состоится 5 октября с 9:00 до 10:30 в Большом актовом зале – симпозиум «Обновление рекомендаций по кардиологии» под председательством С.А. Бойцова и А.С. Голявича при участии В.А. Сулимова, А.Ш. Ревилли, Э.В. Земцовского, А.А. Александрова, В.В. Кухарчука.



Премия

Впервые в этом году Российское кардиологическое общество будет присуждать Премию РКО в знак общественного признания заслуг медицинских и научных работников, а также преподавателей ВУЗов, внесших достойный вклад в развитие кардиологии по различным направлениям, способствовавшим снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Российское кардиологическое общество учредило Премию в пяти номинациях, которая призвана выявить и поощрить лучших специалистов и перспективные проекты в области кардиологии. Премии будут вручены на церемонии открытия конгресса – 3 октября в 18:30 в Большом актовом зале.

После вручения премий будут подведены итоги конкурса молодых ученых кардиологов и названы лучшие специалисты в возрасте до 35 лет.



Как быть успешным в мире кардиологии?

Образовательный семинар «Как быть успешным в мире кардиологии?» под председательством П. Вардаса (Греция), В.А. Егорова (Москва), Т.Люшер (Швейцария) пройдет 3 октября с 14:00 до 16:45 в зале № 3 II корпуса. Заседание, организованное совместно с Европейским Обществом кардиологов посвящено вопросам постдипломного образования врачей, подготовке публикаций в высокорейтинговые зарубежные издания, участию в совместных международных проектах. В качестве примера дистанционного обучения будет представлен он-лайн доклад L.Gonçaves (Л. Гонсалвес) (Португалия) с темой «Новая обучающая платформа для кардиологов Европейского общества кардиологов».



Все пленарные заседания национального конгресса будут записаны на видео, наиболее интересные фрагменты мероприятий можно будет посмотреть на сайте РКО: www.scardio.ru.

Симпозиум по артериальной гипертензии

«Антигипертензивная лига» – некоммерческое общественное объединение, созданное для консолидации усилий в борьбе с артериальной гипертензией. Членами Лиги являются ведущие специалисты в области кардиологии более чем из 50 субъектов РФ. Лига ведёт активную научно-исследовательскую, просветительскую и педагогическую деятельность: организует лектории в медицинских учреждениях и разрабатывает методическую литературу по вопросам лечения, диагностики и профилактики артериальной гипертензии; издает научно-практический журнал «Артериальная гипертензия»; проводит «Школу кардиологического больного» и другие мероприятия для людей с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. А также устраивает конференции, семинары, конгрессы для практикующих врачей с целью повышения квалификации по вопросам артериальной гипертензии. Объединение сотрудничает с Международной Гипертензивной Лигой и Европейским обществом по артериальной гипертензии. www.ahleague.ru

Юлия Викторовна Котовская, д.м.н., проф. кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

3 октября на конгрессе состоится научный симпозиум, посвященный проблемам артериальной гипертензии. Организаторы симпозиума – РКО и Общественная Организация «Антигипертензивная Лига». Темы докладов специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Иркутска, Волгограда охватят спектр проблем от диагностики до лечения артериальной гипертензии. В фокусе вопросы, которые вызвали наиболее активные дебаты в последние годы. Особое место в программе симпозиума займёт проблема рационального использования суточного мониторирования и самоконтроля АД. Интерес к данной теме связан, прежде всего, с тем, что в рекомендациях Британского общества по АГ (2011 г.) амбулаторные методы регистрации АД выдвинуты на ведущие позиции для диагностики АГ. Профессор Кобалава Ж.Д. и профессор Котовская Ю.В. (Москва) представят доклад «Обоснованно ли применение суточного мониторирования всем больным для диагностики АГ?», а профессор Конради А.О. (Санкт-Петербург) ответит на вопрос «Кто должен измерять АД?». Профессор Горбунов В.М. (Москва) осветит проблемы сочетанного использования клинического и амбулаторного измерения АД в своем докладе «Скрытая АГ и скрытая неэффективность лечения». За последние годы приобрела новое звучание проблема вариабельности АД: акцент сместился с оценки краткосрочной вариабельности (или вариабельности АД от измерения к измерению) на оценку межвизитной вариабельности АД, тесно сопряженной со стабильностью контроля АД. Этой проблеме будет посвящен доклад профессора Лебедева П.А. (Самара) «Ренессанс вариабельности АД». Продолжается активное изучение прогностического и клинического значения центрального АД, эту тему рассмотрит в своем выступлении «Настало ли время рутинного измерения центрального АД?» профессор Недогода С.В. (Волгоград). Два доклада – профессора Протасова К.В. (Иркутск) «ИСАГ: насколько агрессивно должно быть лечение?» и профессора Виллеваальде С.В. (Москва) «Гидрохлоротиазид: казнить или помиловать?» затронут вопросы лечения АГ. Профессор Протасов К.В. коснется проблемы лечения АГ у пожилых пациентов, у которых основным патофизиологическим признаком изолированного повышения систолического АД является повышенная артериальная ригидность, тесно связанная с физиологическим старением артериального русла. Профессор Виллеваальде С.В. проанализирует обоснованность критики использования гидрохлоротиазида в лечении АГ.

October 3-5, 2012, the Russian National Congress of Cardiology will be held in Moscow. This year the Largest Scientific and Medical Forum will bring together more than 3,000 experts from Russia and other countries. The motto of the Congress is «Integration of Knowledge in Cardiology.» One fifth of all the scientific activities of the Congress will be devoted to the demonstration of authors' clinical and experimental studies results, many of which will be shown at the Congress for the first time.

Всероссийский
кардиологический конгресс,
05/10/2012/ 9:00-10:30
I корпус, зал № 2

On October, 3 at the Russian National Congress of Cardiology there will be held scientific symposium devoted to the problems of arterial hypertension. It is organized by the Russian Society of Cardiology together with All-Russian NGO Antihypertensive League. Lectures and reports by experts from Moscow, St.Petersburg, Samara, Irkutsk and Volgograd will cover a wide range of problems from diagnostics to treatment of arterial hypertension.

9 октября 2012 года Яну Львовичу Габинскому главному кардиологу УрФО и Свердловской области, директору Уральского Института Кардиологии исполняется 60 лет. Ян Львович – талантливый ученый, создавший свою научную школу, яркая творческая личность, врач-кардиолог, на счету которого сотни спасенных жизней. От имени российских кардиологов поздравляем Яна Львовича Габинского с юбилеем!



На пути из науки в практику

Тема трансляционной медицины сейчас актуальна и в России, и за рубежом. Всех интересуют эффективные механизмы внедрения достижений науки в практику. В преддверии Конгресса мы поговорили о трансляционных барьерах, междисциплинарных кадрах и технологическом трансфере с директором Института экспериментальной медицины ФГБУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова» Михаилом Михайловичем Галагудза.

Анастасия Александровна Таничева, директор социальных программ РКО

Михаил Михайлович, считается, что для реализации подходов трансляционной медицины (ТМ) требуются междисциплинарные кадры – врачи, имеющие опыт и компетенцию в нескольких областях. В России готовят таких специалистов?

В настоящее время – нет. За рубежом для решения конкретной задачи формируется команда из различных специалистов, и каждый из них работает в своей области в рамках одного проекта. Хотя, на мой взгляд, было бы очень полезно для людей, занимающихся фундаментальными исследованиями, прослушать курс лекций по менеджменту в науке, методам поиска финансирования для научных исследований или, скажем, экономике научных разработок. Это нужно хотя бы для того, чтобы ученые понимали порядок затрат, который необходим для внедрения нововведений в практику.

У Вас обширные связи с коллегами за рубежом, занимающимися трансляционной медициной. Как Вы оцениваете уровень развития данного направления в России и за границей?

Мы вполне конкурентоспособны в плане идей и концепций новых разработок. Человеческий капитал хоть и был изрядно растрочен в 1990-х, все равно остается нашим основным ресурсом. Плохо обстоят дела с долгосрочными инвестициями. Все проекты, связанные с медицинскими препаратами, да и техникой, требуют больших вложений, так называемых «длинных денег» – инвестор вкладывает сейчас, а прибыль получает потом.

Наверное, это мировая проблема – никто не хочет рисковать?

Не скажите, за рубежом с этим значительно лучше. В противном случае не было бы развития медицинской науки, и препараты не доходили бы до пациентов.

Кто поддерживает новые исследования на Западе – государство или частный бизнес?

Система финансирования стала очень сложной. Внедрение одного препарата требует такой колоссальной суммы (0,8-1,2 млрд. долларов США), которая неподъемна для одного инвестора. Даже если это фармацевтическая компания, ее доход несопоставим с затратами, необходимыми для вывода нового лекарства на рынок. Поэтому получается многоукладная система финансирования: львиная доля – это фармбизнес, плюс государственные гранты и частные пожертвования.

При реализации ТМ отмечают недостаток контактов между учеными и клиницистами. Как преодолевать этот барьер?

Мне кажется, этот барьер универсален для всех – и для нас, и для зарубежного медицинского сообщества. Нет большой проблемы найти двух энтузиастов со стороны науки и клинической практики. Вопрос в том, будет ли продуктивен этот контакт? Вот, например, встретились практик-хирург и ученый, который изобрел некий препарат. Чем закончится их общение? Скорее всего, каждый из них уйдет со своим мнением – хирург будет думать, что предлагаемая новинка еще далека от практики или вовсе не нужна, а ученый будет думать, что его идея не нашла должного отклика. Вероятно, нужно создавать команды, в которые должны войти энтузиасты со стороны фундаментальной медицины и со стороны

практики, плюс мощный аппарат менеджмента, экономист, юрист (вопросы интеллектуальной собственности очень важны в данном вопросе). Возглавлять команду должен администратор, ответственный за реализацию всего проекта в целом.

Нужно ли под каждый такой проект формировать свою команду? Не проще ли иметь один административный аппарат, который бы работал одновременно на несколько команд?

Если говорить о зарубежной практике, где направление трансляционной медицины развивается более успешно, чем у нас в стране, стоит упомянуть о технологическом трансфере. Это западное «изобретение» подразумевает наличие особой административной единицы (офиса) при крупных медицинских университетах. Основная цель этих подразделений – обеспечить процесс трансляции идей в практику. По-видимому, эта схема эффективна. Там есть эксперты по всем направлениям: по интеллектуальной собственности, менеджменту, защите прав интеллектуальной собственности, а также специалист от производства, который способен оценить, можно ли масштабировать изобретение в производство, и какие затраты на это потребуются.

На какой срок такая команда собирается?

Это зависит от проекта. Но вообще это относительно небольшой срок – один-два года. Дальше механизм запущен, и ясна дорожная карта (roadmap). Еще один термин, который становится все более популярным. Дорожная карта определяет стратегию развития всего проекта на долгосрочные периоды – на 10 или 20 лет. И, по сути, команда, о которой мы говорили, уже не нужна – процесс запущен, и известно, как его развивать: есть протоколы, которые регламентируют дальнейший путь продукта или технологии.

Можно ли сказать, что мы рассматриваем трансляционную медицину не как способ сокращения пути от фундаментальной науки до применения в клиническую практику, а как механизм для эффективной реализации идей?

Трансляционные барьеры – системные препятствия для успешного переноса результатов научных исследований в клиническую практику. Недостаток контактов между учеными и врачами-клиницистами; проблематичность экстраполяции данных, полученных на животных, на клиническую ситуацию; ошибочный дизайн клинических исследований новых лекарственных препаратов; малые объемы финансирования для продвижения инновационных продуктов и организации их производства; инертность мышления специалистов практического здравоохранения и др.

Концепция ТМ изначально предлагалась для сокращения сроков, потому что внедрение нового препарата сейчас занимает в среднем 8-10 лет; по медицинской и диагностической технике меньше, но тоже долго – около 4-5 лет.

И с помощью механизмов, предлагаемых ТМ, за один или два года этот путь можно пройти?

Нет, за этот период можно отработать «дорожную карту» и создать механизм развития проекта, а дальше все равно потребуются значительное время, потому что срок проведения клинических исследований в том виде, в каком он существует сейчас, невозможно сократить.

На сайте Национального Центра продвижения трансляционной науки, который был создан в США при Национальном Институте здоровья, в качестве основной идеи заявлено, что трансляционная медицина позволит сделать путь между наукой и практикой как можно короче, эффективней и безопасней. Если путь короче, возможно, он эффективней, но как он может быть более безопасным? За счет каких этапов произойдет сокращение сроков?

Я знаком с их сайтом и читал этот доклад. Для преодоления такого трансляционного барьера, как экстраполяция данных, полученных на животных, на клиническую ситуацию, коллеги предлагают революционные идеи, а именно тестировать новые субстанции даже не на животных, а сразу на тканях и органах человека, так что, возможно, доклинический этап исследований на животных со временем будет и вовсе не нужен.

Как? Вместо того, чтобы тестировать препарат на мышах – сразу к людям?

Нет, речь идет о тканевой инженерии. Сейчас есть технологии, и они уже перешли из области научной фантастики в реальную плоскость, которые позволяют вырастить ткань конкретного человека со всеми особенностями его генотипа, что позволяет в итоге сформировать банк образцов, обеспечивающий вариативность большой популяции. И лекарство вводится не мышам, а сразу в эту, выращенную специально для этой цели, ткань или орган, если это, например, сердце. Результат таких тестов более привлекателен, потому что эксперименты на животных потом нужно экстраполировать на человека, а здесь мы сразу получаем реакцию своего вида на препарат. Конечно, некоторая экстраполяция тоже требуется, потому что в пробирке все не совсем так, как в целостном организме, но все-таки это существенно ближе.

Выделяется и такой трансляционный барьер, как ошибочный дизайн

исследований. Верно ли, что это типично российская проблема?

Нет-нет, ошибочный дизайн – международная проблема. И ее можно проиллюстрировать. Есть такое научное направление, как кардио- или нейропротекция (защита сердца или головного мозга от ишемии с помощью различных препаратов).

В экспериментальных исследованиях на животных сотни разных соединений показали защитный эффект, т. е. средство помогает в борьбе с ишемией миокарда или головного мозга. Каким должен быть следующий этап? Переход в клиническую практику – проведение клинических исследований. И парадокс в том, что ни один препарат из сотен не показал эффективность у человека. Это очевидный трансляционный барьер. И очень мощный – огромные деньги потрачены на эксперимент, и при этом ноль на выходе для пациентов. Почему? И вот здесь возникает ответ – в ошибочном дизайне клинических и, особенно, доклинических исследований.

Должны предъявляться более жесткие требования к доказательной базе в эксперименте. Скажем, эффективность препарата должна быть доказана не только в одной лаборатории на одном виде животных, но и в нескольких лабораториях в разных точках мира на разных видах животных и на разных моделях, с использованием разных доз препарата, а также в сочетании с другими заболеваниями. Принципы доказательной медицины постепенно начинают распространяться и на экспериментальную медицину. В одной из западных работ было показано, что чем больше вышеперечисленных критериев выдерживалось в доклиническом (экспериментальном) этапе, тем ниже был коэффициент транслируемости. Но при этом те препараты, которые все-таки показали положительный эффект при «жестком» экспериментальном тестировании, имеют определенно больше шансов на положительный результат в клинике.

Над какими проектами работает Ваш Институт?

Наиболее интересный, с моей точки зрения, проект посвящен направленной доставке препаратов с помощью наноразмерных носителей в миокард. Сейчас, когда мы используем лекарство, мы вводим его системно, и оно распределяется по всему организму. При этом есть такие заболевания, при которых было бы желательно

сконцентрировать лекарство только в пораженной ткани. Например, ишемическая болезнь сердца.

Проект посвящен доставке кардиопротективных препаратов непосредственно в зону повреждения сердечной мышцы с помощью наноразмерных носителей.

Как в вашем случае можно применить методы трансляционной медицины, чтобы сократить сроки экстраполяции полученных при работе с животными данных на людей?

Тот факт, что мы говорим не о новом препарате, а о новом средстве доставки, немного снижает барьер для трансляции. Основное средство для повышения транслируемости этой работы – использование современных методов оценки эффективности и безопасности разработанного способа. Сначала нужно провести токсикологические эксперименты – оценить безопасность нового средства, в первую очередь, самого наноразмерного носителя, который доставляет препарат «по адресу». Это довольно сложные эксперименты, необходимо большое количество животных, на которых оценивается тератогенность, мутагенность, токсичность. Если все хорошо, и мы доказываем, что новое средство доставки безопасно, мы переходим к доказательству эффективности – то есть сравниваем, как помогает свободная молекула и связанная. Если мы доказываем, что лучший терапевтический эффект у связанной молекулы, то у нас уже очень многое позади. Далее наступает важный этап охраны интеллектуальной собственности – получение патента, в том числе международного. Это тоже довольно сложно и дорого, а механизмы финансирования получения международных патентов пока не вполне отработаны.

А у вас есть патент на этот способ доставки?

Мы получили российский патент, он называется «Способ кардиопротекции», и стремимся получить международный патент. Следующий этап во внедрении – это дизайн клинического исследования. Особенно труден и ответственен первый этап – назначения препарата здоровым добровольцам (“first in humans”). Далее следуют клинические исследования второй фазы, в которых уже участвуют 100-500 пациентов, и, наконец, третьей фазы (от 300 до 3000 пациентов).

Технологические трансферы – процесс передачи знаний, технологий, методов производства или образцов производства между государственными университетами и другими организациями с целью обеспечения доступности научно-технических новаций для более широкого круга пользователей, которые могут развивать и использовать технологию в новых продуктах и процессах.

Российские рекомендации по коррекции дислипидемии

На конгрессе РКО мы представляем участникам V версию Российских рекомендаций «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза». Рекомендации подготовлены экспертами трёх обществ: Российского кардиологического общества, Национального общества по изучению атеросклероза и Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

Валерий Владимирович Кухарчук, профессор, член-корреспондент РАМН Председатель Национального общества по атеросклерозу

Со времени выпуска IV пересмотра прошло три года. За это время в России наметилась тенденция к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Показатель смертности, по данным Роскомстата, снизился до 753 на 100 тысяч населения. Однако по этому показателю мы все еще существенно отстаем от развитых стран мирового сообщества, где в среднем он составляет 150–250 человек на 100 тысяч населения.

В рекомендациях нашли отражение последние мировые достижения в области профилактики, диагностики и терапии атеросклероза. Прежде всего, существенно изменилась оценка категорий риска. Это привело к переоценке значений целевого уровня ХС ЛНП для каждой категории риска в сторону его снижения.

В рекомендациях приведены сведения о дополнительных методах обследования и выявления атеросклероза, протекающего без клинических проявлений. Речь идет о методах ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий и определения жесткости стенки артерии.

У биохимических маркеров атеросклероза, как и в Европейских рекомендациях, наряду с уровнем ХС ЛНП, важная роль отводится определению ХС ЛВП, что помогает уточнить степень риска сердечно-сосудистых осложнений. Представлены также лабораторные параметры, которые все чаще стали применять в качестве дополнительных маркеров сердечно-сосудистого риска: высокочувствительный СРБ, липопротеин-ассоциированная фосфолипаза А2, апобелки Апо А-1, В – 100, липопротеид(а).

Важное место в рекомендациях уделено терапии дислипидемии. Подробнее, чем раньше, излагаются немедикаментозные методы, направленные на изменение образа жизни и первичную профилактику атеросклероза. Что касается медикаментозной терапии, то статины остаются основными лекарственными средствами для оптимальной коррекции атерогенных дислипидемий, но так же достаточно подробно представлены и другие классы гиполипидемических препаратов (эзетимиб, фибраты, никотиновая кислота, омега 3 полиненасыщенные жирные кислоты) с информацией об особенностях действия каждого из них.

Существенно расширен раздел о коррекции нарушений липидного обмена в отдельных группах населения; в частности, у больных с периферическим атеросклерозом, СД, с ХПН, с ревматоидным артритом, у пациентов, перенесших операцию по трансплантации сердца, ВИЧ-инфицированных и др.

Теперь одна из основных задач – внедрение основных положений рекомендаций в клиническую практику, что должно способствовать повышению уровня профилактики и медикаментозной терапии у пациентов с нарушениями липидного обмена, одного из важнейших факторов риска развития атеросклероза и его осложнений.

РКО участвует в пересмотре российских рекомендаций по ННСТ

На Конгрессе будет представлен на утверждение новый вариант Российских Национальных Рекомендаций по проблеме наследственных нарушений соединительной ткани ННСТ. Текст Рекомендаций подготовлен секцией соединительнотканых дисплазий РКО.

Эдуард Вениаминович Земцовский, д.м.н., профессор, зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней СПбГПМУ

Роль наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ), которые в России часто называют дисплазиями соединительной ткани (ДСТ), в развитии кардиальной патологии остается недостаточно изученной. До недавнего времени термин ДСТ не только полностью заменял понятие ННСТ, но и включал в себя все случаи выявления каких-либо признаков дизэмбриогенеза. Такие случаи обозначались как недифференцированные ДСТ. Столь широкая трактовка понятия ДСТ приводила к гипердиагностике ННСТ, создавала предпосылки для необоснованного назначения медикаментозного лечения и затрудняла

Всероссийский кардиологический конгресс, 03/10/2012/ 9:00-10:30 II корпус, зал № 3

The 5th edition of Russian National Guidelines “Lipid metabolism disorders diagnosis and correction with the aim of prevention and treatment of atherosclerosis” will be presented at the Congress. Its 4th edition was published three years ago. The guidelines reflect the latest international achievements in the field of prevention, diagnosis and treatment of atherosclerosis.

Всероссийский кардиологический конгресс, 05/10/2012/ 9:00-10:30 I корпус, Большой актовый зал

проведение адресных мер профилактики и лечения различных по своей генетической природе заболеваний. Вышедшие в свет в 2009 году Рекомендации позволили существенно сблизить подходы к диагностике ННСТ, принятые международным медицинским сообществом, с подходами, сложившимися в России. Эти рекомендации были подготовлены нами при участии сотрудников лаборатории ДСТ ФЦ СКЗ им. В.А. Алмазова, кафедры СПбГПМА и Совета Экспертов, созданного при секции ДСТ. Они позволили познакомить медицинскую общественность страны с подходами, которые используются нашими западными коллегами. А предложенная нами концепция диспластических синдромов и фенотипов (Земцовский Э.В., 2007) дала толчок к исследованиям конкретных наследственных заболеваний соединительной ткани. В 2007 году в ФЦ СКЗ им. Алмазова была создана лаборатория ДСТ. За прошедшие 5 лет сотрудниками лаборатории накоплен опыт, свидетельствующий о необходимости пересмотра некоторых положений и алгоритмов Рекомендаций. Кроме того, вышли в свет ревидированные Гентские критерии (Loeys B.L. et al., 2010), в которых сформулированы новые подходы к диагностике синдрома Марфана и большой группы ННСТ, близких к нему по своей генетической природе и фенотипическим проявлениям. Все это послужило поводом для пересмотра Российских Национальных Рекомендаций по проблеме ННСТ в кардиологии. Текст был подготовлен нами и предложен для рецензирования членам Совета Экспертов РКО. После внесенных исправлений проект Рекомендаций был размещен на сайте РКО, прошел широкое общественное обсуждение, и будет представлен на утверждение РНKK в октябре 2012 года. Руководство РКО планирует целиком посвятить первый номер Российского кардиологического журнала проблемам ННСТ в кардиологии. В номере будут опубликованы пересмотр Российских рекомендаций по ННСТ и статьи ряда исследователей России, ближнего и дальнего зарубежья, занятых изучением этой важной клинической проблемы кардиологии.

The new version of the National Guidelines concerning inherited connective tissue disorders ICTD will be submitted for approval at the Russian National Congress of Cardiology. The text of the Guidelines is prepared by members of the Connective Dysplasia workshop of the Cardiology Society.

Диагностика и лечение расстройств вегетативной регуляции кровообращения

Все мы знаем, с какими заболеваниями связан риск внезапной сердечной смерти, высокий уровень развития осложнений. А какие регуляторные механизмы определяют этот риск? Выявляем ли мы нарушения таких механизмов, устраняем ли их? Именно автономная нервная система и ее участие в регуляции кровообращения определяет течение и прогноз многих болезней.

Всероссийский
кардиологический конгресс,
05/10/2012/ 11:00-12:30
I корпус, зал №2

Татьяна Венедиктовна Тюрина, д.м.н., профессор, зам. главного врача Ленинградского областного кардиологического диспансера

У Вас есть пациенты с обмороками, и Вас интересует эта проблема? 5 октября на Российском национальном конгрессе кардиологов состоится секционное заседание «Новые подходы к диагностике и лечению расстройств вегетативной регуляции кровообращения».

С вегетативной регуляцией связан в прямом и переносном смысле сам ритм нашей жизни. Две трети ее мы проводим в вертикальном положении. Наша активная жизнь, работа, увлечения – все это связано с пребыванием в ортостазе. Мы легко преодолеваем стрессы, перемещаемся в пространстве, не думая о том, как функционируют регуляторные системы, до тех пор, пока не случился обморок или не появились симптомы «вегетативного дисбаланса», в том числе ортостатической недостаточности – симптомы недомогания, непосредственно связанные с переходом в вертикальное положение.

Как можно выявить и оценить расстройства вегетативной регуляции кровообращения? Используемые сегодня методики оценки активности автономной нервной системы различаются по инвазивности и специфичности. Среди них – биохимические методы, оценка ее регионарного тонуса. В клинической практике обычно применяются исследования рефлекторных механизмов. Например, вегетативной регуляции кровообращения при переходе в ортостаз. Современное оборудование позволяет регистрировать при этом параметры гемодинамики в режиме «beat-to-beat», оценивать вегетативный баланс, чувствительность барорефлекса, распознавая различные нарушения – например, обмороки разных типов и псевдосинкопальные состояния. Распознав характер нарушений, можно предотвратить их или свести к минимуму в дальнейшем.

Одним из немногих учреждений, где осуществляется подобная диагностика, является Ленинградский областной кардиологический диспансер. С 2005 г. на его базе функционирует центр диагностики синкопальных состояний, осуществляется диагностика нарушений вегетативной регуляции кровообращения. Создан регистр, включающий несколько тысяч пациентов с обмороками, накоплен уникальный опыт лечения таких больных. Возглавляет эту работу д.м.н. профессор Татьяна Тюрина. в 2009 г. создана секция синкопальных состояний Всероссийского научного общества кардиологов, позволяющая объединить специалистов, занимающихся данной проблемой.

На Российском национальном конгрессе кардиологов состоится секционное заседание «Новые подходы к диагностике и лечению расстройств вегетативной регуляции кровообращения». Планируется обсуждение клинических форм и механизмов ортостатической недостаточности, классификации и прогностического значения обмороков различного генеза, методов коррекции обмороков и других нарушений вегетативной регуляции.

At the Russian National Congress of Cardiology there will be held a breakout session on «New approaches to the diagnosis and treatment of autonomic imbalance of blood circulation». There are discussions expected on the following issues: clinical forms and mechanisms of orthostatic insufficiency, classification and prognostic value of syncope of various origins, methods of syncope correction, and other disorders of autonomic regulation.

Новый закон «Об образовании» и образовательная деятельность Российского кардиологического общества

Завершается длительный этап обсуждения проекта нового Закона «Об образовании». Предполагается, что Закон будет принят и вступит в силу в январе 2013 года. В новом Законе отражены основные положения Болонской декларации, в частности, в области дополнительного профессионального образования предусмотрена возможность использования кредитно-модульной системы подготовки врачей. Что это означает?

Олег Петрович Шевченко, д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии ФУВ РНИМУ имени Н.И.Пирогова

С внедрением этой системы можно будет учитывать получение знаний при посещении конгрессов, конференций и других образовательных мероприятий. Участие в подобных мероприятиях оценивается в виде кредитов, которые суммируются с часами обучения на кафедрах повышения квалификации, в частности, при обучении на ресертификационных циклах общего усовершенствования. Такая система давно используется в европейских странах и США, и наиболее полно отражает принцип непрерывности профессионального обучения – «учимся всю жизнь».

Российское кардиологическое общество проводит огромное количество учебных мероприятий. Однако обучение раньше не было системным, осуществлялось без какой-либо учебной программы, а по его завершению не проводилась оценка усвоения материала, таким образом, эта форма обучения не могла быть учтена при ресертификации врача. В новом Законе «Об образовании» вводится положение о сетевых формах реализации и освоения образовательных программ (статья 65), которое дает возможность кафедрам учебных заведений и научным обществам вести совместную образовательную деятельность.

Одна из главных задач рабочей группы «Последидипломного образования» Российского кардиологического общества – разработать формы совместного участия кафедр и РКО в последидипломном образовании врачей и обеспечить реализацию этой совместной работы. Основу общей деятельности должны составить разработанные под эгидой РКО единая Учебная программа и Тестовый контроль знаний. Разработка Тестового контроля знаний должна основываться на российских рекомендациях. При этом очень важно, чтобы обновление текста рекомендаций сопровождалось изменением содержания Тестового контроля.

Необходимо ввести и такую форму обучения, как написание статей в научно-практические журналы. Подобная работа, как и посещение конференций, позволит врачу получить определенное количество образовательных кредитов.

Данная система обучения, безусловно не может применяться без специального механизма подсчета кредитов. В идеале в качестве такого механизма должна выступать электронная зачетная книжка врача, которая даст возможность учитывать активность врача в период между ресертификационными циклами.

Все это позволит сделать образовательные мероприятия Российского кардиологического общества более значимыми для специалистов, поможет увеличить посещаемость и эффективнее использовать наши образовательные ресурсы.

Всероссийский
кардиологический конгресс,
04/10/2012/ 11:00-12:30
II корпус, зал № 7

The discussion of new Draft Law «Concerning Education» is nearly over. It is assumed that the Law will be adopted and enter into force in January 2013. The new Law incorporates the principal provisions of the Bologna Declaration, particularly in the area of supplementary professional education it became possible to use credit-modular system for training doctors. With introduction of this system acquisition of knowledge by visiting congresses, conferences and other educational events will be taken into consideration.

Цифры конгресса

731

отобранных
и опубликованных
тезисов

73

компаний-
участника

20

стран-
участников

3000

участников-
специалистов

Лечение дислипидемий: международный опыт

5 октября на Конгрессе с докладом «Лечение дислипидемий вчера, сегодня, завтра»: выступит профессор Рихард Чешка, глава Чешского центра Превентивной кардиологии, учредитель и почетный член Чешского общества атеросклероза.

Рихард Чешка, профессор, глава Чешского центра Превентивной кардиологии, учредитель и почетный член Чешского общества атеросклероза.

Мои основные научные интересы – терапия, профилактическая кардиология, клиническая липидология и изучение обмена веществ. Как председатель Европейской федерации Международного общества атеросклероза, я очень заинтересован и увлечен проблемой эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и устранением факторов риска в нашем регионе. Как специалист в области профилактической кардиологии, я в своей лекции хотел бы обратить внимание на проблемы нарушения липидного обмена. Я остановлюсь на новых подходах в фармакологическом лечении гиперлипотеинемии и дислипидемии. Буду подводить итоги результатам клинических испытаний с статинами, фибратами, эзетимибом, ниацином и смолами, после чего постараюсь сделать некоторые заключения для повседневной клинической практики. Наконец, я хотел бы упомянуть о будущем гиполипидемической терапии, антигиперлипидемического лечения с помощью мипомерсена, ПКСК-9 ингибиторов, ингибиторов CETP и некоторых других.

October 5, 2012, Professor Richard Cheshka, the Head of the Czech Preventive Cardiology Centre, and the founder and honorary member of the Czech Atherosclerosis Association will make a report at the Congress on the issue «Treatment of Dyslipidemia: Yesterday, Today and Tomorrow».

Генетические предикторы инфаркта миокарда

На Конгрессе будет представлен научный проект, проведенный в Красноярском медицинском университете совместно с НИИ Терапии СО РАМН. В рамках исследования впервые в России в сибирской популяции был проверен ряд однонуклеотидных полиморфизмов, ассоциированных с развитием инфаркта миокарда по данным мировых полногеномных исследований.

Павел Анатольевич Шестерня, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 КрасГМУ

Всероссийский кардиологический конгресс, 03/10/2012/ 17:00-18:15 I корпус, зал № 2

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – заболевание, развивающееся в результате взаимодействия как средовых, так и генетических факторов. Отягощенный семейный анамнез является независимым фактором риска. Европейские и Российские рекомендации уже сейчас гласят, что необходимо учитывать эту информацию при определении мероприятий первичной профилактики. Однако поиск молекулярных механизмов, объясняющих наследственную предрасположенность к ИБС и инфаркту миокарда (ИМ), длительное время оставался безуспешным. Научные работы выполнялись в рамках ассоциативных исследований, в которых для анализа отбирались, как правило, функционально значимые гены-кандидаты, вовлеченные в патогенез атеросклероза, участвующие в регуляции гемостаза, воспалительных реакций и др. Основной проблемой этих исследований был крайне низкий уровень воспроизводимости результатов.

Определенный переворот в генетических исследованиях произвела доступность секвенирования полного генома человека. В исследованиях последних пяти лет на основе анализа полного генома выявлены новые генетические предикторы ИБС и ИМ.

В научном проекте, проведенном в Красноярском медицинском университете совместно с НИИ терапии СО РАМН, впервые в России были проверены ассоциации ряда однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП), ассоциированных с развитием ИМ по данным полногеномных исследований. Нами продемонстрирована «универсальность» локуса 9p21.3, как генетического предиктора ИМ, независимого как от «традиционных» факторов риска, так и от наличия отягощенного семейного анамнеза. Отдельного внимания заслуживает роль данного генетического маркера у лиц молодого возраста (до 45 лет), поскольку стратификация риска в данной возрастной группе вызывает известные сложности. Так, нами выявлен вдвое больший риск развития ИМ у лиц молодого возраста при носительстве аллелей риска ОНП rs 1333049 и rs10757278 (9p21.3).

Небольшой участок (размером ~ 58kb), расположенный на коротком плече 9 хромосомы, является «горячей точкой» генома человека. Однако механизмы, лежащие в основе взаимосвязи этого участка 9 хромосомы с развитием ИБС до настоящего времени неизвестны.

The Congress will represent the scientific project, held in Krasnoyarsk Medical University in conjunction with the Therapy Research Institute of SD RAMS. Under the study Russian Siberian population for the first time has been tested for a number of single nucleotide polymorphisms associated with myocardial infarction according to international genome-wide research.

Коморбидность в кардиологии: разговор у секционного стола

Материал предоставлен Кафедрой терапии,
клинической фармакологии и скорой
медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Авторы: Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Ховасова Н.О., Наумов А.В.,
Петрик Е.А., Скотников А.С., Носова А.В., Румянцев А.С., Дзивина М.Ю.,
Аристархова О.Ю.

На патологоанатомические вскрытие направлен труп больной Г-ой, 76 лет (протокол №3653 от 29.08.2012) с диагнозом: ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ИБС. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка от 23/08/2012, рецидивирующего течения (рецидив от 29.08.12).

Фоновое заболевание. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца. Сахарный диабет тип 2, средней тяжести, субкомпенсация (глюкоза 8,6 ммоль/л)

Осложнения. Рецидивирующая сердечная астма. Хроническая сердечная недостаточность (НК IIA). Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз церебральных артерий, аорты, нефроангиосклероз, хроническая почечная недостаточность, желчно – каменная болезнь, рак яичников (без метастазов)

Насколько типичен данный клинический пример?

В последние десятилетия происходят изменения в характеристике здоровья, заболеваемости и смертности людей. Старение населения, урбанизация, глобальное изменение образа жизни, продовольственная безопасность, социальная напряженность и др. приводят к увеличению бремени хронических неинфекционных заболеваний (World Health Statistics, 2008). Особенно это актуально для России, где мы являемся свидетелями значительных колебаний смертности населения, зависимой от сугубо национальных особенностей, в том числе уровня употребления алкоголя, курения, психоэмоциональных стрессов, выраженности метаболических нарушений и др. (Голикова Т.А., 2010).

Согласно результатам 7228 патологоанатомических вскрытий, проведенных в прозектурах Москвы (4512), Брянска (1652) и Казани (1124) на одного умершего приходится 2-3 основных и более 5 сопутствующих патологий (Зайратьянц О.В., Верткин А.Л., 2010).

Сосуществование нескольких болезней в отечественных работах описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной литературе чаще применяется термин коморбидность, то есть наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него (Feinstein A.R., 1970).

Этот термин дополнили Akker M., Buntinx F., Knottnerus A., (1996); Yancik R, Ershler W, Satariano W., (2007) и определяли ее как сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний. Сегодня коморбидность определяют как сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них.

Распространенность коморбидности составляет от 21 % до 98 %. При этом, чем старше пациент, тем частота этой патологии выше – с 10 % в возрасте до 19 лет до 80 % у лиц 80 лет и старше (Akker M. et al, 1996).

Согласно нашему анализу более трех тысяч аутопсий больных (средний возраст $67,8 \pm 11,6$ лет), госпитализированных в связи с декомпенсацией хронических заболеваний, распространенность коморбидности составляет 94,2 %. При этом число хронических заболеваний увеличивается от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 – у пожилых.

Коморбидность утяжеляет течение заболеваний, ухудшает прогноз и увеличивает число осложнений. Кроме того, это требует назначения большого числа лекарственных препаратов, что обуславливает полипрагмазию. Коморбидные заболевания уменьшают приверженность пациентов к лечению.

Коморбидность наблюдается более чем у 2/3 больных умерших в кардиологических отделениях многопрофильного стационара (Верткин А.Л., Петрик Е.А., 2010). Преимущественно она выявляется у женщин в старших возрастных группах, в то время как у мужчин она регистрируется на 7-15 лет раньше. Для оценки степени тяжести коморбидности введено понятие индекса коморбидности, обозначающего количество нозологий на одного пациента, согласно которому у подавляющего большинства умерших независимо от пола выявляется от 4 до 7 заболеваний (у женщин – 88,3 %, у мужчин – 89,5 % случаев). Наибольшее количество заболеваний при коморбидности определяется в возрасте 70 – 80 лет ($r = 0,4$ $p < 0,05$).

Более всего в формировании коморбидности принимают участие АГ, заболевания мочевой системы, ИБС, цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). При этом у женщин чаще комбинируются болезни мочевой системы с АГ, ИБС, инфарктом головного мозга и СД, а у мужчин – ХОБЛ с ЦВЗ и хроническим панкреатитом.

Коморбидность – состояние неоднородное, в котором выделяют три формы взаимовлияния заболеваний друг на друга: синтропия («взаимное притяжение») – сочетание двух и более патологических состояний с общими этиопатогенетическими механизмами; дистропия («взаимное отталкивание») – невозможность сочетания определенных болезней и нейтропия («нейтральное состояние») – случайное сочетание болезней (Пфаундлер М., Зехт Л., 1921; Крылов А.А., 2000; Фрейдин М.Б., Пузырев В.П., 2010).

Комбинации АГ с болезнями мочевой системы, ИБС, инфарктом мозга, инфарктом миокарда, внутримозговым кровоизлиянием, а также сочетания болезней мочевой системы и ХОБЛ имеют синтропные отношения и не зависят от пола больных.

При коморбидности главной причиной летальных исходов у подавляющего большинства (94,6 %) больных является кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология. При этом на долю ее острых форм приходится 19 % и 38 %, соответственно.

Главным неблагоприятным прогностическим фактором при коморбидности является АГ.

Досуточная летальность (от авт.: главный показатель качества оказания экстренной медицинской помощи) при коморбидности составляет 18,9 % при этом основными причинами смерти явились острый инфаркт миокарда (28,8 %), постинфарктный кардиосклероз (25,8 %), инфаркт мозга (9 %) и ХЦВЗ (9 %).

Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при коморбидности составляет 15 %. Большая частота расхождений отмечена у мужчин в возрасте 45-59 лет, а у женщин – в 60-74 и в 90 и более. При этом индекс коморбидности в клиническом диагнозе составляет 5,2 и 4,8, что в 1,1 и 1,2 раза меньше, чем по данным патологоанатомического диагноза, соответственно, у женщин и у мужчин. Среди нераспознанных заболеваний почти в 30 % были ЦВЗ, в 20 % – кардиоваскулярные и в 18 % – злокачественные новообразования.

В чем причина такой ситуации в стране? На наш взгляд это, прежде всего, недооценка факторов риска – уже являющихся первым этапом формирования коморбидности.

Нами проанализированы 567 летальных случаев курящих пациентов, на секции у которых были выявлены: постинфарктный кардиосклероз у 221 (39 %), ХОБЛ – у 74 (13 %), злокачественные новообразования легких (113, 20 %), желудка (56, 19 %), поджелудочной железы (16, 3 %), реже – гортани, губы и кишечника, а также пневмония (43, 8 %), а также пневмония.



Полиорганные изменения у курящих (аорта с признаками изъязвления, миокард с рубцовыми полями, гангрена стопы и кровоизлияние в мозг). Результаты собственных наблюдений 2500 летальных исходов больных, злоупотреблявших алкоголем, показали, что наряду с алкогольной висцеропатией выявляется тяжелая патология внутренних органов (рис. 1).

Сопутствующая патология у больных с алкогольной болезнью. Нами проанализировано также 1238 протоколов патологоанатомического вскрытия больных с ожирением и установлено, что у 37 % из них смерть наступила от инфаркта головного мозга, у 39 % – инфаркта миокарда, у 17 % – сердечной недостаточности вследствие постинфарктного кардиосклероза и у 24 % – от последствий перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Почти у трети больных на фоне ожирения развивалась ХОБЛ. В 57 % случаев течение заболевания было осложнено развитием ТЭЛА, что значительно чаще, чем у пациентов с нормальной массой тела (23 %). Необходимо отметить, что как и в случаях с курением и алкогольной хронической интоксикацией, ни в одной истории болезни больных с ожирением фармакотерапия не проводилась. При этом полиорганные нарушения, возникающие уже на этапе факторов риска, являются, по сути, проявлением коморбидности. Вместе с тем в реальной клинической практики врачи констатируют наличие факторов риска, а у пациентов срабатывает «стереотип их необратимости». Упускается время, растет заболеваемость, с возрастом присоединяются другие нарушения, стабилизируется коморбидность и значительно ухудшается прогноз жизни и ее качество. Вот такие размышления у секционного стола.

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Заведующий кафедрой Аркадий Львович Вёрткин, терапии, заслуженный деятель науки РФ.

Кафедра внутренних болезней (ныне – кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи) основана в 1937 году в Московском медицинском стоматологическом институте. Научные направления кафедры: клиничко-морфологический мониторинг социально значимых заболеваний; коморбидность в клинике внутренних болезней; клиническая фармакология современных лекарственных препаратов; сексуальные нарушения у терапевтических больных; амбулаторная и скорая медицинская помощь. За время работы кафедры здесь прошли обучение более 200 интернов, ординаторов и аспирантов, более 3000 медицинских работников и практических деятелей со всех регионов РФ.

Инфекционный эндокардит: война, которую нельзя проиграть



В рамках Российского конгресса кардиологов пройдет симпозиум «Инфекционный эндокардит», на котором выступят ведущие специалисты отрасли. Заявленные доклады позволят оценить состояние проблемы инфекционного эндокардита в стране.

Александр Аристархович Демин, д.м.н., профессор, зав.кафедрой госпитальной терапии и клинической фармакологии НГМУ

А.А. Демин расскажет об эволюции болезни, выступление Н.А. Шостак, Н.С. Чипигой, Т.Л. Виноградовой будет посвящено изменению этиологии; темой доклада В.П. Тюрина станет прогресс химиотерапии, а А.М. Караськов, И.И. Резник, Э.М. Идов сообщат аудитории о новостях в хирургии.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – постоянно развивающаяся болезнь со значительной заболеваемостью и смертностью. Происходящая эволюция ИЭ особенно актуальна для России, оказавшейся на пути наркотрафика из Афганистана в Европу: частота и тяжесть болезни резко возросли за счёт увеличения инъекционной наркомании с последующим инфекционным поражением сердечных клапанов, а изменение клинической картины привело к запаздыванию диагностики.

По данным недавнего обсуждения в Госдуме Россия стала самым большим рынком сбыта и потребления опиатов в мире: из Афганистана в Россию контрабандно ввозится и потребляется 12 тонн героина в год (3 млрд. разовых доз). От передозировки погибают 30 тыс./чел./год, что в два раза больше, чем за десять лет войны в Афганистане. Уже сейчас вероятность того, что наркомания зацепит хотя бы одного из наших детей и внуков, составляет в России 25 %. Эксперты прогнозируют, что через 5 лет в каждой 10-й российской семье будет по наркоману, принимающему афганские наркотики.

Наркомания и её последствия, включая ИЭ – это цивилизационный вызов России. Лавинообразный рост проблемы из-за изменений наркотрафика, новых наркотиков, антибиотикорезистентности патогенов делают необходимым привлечение внимания здравоохранения и всего общества к этому новому вызову. Очень трудно победить наркоманию, но абсолютно невозможно проиграть эту войну!

Всероссийский кардиологический конгресс, 04/10/2012/ 16:45-18:15 II корпус, зал №3

Within the framework of the Russian Congress of Cardiology a symposium «Infective Endocarditis» will be held with leading experts speaking. Declared reports will help to estimate the state of the infective endocarditis problem in the country. Growth of infective endocarditis is an especially topical issue for Russia, being in the path of drug traffic from Afghanistan to Europe.

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ СЕРДЦА

Ежегодно 29 сентября отмечается Всемирный день сердца. Впервые праздник был организован в 2000 году по инициативе Всемирной федерации сердца при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЮНЕСКО и других международных институтов. Цель акции – привлечь внимание людей во всем мире к опасности сердечно-сосудистых заболеваний и содействовать популяризации профилактических мер.

Согласно статистике Всемирной федерации сердца, сердечно-сосудистые заболевания уносят ежегодно 17,3 миллионов человеческих жизней, и по прогнозам экспертов к 2030 году эта цифра может достичь 23 миллионов. Для сравнения: это больше, чем все население Австралии.

Всемирная федерация сердца стремится донести до людей информацию о том, что 80% преждевременных смертей можно было бы избежать, если бы мы контролировали основные факторы, усугубляющие риск сердечно-сосудистых заболеваний, а именно: курение, нездоровое питание, отсутствие физической активности.

В этом году тема Всемирного дня сердца – профилактические мероприятия для женщин и детей. Девиз акции: «Один мир, один дом, одно сердце». Женщины часто недооценивают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Хотя на самом деле половина из 17,3 миллионов ежегодно погибающих от болезней сердца – именно женщины. Кроме того, женщины традиционно являются «хранительницами семьи», именно они чаще всего влияют на образ жизни всего семейства.

Дети также подвержены риску. Если с детства не придерживаться здорового образа жизни, увеличивается вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте. А именно дети очень зависят от влияния среды, им часто трудно принять решение самостоятельно – например, отказаться от курения, если вокруг курят и родители, и сверстники.

В рамках Всемирного дня сердца в 70 странах мира проходят специальные просветительские мероприятия. Некоторые организаторы не ограничиваются одним днем и устраивают программу на всю неделю. Российское кардиологическое общество тоже присоединилось к празднику и участвует в международном проекте Всемирной федерации сердца.



Неделя здорового сердца в Омске

Конкурс «Самый здоровый коллектив» прошел в Омске в рамках «Недели здорового сердца». Западно-Сибирский Медицинский Центр провел бесплатный медицинский осмотр сотрудников организаций-участников конкурса. Конкурс был организован совместно с Омским Областным Союзом Предпринимателей, подведение результатов состоится в декабре.

«Неделя здорового сердца» прошла в Омске в этом году впервые, организатором выступил Западно-Сибирский Медицинский Центр. С 24 по 30 сентября состоялись такие мероприятия, как кардиологический форум, школы здоровья (школа артериальной гипертензии и школа сахарного диабета), «Уроки здорового сердца», лекции и консультации кардиологов. В течение всей недели в общественных местах распространялись информационные листовки, призывавшие людей вспомнить о своем сердце и придерживаться базовых принципов здорового образа жизни. В детской поликлинике ЗСМЦ ФМБА России прошел конкурс рисунков на тему «Здоровое сердце», а сотрудники Западно-Сибирского Медицинского Центра на личном примере продемонстрировали спортивный дух, приняв участие во Всероссийском дне бега – «Кроссе Наций-2012».

Russian Society of Cardiology has joined to the celebration of the World Heart Day. The events took place in different cities of Russia. For example, Omsk hosted a Healthy Heart Week, «the Most Healthy Team» contest among the companies of the city, health schools: a school of hypertension and a diabetes school.

The Russian Society of Cardiology presents a project, called mobile «Heart Museum». Its main target is to tell a comprehensible and interesting story to children about the structure of heart, about its work, and what they can do to keep it healthy. The museum continues the tradition of the popular interactive museums of the world: all the exhibits can be touched by hands and interacted with. October 3-5, a special stand of the «Heart Museum», where you can take a look at some of the exhibits, will be open at Russian National Congress of Cardiology.

МУЗЕЙ СЕРДЦА ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ

Российское кардиологическое общество представляет проект мобильный «Музей сердца». Основная его цель — объединить развлечение и обучение. Доступно и интересно рассказать о том, как устроено сердце, как оно работает, и что можно сделать, чтобы сохранить его здоровым.

В этом году Российское кардиологическое общество вместе с коллегами со всего мира направило свои усилия на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и распространение знаний о том, как сохранить свое сердце здоровым, среди самой незащищенной аудитории — детей.

Как поясняют создатели музея, он продолжает традиции интерактивных музеев популярных во всем мире: все экспонаты можно трогать руками, взаимодействовать с ними. Многие предметы разрабатывались специально для музея и аналогов не имеют.

Помимо моделей сердца, наглядно демонстрирующих анатомическое строение органа, представлены экспонаты, показывающие работу кровеносной системы, объясняющие причины возникновения заболеваний сердца и сосудов.

Крупногабаритный макет — силуэт человеческого тела с нанесенной схемой кровеносной системы позволяет увидеть длину аорты и типы кровеносных сосудов: артерии, вены, капилляры.

Музей сердца создан не только для того, чтобы рассказать о строении сердца. Задача музея — объяснить ребенку, почему возникают заболевания сердечно-сосудистой системы, и какие факторы пагубно влияют на сердце. Так, например, посетители смогут убедиться во вреде табакокурения, благодаря демонстрационным моделям, показывающим количество смол, которые оседают в легких при выкуривании одной единственной сигареты.

Специально разработанные очки убедительно продемонстрируют опасность вождения автомобиля в нетрезвом виде: очки симулируют восприятие окружающей действительности в состоянии алкогольного опьянения.

Почувствовать на себе все стадии ожирения можно, надев костюм под названием «лишний вес». Эти специально сшитые для музея комбинезоны не только увеличивают объем тела, но и прибавляют к вашему собственному весу 5, 8 или 15 килограммов. Посетители музея могут осознать всю тяжесть лишнего веса, а экскурсоводы расскажут о негативном влиянии ожирения на здоровье.

Для основной целевой аудитории — детей — специально разработаны обучающие программы. В игровой доступной форме школьникам объясняют, как устроено сердце, как оно работает, и почему важно заботиться о его здоровье. Программа «Найди свой пульс» рассчитана на самых маленьких и наглядно показывает, где измеряется частота сердечных сокращений, а программа «Эволюция сердечной мышцы» позволяет проследить, как развивалась сердечная мышца от простейших до человека.

На Российском национальном конгрессе кардиологов 3–5 октября будет открыт специальный стенд «Музея сердца», где можно ознакомиться с некоторыми экспонатами





Постоянная
рубрика газеты
«Новости
кардиологии»

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Членами Российского кардиологического общества являются более 1200 врачей. Все они работают в разных регионах страны. Более 45 региональных филиалов РКО регулярно проводят семинары, конференции и другие мероприятия для обмена опытом и повышения квалификации.

О том, что происходит сегодня в разных городах России можно узнать в рубрике «Новости регионов», где будут публиковаться материалы о региональных событиях, исследованиях, проектах. Для первого номера 18 регионов от Кабардино-Балкарии до Новосибирской области подготовили обзорные материалы о ситуации в регионе, еще несколько статей посвящены конкретным исследованиям и социальным проектам. Благодарим авторов за участие в подготовке номера!

Если Вы хотите поделиться новостями кардиологической службы Вашего региона на страницах газеты, будем рады получить информацию по адресу: newscardiology@gmail.com

Новосибирская область

Кардиология в Новосибирске была и остается центральным направлением медицинской науки и здравоохранения. Здесь работал в довоенные годы профессор Мясников А.Л., большой вклад внесли в изучение ревматологии проф. Залеский Г.Д. и эндокринологии – проф. Демин А.А. Много лет здесь занимался кардиохирургией проф. Мешалкин Е.Н., создавший Институт патологии кровообращения. Институт терапии СО АМН основное внимание уделял именно кардиологии.

Юрий Петрович Никитин, д.м.н., профессор, председатель Областного общества кардиологов

Сегодня организацией кардиологической службы в регионе занимается Областная кардиологический диспансер, а подготовку кадров осуществляет Новосибирский медицинский университет. Подготовка высококвалифицированных специалистов – одно из основных достижений Новосибирской области. Питомцы университета работают во многих странах и практически в каждом городе России. Хорошо известны в России и за рубежом многолетние работы новосибирских кардиологов по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири. В течение 30 лет в Новосибирске ведется мониторинг распространенности среди населения основных сердечно-сосудистых заболеваний. В сравнительном аспекте изучаются эти же параметры в Якутии, на Чукотке и других регионах Сибири. В последние годы большое внимание уделяется изучению психосоциальных и медико-генетических факторов. Выполняются серьезные молекулярно-генетические исследования совместно с учеными РАН и зарубежными специалистами. Много сделано в области изучения цереброваскулярных заболеваний. Важным направлением работы остается профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и пропаганда здорового образа жизни. В Институте терапии разработаны новые диагностические, лечебные и превентивные методы для кардиологической практики: поезд «Здоровье», оздоровительные программы, ранняя диагностика некроза миокарда, молекулярная оценка генетических предрасположенностей.

2 Карелия

Кардиология в Республике Карелия сегодня — это семь специализированных отделений (три в г. Петрозаводске и четыре в районных больницах), а также кардиологи в поликлиниках, бригадах скорой помощи и, конечно, сотрудничество с отделениями функциональной диагностики и кардиохирургами, реабилитационные отделения в городской поликлинике и двух санаториях.

Татьяна Юрьевна Кузнецова, д.м.н., заведующая кафедрой факультетской терапии ПетрГУ

А также подготовка кадров и научные исследования на базе кафедры факультетской терапии медицинского факультета ПетрГУ. Сейчас кардиологи в первые часы обращения больного с подозрением на инфаркт миокарда могут выполнить не только ЭКГ, эхокардиографию, определить современные чувствительные маркеры некроза, но и сделать коронароангиографию. А при обследовании плановых больных могут выполнить практически любой стресс-тест (велозергметрия, тред-милл, добутамин, ЧПЭС), суточное мониторирование ЭКГ с современными программами, позволяющими оценить помимо стандартных нарушений ритма, проводимости, ишемии, ещё и дисперсию QT, вариабельность ритма.

Пожалуй, главное достижение — это создание в Карелии сосудистых центров для оказания помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС). Система организации помощи при неотложных состояниях в кардиологии, созданная в первом кардиологическом отделении Больницы скорой медицинской помощи (БСМП), стала основой работы кардиологического отделения Регионального сосудистого центра в Республиканской больнице, где сегодня, благодаря выполнению чрескожных вмешательств при ОКС, летальность при инфаркте миокарда составляет 7,6 %.

Кардиологическое отделение БСМП продолжает оказывать неотложную помощь при нарушениях ритма, тромбоэмболии легочной артерии, острой левожелудочковой недостаточности и т.д.

Первые кардиологи Карелии учились в Ленинграде и Москве, но под руководством проф. В.И. Петровского на медицинском факультете ПетрГУ стала развиваться своя школа подготовки кадров. На кафедре факультетской терапии ежегодно проводятся циклы повышения квалификации и профессиональной переподготовки по кардиологии. Кафедра проводит научные исследования по изучению механизмов развития осложнений артериальной гипертензии, анализу субклинических маркеров неблагоприятного прогноза при АГ, в том числе — генетических механизмов. Создан регистр больных с семейной гиперхолестеринемией, молекулярно-генетический анализ проводится при научной поддержке Санкт-Петербургской медицинской академии им.И.И.Мечникова. У наших пациентов обнаружено пять новых, не описанных ранее в мире мутаций, лежащих в основе данного заболевания.

3 Дагестан

В начале 1970-х гг. впервые в Республике Дагестан было организовано специализированное кардиологическое отделение на 40 коек в Республиканской клинической больнице. В 1984 г. в Махачкале был открыт Республиканский кардиологический диспансер, который и сейчас является консультативно-методическим центром.

Алигаджи Абдуллаевич Абдуллаев, д.м.н., профессор, председатель Дагестанского регионального отделения РКО, почетный кардиолог России

Сегодня кардиологическая служба представлена специализированными отделениями в республиканских и городских лечебно-профилактических учреждениях, кардиологическими кабинетами в городских и районных поликлиниках, республиканскими диагностическим и кардиохирургическим центрами, медицинским центром им. Р.П. Аскерханова и центром высоких технологий им. И.Ш. Исмаилова, где работают порядка ста пятидесяти высококвалифицированных специалистов.

Результаты анализа статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений Республики Дагестан показали ежегодный прирост числа больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в последние годы на 2-3 %. В то же время уровень заболеваемости инфарктом миокарда в три раза меньше, чем в целом по РФ. В 2011г. выполнение программы модернизации здравоохранения привело к снижению показателей смертности от ССЗ на 12 % и к снижению удельного веса смертности от ССЗ в структуре общей смертности до 47,9 %.

В Республике разработана целевая программа «О неотложных мерах по снижению заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения в РД». С 1995 г. функционируют Дагестанское республиканское отделение РКО (пред. — проф. А.А. Абдуллаев) и координационный совет по кардиологии Министерства здравоохранения Республики.

3 октября 2012 года отмечает свой 80-летний юбилей Дагестанская государственная медицинская академия (ДГМА). Подготовка 90 % врачей-кардиологов и их сертификация проводится на кафедрах кардиологии и терапии ДГМА. В академии существуют циклы профессиональной переподготовки и повышения квалификации, клиническая ординатура и аспирантура.

С 1995 г. сотрудники академии разрабатывают комплексную научную проблему «Патология сердечно-сосудистой системы», проводят исследования, посвященные вторичной профилактике ИБС в постинфарктном периоде, различным аспектам медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью, проблеме воспаления в патогенезе ИБС.

REGIONAL NEWS

More than 1200 doctors are members of The Russian Society of Cardiology, they all work in different regions of Russia. More than 45 regional branches of The Russian Society of Cardiology constantly hold workshops, conferences and other events for further training and experience exchange. Section «Regional news» features the updates on what is going on in different cities of the country. We will publish articles about regional events, projects and research. 18 regions, from Kabardino-Balkaria to Novosibirsk region, have prepared overviews of the situation in the region for the first issue. Other articles are devoted to researches and social projects



4 Оренбургская область

В Оренбургской области внедряется система оказания неотложной помощи кардиологическим больным с развертыванием сети ПСО и созданием регионального сосудистого центра – эта работа должна быть завершена до конца текущего года.

Роман Аронович Либис, д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии Оренбургской госмедицинской академии

Оренбургская кардиологическая школа имеет богатую историю. Созданная профессором Р.Г. Межебовским на базе кафедры госпитальной терапии Оренбургского (Чкаловского) медицинского института, она существует уже более 65 лет, объединяя усилия исследователей, педагогов высшей школы и практических врачей. Сотрудники кафедры госпитальной терапии одними из первых в СССР и России выполнили цикл работ по медицинским аспектам качества жизни кардиологических больных, разработали методические подходы к оценке качества жизни в кардиологии.

Оренбургские кардиологи продолжают исследования в области хронической сердечной недостаточности. Сейчас особое внимание уделено поиску эффективных методов лечения хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Полученные данные внедряются в работу практических врачей – как кардиологов, так и терапевтов.

В 2012 году кардиологи области приняли участие в масштабном научно-исследовательском проекте по заданию Министерства здравоохранения РФ – «Формирование выборки и скринирующее обследование населения на основе сформированной выборки в 12 субъектах Российской Федерации, отражающих различные регионы в соответствии с их географическим положением, демографическими характеристиками и климато-экологическими особенностями. Анализ распространенности факторов риска, стратификация риска и построение эпидемиологической модели сердечно-сосудистого риска в Российской Федерации». Это фундаментальная работа с перспективой на многие годы, которая поможет переосмыслить основные вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и снизить заболеваемость и смертность от них.

Оренбургская область включилась в работу по созданию Российского регистра больных с ХСН, проходящую под эгидой РКНПК и ФЦСКЗ им. В.А.Алмазова. До конца 2012 года в Оренбурге этот регистр должен заработать в полную силу.

Начата работа и по регистру больных, подвергшихся оперативным вмешательствам на сердце – доступность этого вида высокотехнологичной медицинской помощи в настоящее время высока, пациентов таких все больше – кардиологи и терапевты должны согласовать свои позиции с кардиохирургами по дальнейшему наблюдению и лечению.

6 Пензенская область

Заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики, эндокринологии и гастроэнтерологии, профессор Леонид Федорович Бартош выбрал для обзора два научных и один научно-образовательный проект, которые сейчас реализуются в Пензенской области.

Леонид Федорович Бартош, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, общей врачебной практики, эндокринологии и гастроэнтерологии Пензенского государственного института усовершенствования врачей

Научный проект «Артериальная гипертензия у беременных: генетические, патокинетические и клинические предикторы течения беременности, родов и развития детей; диагностика, лечение и профилактика; мониторинг фармакоэпидемиологической ситуации в регионе». Исследование открытое, проспективное. В проекте принимают участие сотрудники кафедр Пензенского института усовершенствования врачей, городского и областного родильных домов, женских консультаций, городской клинической больницы №4, других лечебных учреждений города и области.

Первые результаты: определено значение центрального и периферического артериального давления в прогнозировании развития преэклампсии. Создан регистр женщин, у которых в период гестации была выявлена артериальная гипертензия, а также регистр детей, матери которых в период беременности имели повышенный уровень артериального давления. Оценена динамика фармакоэпидемиологической ситуации в регионе с 2005 по 2010 г.

Научный проект «Значение состояния и взаимосвязи частоты желудочковых ответов, механизма фланка-старлинга-штрауба, морфометрических параметров сердца, состояния систолической и диастолической функции миокарда при выборе стратегии и тактики лечения больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточностью».

В проекте участвуют сотрудники кафедры терапии, общей врачебной практики, эндокринологии и гастроэнтерологии, ультразвуковой диагностики, Пензенской городской клинической больницы №4.

Исследование открытое, проспективное клинко-патологическое. В зависимости от конкретных задач может быть последовательным, перекрестным или каким-то другим по дизайну исследование.

По имеющимся результатам защищены: одна диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук и пять диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Получено два патента на изобретения: способ лечения больных сердечной недостаточностью, способ определения оптимальной частоты сердечных сокращений у больных с фибрилляцией предсердий. Проект планируется завершить в 2017 году.

Научно-образовательный проект «Школа молодого ученого» «Школа молодого ученого» существует при кафедре терапии, общей врачебной практики, эндокринологии и гастроэнтерологии Пензенского института усовершенствования врачей. На занятиях и семинарах рассматриваются вопросы методологии, методов и методик исследования, разработки протокола исследования, информированного согласия пациентов на участие в исследовании, работы с литературными источниками и многие другие аспекты подготовки и оформления диссертации и научных статей. На семинарских занятиях обсуждаются гипотеза, темы, цели, задачи, объект и предмет исследования, необходимые инструментальные и лабораторные методики. Проводится обсуждение полученных результатов. Подготовлены к защите 4 диссертационные работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК, опубликовано и принято к печати 15 научных работ.

• Рязанская область

В 1982 году в Рязани был открыт Областной клинической кардиологический диспансер (РОККД). Сейчас это – специализированное лечебное учреждение на 400 коек, осуществляющее все виды медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе круглосуточную кардиологическую и ангиологическую помощь и высокотехнологическую помощь по сердечно-сосудистой хирургии.

Сергей Степанович Якушин, д.м.н., профессор, зав.кафедрой госпитальной терапии РГМУ, Член Президиума РКО.

Ежегодно в диспансере проходят лечение более 10 тысяч человек, в диспансерно-консультативном отделении около 30 тыс. человек в год получают консультацию у кардиолога и сосудистого хирурга, а также осуществляется диспансеризация больных кардиологического профиля.

В 2010 г. в Рязанском регионе был открыт региональный и три первичных сосудистых центра. Первые два года работы подтвердили необходимость создания подобных центров. В Рязанской области впервые отмечено снижение смертности от болезней системы кровообращения с 1011,5 в 2009 г. до 934,8 в 2011 г. на 100 000 населения, а также сокращение госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда с 18,8 % (2009г.) до 16,6 % (2011), а в РОККД в 2011 г. составило 8,9%.

Клиническую работу семи терапевтических кардиологических отделений диспансера курирует кафедра госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова. Сотрудники кафедры со второй половины 1990-х ежегодно в сентябре организуют дни «Здорового сердца» в районах области, а в мае 2010-2012 гг. под эгидой ОССН проводили «Европейские дни знаний о сердечной недостаточности», с 2000 – 2003гг. – образовательные программы областного и межрегионального значения: День кардиолога, «Кардиомагистраль», «Пациент высокого риска», «Профилактика в кардиологии» и другие.

Следует также отметить проводимые крупные эпидемиологические научные исследования. Например, исследование РЕЗОНАНС – в области эпидемиологии при ОКС, и проект ЭПОХА – в области эпидемиологии при ХСН, осуществлялись под эгидой и при поддержке ВНОК и ОССН. Результаты этих работ неоднократно и успешно представлялись на мировых и европейских конгрессах по кардиологии в Хельсинки, Стокгольме, Копенгагене, Женеве, Дублине и Белграде.

Коллектив кафедры госпитальной терапии РязГМУ неоднократно награждался дипломами и призами ВНОК, ОССН, дважды – в 2009 и 2011 гг. – становился лауреатом всероссийского конкурса кардиологов «Пурпурное сердце».

В 2011-2012 гг. под руководством ГНИЦ профилактической медицины в Рязанском регионе стартовали три крупных проекта:

- эпидемиологический мониторинг факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции региона (когортное, долговременное исследование) в рамках последующего выполнения областной программы «Профилактика неинфекционных заболеваний в Рязанской области»;
- регистровое исследование амбулаторного ведения 3000 больных с четырьмя кардиологическими нозологиями (ИБС, АГ, ХСН фибрилляция предсердий) для независимой оценки ведения больных в реальной клинической практике и выработке последующих рекомендаций;
- независимый образовательный кардиологический проект для врачей первичного звена (участковые терапевты, семейные врачи) проводится в течение года в 10 наиболее крупных поликлиниках г. Рязани с исходной и конечной оценкой уровня знаний врачей.

• Самарская область

В Самарской области смертность от сердечно-сосудистой патологии в 2011 году составила 765 на 100 000 населения, а при инфаркте миокарда достигнуто значительное снижение с 38 на 100 000 человек в 2010 году до 33,1 – в 2011 году. Ежегодно в ЛПУ области госпитализируют около 5500 пациентов с инфарктом миокарда, из них половина с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Сергей Михайлович Хохлунов, д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»; Дмитрий Викторович Дупляков, д.м.н., зам главного врача по мед. части

Тромболитическая терапия ежегодно проводится в Самарской области 1200-1300 пациентам, из них около 6-7 % на догоспитальном этапе. Для сравнения, по данным EuroHeartSurvey 2009 года, догоспитальный тромболитизис в странах ЕС составил 14 %.

В 2011 году в Самарской области более 600 пациентам с инфарктом миокарда было выполнено ЧКВ.

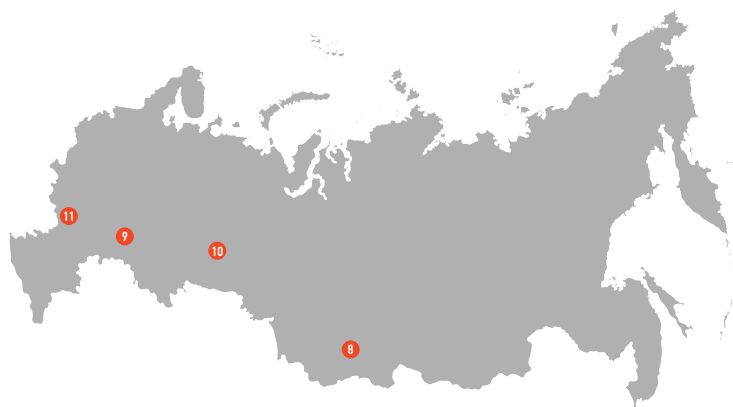
Госпитальная летальность от ИМ в области в 2011 году составила 13 %. Тогда как, согласно данным EuroHeartSurvey, госпитальная летальность от ИМ в странах ЕС составляет 7,1 %.

В 2010 году приказом министра здравоохранения Самарской области были определены 15 ЛПУ, в которых могут проходить лечение пациенты с ОКС и ИМ. Приказ строго регламентирует порядок и этапы оказания помощи. Оплата стационарной помощи ЛПУ области производится по клинико-статистическим группам. В соответствии со стандартами ведения больного с ИМ были разработаны девять клинико-статистических групп для лечения пациентов с ИМ, состоящие из технологической карты и стандарта ведения пациента. В них включены затраты на лекарственные препараты и расходные материалы, необходимое диагностическое обследование и консультации специалистов, индикаторы качества оказания помощи. Они покрывают весь выполняемый объем помощи: стандартную терапию без проведения тромболитизиса и ЧКВ – для пациентов, госпитализированных позднее 12 часов от начала заболевания; проведение тромболитической терапии; проведение КАГ или ЧКВ; одновременное проведение тромболитизиса и КАГ или ЧКВ.

Достигнуто снижение смертности от инфаркта миокарда на территории области, а также снижение госпитальной летальности в ЛПУ. Абсолютное снижение госпитальной летальности от ИМ составило 0,6 % – с 11,8 % в прошлом году до 11,2 % за аналогичный период этого года. Увеличился объем проводимой реперфузионной терапии у больных с ИМпST.

В 2011 году проводить стентирование коронарных артерий при ИМ начали еще два ЛПУ – Самарская областная клиническая больница им. Калинина и Городская больница №2 им. Баныкина в Тольятти.

Анализ работы ЛПУ в рамках программы модернизации уже позволяет говорить о необходимости корректировки предварительных планов. Необходимо уточнить структуру оказания помощи больным с ИМпST, т.к. значительно возросло число выполняемых реперфузий (тромболитизис и ЧКВ). Требуется более жесткий контроль за выставляемыми ЛПУ счетами за пролеченных больных, т.к. иногда ошибочно выставляются услуги, которые не выполнялись. Нужна персональная ответственность главных врачей за наличие жизненно необходимых лекарственных препаратов (тромболитики, гепарины, статины, антиагреганты и др.), лабораторных реагентов (тропонины) в отделениях неотложной кардиологии. И наконец, дальнейшее улучшение качества оказания помощи напрямую будет зависеть от стремлений всех ЛПУ вовремя переводить пациентов для оказания высокотехнологичной помощи (ЧКВ).



8 Кемеровская область

22 года назад, когда экономика России переживала острейший кризис, в Кемерове появилось кардиологический центр. Необходимость его создания была продиктована тем, что в Кузбассе, как и во всей России, первое место среди причин смертности населения занимали болезни сердца и сосудов.

Леонид Семенович Барбараш, академик РАМН, главный врач МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

Теперь Кузбасский кардиоцентр – лидер в оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с такими болезнями. Более того, он стал признанной базой для международных исследований.

Кузбасский кардиологический центр представляет собой уникальный медицинский «холдинг», объединивший специализированные учреждения разных форм собственности. В его состав входят муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер», две федеральные структуры – НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН и кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Кемеровской государственной медицинской академии, и коммерческое ЗАО «Нео-кор», выпускающее биологические изделия для сердечно-сосудистой хирургии.

В кардиоцентре оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам с болезнями сердечно-сосудистой системы, занимаются фундаментальными и прикладными научными исследованиями, готовят кадры (пред- и постдипломное образование), разрабатывают и внедряют в клиническую практику биопротезы сосудов и клапанов сердца.

Общий коечный фонд Кузбасского кардиоцентра составляет 420 терапевтических и 80 хирургических коек. Пропускная способность его амбулаторно-поликлинической службы более 340 тысяч посещений в год.

В течение года в Кузбасском кардиологическом центре свыше 18 тысяч пациентов получают стационарную помощь и 220 тысяч чел. – медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В 2011г. выполнено около 4000 высокотехнологичных хирургических вмешательств на сердце, в т.ч. 1200 операций на «открытом» сердце. Количество эндоваскулярных вмешательств жителям Кузбасса за

последние пять лет увеличилось в 19 раз и достигло в 2011г более 7000. Внедрение новых технологий позволило снизить летальность при инфаркте миокарда на 51%, при операциях в условиях искусственного кровообращения на 52 %. В настоящее время в Кузбассе смертность от ишемической болезни сердца на 10 процентов ниже, чем в соседних регионах.

В 2010г на базе МБУЗ «ККД» организован Региональный сосудистый центр по федеральной программе «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями». В рамках программы модернизации в лечении пациентов с болезнями органов кровообращения внедрены 11 федеральных стандартов и региональные стандарты по всем другим нозологическим формам.

Особенностью работы кардиоцентра является сформированный уникальный для России завершённый технологический цикл оказания помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы в г. Кемерово, когда в составе одного специализированного центра задействованы все основные этапы: амбулаторный (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение), госпитальная помощь терапевтического и хирургического профилей, санаторная реабилитация. Внедрение «замкнутого цикла» способствовало снижению показателя смертности от болезней органов кровообращения за 2011г по г. Кемерово до 629,4 (по Кемеровской области – 740,9 на 100 тыс населения).

Основные задачи на ближайшее будущее: дальнейшее совершенствование кардиологической службы в регионе, обеспечение высокотехнологичной медицинской помощью жителей юга Кузбасса, трансляционная медицина с внедрением уникальных фундаментальных разработок НИИ в клиническую медицину, реализация наукоёмких предприятий с коммерциализацией разработок.

9 Татарстан

В 2007 году в Республике Татарстан на базе головного республиканского учреждения по кардиологии – Межрегионального клинико-диагностического центра – была создана система круглосуточного оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда в режиме «24/7» («24 часа в сутки 7 дней в неделю»).

Альберт Сарварович Галявич, д.м.н., профессор, вице-президент РКО, член Учёного Совета РАМН по вопросам неотложной кардиологии

В начале в эту систему были включены два лечебных учреждения г. Казани, затем присоединились ещё два центра на территории республики в рамках программы «Сердце Татарстана». Сегодня большинство жителей Республики Татарстан могут получить круглосуточную высокотехнологичную помощь при остром коронарном синдроме. В планах – открытие ещё одного аналогичного центра в г. Казани в начале 2013 года. Внедрение подобной системы оказания помощи при инфаркте миокарда позволило снизить госпитальную летальность в Республике Татарстан с 19 % в 2001 году до 11,3 % в 2011 году.

10 Свердловская область

Уральский Институт Кардиологии осуществляет диагностическую, лечебно-профилактическую, реабилитационную, консультативную, научную, учебную и организационно-методическую работу в Свердловской области. В 2011 году институт вошел в тройку лучших кардиологических центров России, за что получил премию «Пурпурное сердце». Институт включен в реестр лучших медицинских учреждений Российской Федерации.

Ян Львович Габинский, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой терапии УГМА, директор Уральского Института Кардиологии

Уральская кардиологическая школа заявила о себе по всему миру. Здесь проводятся семинары, симпозиумы, конференции и съезды. Научные разработки школы внедряются в клинику по всей России и за рубежом. Есть своя учебная база – кафедра терапии Уральской Медицинской Академии.

В институте работают 7 докторов и 9 кандидатов медицинских наук. Институт возглавляет академик РАЕН, Заслуженный врач России, главный кардиолог УРФО и Свердловской области, заведующий кафедрой терапии УГМА, д.м.н., профессор, член президиума Российского кардиологического общества – Ян Львович Габинский.

В работу института внедрены уникальные организационные технологии: конвейерный замкнутый цикл лечения больных с инфарктом миокарда; малоинвазивная экстренная кардиология; кардиохирургия; автоматизированная сетевая история болезни; биофизические методы контроля гемостаза у кардиологических больных; инновационные телемедицинские технологии; дистанционная ЭКГ.

По данным 2011 года стационарная летальность в институте от ОИМ у больных, которым применялась тромболитическая терапия и ангиопластика составила 4 %. Эти показатели смертности сопоставимы с мировыми.

Основная задача института – возвращение пациента с ОИМ к труду без инвалидности, предупреждение повторного ОИМ. Эта задача решается за счет быстрой и точной постановки диагноза, индивидуального подхода к пациенту, эффективного процесса реабилитации и конечной адаптации пациента.

В институте работает кардиохирургическое отделение на две операционных, оснащенное самым современным оборудованием. В отделении проводятся операции на открытом сердце, аорто-коронарное шунтирование. Кардиохирургическая помощь оказывается неотложным пациентам.

Внедрена программа дистанционной передачи электрокардиограммы по телефону. Планируется в 2012 году охватить всю Свердловскую область.

Большое внимание уделяется профилактике. Создана еженедельная телевизионная передача «Ян Габинский и коллеги. Все о сердце», в которой специалисты рассказывают о профилактике и методах лечения сердечно-сосудистых заболеваний, о здоровом образе жизни и сбалансированном питании, а также о превентивной диагностике.

Сегодня Уральский Институт Кардиологии – ведущий консультативный и методологический центр для кардиологов города и области. Являясь лидером в разработке и внедрении новых методов лечения, Уральский Институт кардиологии ведет активную научно-исследовательскую работу. Сотрудниками института опубликовано более 1000 научных статей, научные работы представлены на различных международных симпозиумах и конференциях. С 2000 года выпускается ежеквартальное научное издание «Уральский Кардиологический Журнал».

11 Воронежская область

В Воронежской области, как и во многих других регионах России, болезни системы кровообращения на протяжении многих лет являются главной причиной смертности и утраты трудоспособности. По данным департамента здравоохранения города в структуре общей смертности населения Воронежа в 2010 году болезни системы кровообращения составляли 58,7 %, при этом ишемическая болезнь сердца – 65 %, цереброваскулярные болезни – 26,6 %.

Вячеслав Михайлович Провоторов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, зав. кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Население Воронежской области по данным на 1 января 2012 года – более 2 миллионов 330 тысяч человек, а население ее областного центра – города Воронеж – более 991 тысячи человек.

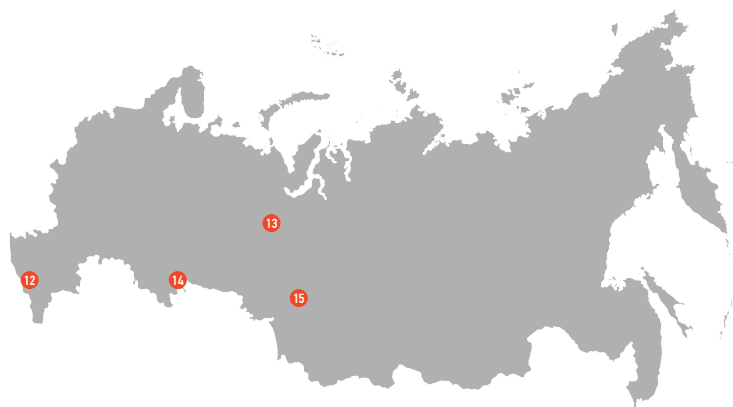
В 2008 г. область вошла в число 12 субъектов РФ, где начали реализовывать целевую федеральную программу «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда». Была усовершенствована система организации оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями: созданы два первичных сосудистых центра (ПСЦ) на базе городских клинических больниц скорой медицинской помощи.

В конце 2011 года департаментом здравоохранения принято решение о создании дополнительного первичного сосудистого центра на базе больницы скорой помощи №8, а также определены мероприятия ведомственной целевой программы «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда в городском округе город Воронеж на 2012 – 2014 годы».

Кардиологи и кардиореаниматологи больниц скорой медицинской помощи №1 и №10 приняли активное участие в проведении регистров острого коронарного синдрома РЕКОРД и РЕКОРД-2 – проектов, организованных Лабораторией клинической кардиологии ФГУ «Научно-исследовательский институт» Росздрава РФ (Москва). В мае 2011 года данный проект стал победителем профессиональной премии «Пурпурное сердце» в номинации «Лучший научный проект года».

На базе больницы скорой медицинской помощи №10 на постоянной основе организованы занятия с фельдшерами скорой помощи по вопросам неотложной кардиологии на догоспитальном и госпитальном этапах, с обязательным освещением особенностей проведения тромболитической терапии. На базе МУЗ ГКБ №17 ежемесячно проводятся заседания областного научно-практического общества кардиологов.

Региональный сосудистый центр (РСЦ) создан в начале 2008 года на базе Воронежской областной клинической больницы №1 с целью госпитализации и оказания инвазивной помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями мозга и ОКС. В 2011 году госпитализировано 985 пациентов с ОКС, из них пациентов с острым инфарктом миокарда – 413 (на 29 % больше, чем в 2010 году). Проведена тромболитическая терапия 21 пациенту (19 % от общего количества ОИМПСТ). Увеличилось количество первичных ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство) с 80 до 132 (на 65 %). Количество плановых коронарных ангиографий в РСЦ по сравнению с 2010 годом увеличилось на 8 %. Реализация мероприятий в первичных и региональном сосудистых центрах способствовала снижению смертности от болезней системы кровообращения в области в 2011 году на 4,4 %.



12 Кабардино-Балкария

12-13 сентября 2012 года в г.Нальчике состоялся Второй конгресс кардиологов Кавказа. В торжественном открытии Конгресса приняли участие председатель правительства Кабардино-Балкарской республики Иван Гетер и главный кардиолог МЗ РФ, почетный президент РКО, академик РАН и РАМН Евгений Чазов

Хасан Хаталович Шугушев, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, почетный кардиолог РФ, заслуженный деятель науки КБР, президент НП «Общество кардиологов Кавказа»

Силами Кабардино-Балкарского филиала Российского кардиологического общества ежегодно проводятся научно-практические семинары, конференции, симпозиумы, посвященные актуальным проблемам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

В сентябре 2011 года в г.Нальчике был проведен Первый Конгресс кардиологов Кавказа, в работе которого приняли участие ведущие специалисты страны и региона. Данное мероприятие было воспринято врачами с большой заинтересованностью и энтузиазмом. Было принято решение создать НП «Общество кардиологов Кавказа» и в его рамках проводить подобные конгрессы ежегодно. Очередной, Второй конгресс кардиологов Кавказа состоялся в г.Нальчике 12-13 сентября 2012 года.

Основными темами Конгресса стали: профилактика сердечно-сосудистых заболеваний; совершенствование организации кардиологической помощи; диспансеризация кардиологических больных; новые медицинские технологии в кардиологии; новые подходы к терапии основных сердечно-сосудистых заболеваний; интервенционная кардиология; хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний и проблемы реабилитации кардиологических больных.

С докладом «Задачи совершенствования кардиологической помощи на конгрессе выступил Е.И. Чазов – главный кардиолог Министерства Здравоохранения России, почетный президент РКО, почетный президент Второго Конгресса кардиологов Кавказа.

В рамках Конгресса прошли симпозиум «Медикаментозные и эндоваскулярные методы лечения ИБС» и пленарное заседание «Региональные особенности сердечно-сосудистой патологии».

13 Тюменская область

За плечами коллектива Тюменского кардиоцентра – более 25 лет становления и развития, которые нельзя назвать легкими. Сегодня центр известен в России и за рубежом своими достижениями в области инновационного лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Среди 110 клиник страны, специализирующихся на применении катетерных методик лечения, Тюменский кардиоцентр занимает одно из ведущих мест по количеству и качеству оперативных вмешательств при ишемической болезни сердца.

Вадим Анатольевич Кузнецов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор Филиала ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр».

За современной кардиологической помощью тюменцам не нужно ехать в зарубежные и столичные центры – весь спектр инновационных методов диагностики и лечения сердца на уровне ведущих кардиологических клиник Европы можно получить в Тюмени.

Несколько лет ведется работа в рамках Областной целевой программы «Сотрудничество», которая позволила повысить доступность оказания кардиологической помощи жителям Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов. Кардиоцентр принимает участие в реализации национального проекта «Здоровье». В рамках проекта хирурги Тюменского кардиоцентра круглосуточно выполняют операции первичной ангиопластики, спасая тюменцев с острым коронарным синдромом (инфарктом миокарда). За последние 5 лет в Тюменском кардиоцентре отмечается существенное снижение летальности от инфаркта миокарда.

Широко известен центр и своей научной деятельностью. Сегодня российским и мировым научным сообществом признаны результаты, полученные специалистами Кардиоцентра в области исследования возможностей новых методов инструментальной диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, изучения фундаментальных основ развития и течения артериальной гипертензии в условиях Западно-Сибирского региона и районов Крайнего Севера. Результаты научных исследований внедряются в практику в Клинике Филиала, где на самом современном оборудовании проводятся диагностика и лечение ССЗ.

Учреждение активно сотрудничает с Правительством не только Тюменской области, но и прилегающих территорий (Омской, Челябинской, Курганской, Свердловской областей, Пермского края, стран Ближнего зарубежья). Ежегодно высокотехнологичную медицинскую помощь в стационаре Кардиоцентра получают около 7000 пациентов и свыше 40 000 обследуются и консультируются амбулаторно.

С 1991 Тюменский кардиоцентр возглавляет заслуженный деятель науки РФ Вадим Анатольевич Кузнецов.

В течение 20 лет Тюменский кардиоцентр выступает организатором крупных научно-практических конференций, конгрессов и форумов, которые давно приобрели статус международных.

Параллельно с научными исследованиями и клинической работой в центре идет обучение молодого поколения ученых. Подготовленные специалисты работают и пользуются заслуженным уважением в научно-исследовательских институтах и учреждениях здравоохранения в России (Москва, Новосибирск, Тюмень, Ханты-Мансийск, Сургут) и за рубежом – Коламбус (США), Мюнхен (Германия).

14 Челябинская область

Сотрудники Челябинской государственной медицинской академии провели анализ применения медикаментозной терапии острого инфаркта миокарда в первичных сосудистых кардиологических отделениях г. Челябинска. Полученные данные во многом расходятся с широко цитируемыми цифрами по медикаментозному лечению острого инфаркта миокарда в России за 2000-2007 гг..

Игорь Иосифович Шапошник, д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ЧелГМА, главный кардиолог г. Челябинска

Были проанализированы истории болезни 100 больных, лечившихся с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) в четырёх кардиологических отделениях г. Челябинска. За точку отсчёта приняли дату 1 февраля 2012 г. и методом сплошной выборки последовательно проанализировали все истории болезни поступивших больных с ОИМ до 25-го пациента в каждом из четырёх отделений. Больных с Q-ИМ было 67, с неQ-ИМ – 33. Первичный острый инфаркт миокарда зарегистрирован у 75 больных, повторный – у 25. Мужчин – 72, женщин – 28. Средний возраст пациентов составил 63,4±8,3 лет.

С целью обезболивания морфин был применён в 49 % случаев, у остальных больных – ненаркотические анальгетики, в основном, трамадол. Аспирин был применён в 93 % случаев, при этом нагрузочная доза 250 мг простого аспирина была дана на догоспитальном этапе в 82 %. Клопидогрел был использован у 92 % больных, однако нагрузочная доза в 300 мг была дана на догоспитальном этапе лишь 24 %, в остальных случаях нагрузочная доза с переходом на профилактическую дозу в 75 мг была применена в условиях стационара. Тромболитики (стрептокиназа, пулолаза, актилизе, метализе) были использованы в 40 % случаев, хотя показаны они были в 58 %. При этом 2/3 случаев тромболитической терапии осуществлены на догоспитальном этапе. Гепарин был применён в 96 % случаев, из них низкомолекулярный – в 87 %. β-блокаторы были использованы для лечения в 100 % случаев, нитраты – в 60 % (в основном, внутривенно в первые часы ОИМ), ингибиторы АПФ – в 91 %, статины – в 91 %, антагонисты кальция – в 12 %, диуретики – в 53 %, электролиты (калий, магний) – в 74 %, антибиотики – в 10 %, стероидные гормоны – в 8,0 %.

Из приведенных данных видно, что дезагреганты широко используются в лечении ОИМ. При этом применяется двойная антитромбоцитарная терапия, освоена методология назначения первоначальных нагрузочных доз. Дальнейшие усилия должны быть направлены на то, чтобы клопидогрел (а затем, видимо, и тикагрелор) применялись уже на этапе скорой помощи. Увеличилась частота назначения β-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов при ОИМ, в то же время мы видим закономерное уменьшение частоты использования нитратов, антагонистов кальция. Безусловно, частота назначения морфина с целью обезболивания должна увеличиваться, а целесообразность назначения стероидных гормонов в каждом случае должна быть строго обоснована (по нашему мнению их использование должно быть минимальным или даже сведено к нулю).

Результаты показывают, что частота назначения различных медикаментов при ОИМ за последнее время претерпела существенные изменения, что позволило вплотную приблизиться к методологии лечения данного заболевания, изложенного в современных рекомендациях. Отдельного рассмотрения требует использование дозировок применяемых препаратов.

15 Томская область

«Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук в течение 30 лет выполняет функции головного учреждения по проблемам кардиологии в Сибири и на Дальнем Востоке.

Ростислав Сергеевич Карпов, академик РАМН, директор ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Структура института включает в себя 4 научных отдела: клинической, интервенционной, экспериментальной кардиологии и лучевой диагностики, научно-медицинскую библиотеку, клинику на 430 коек. В институте работают более 1000 сотрудников, в числе которых 1 академик и 2 члена-корреспондента РАМН, 41 доктор наук, включая 19 профессоров, 113 кандидатов наук, 4 заслуженных деятеля науки, 6 заслуженных врачей РФ, 2 почетных кардиолога РФ.

В Клинике ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН выполняется весь спектр операций при врожденных пороках сердца независимо от возраста и веса пациента. Это одна из немногих клиник России, специализирующаяся на лечение аритмий у детей от рождения до 5 лет.

В институте проводятся интенсивные научные изыскания по всем актуальным направлениям современной кардиологии.

В результате комплексного анализа данных одномоментных и длительных проспективных эпидемиологических исследований определены популяционные закономерности сердечно-сосудистого риска у мужчин 25–64 лет, проживающих в условиях среднеурбанизированного города Западной Сибири. Изучены 25-летние тренды заболеваемости, летальности и смертности взрослого населения г. Томска от инфаркта миокарда.

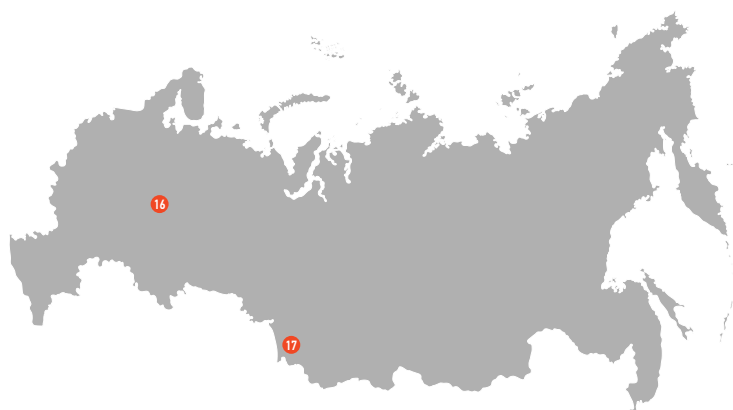
Разработаны методические подходы к чреспищеводному и трансторакальному ультразвуковому исследованию магистральных коронарных артерий и коронарного резерва; предложены ультразвуковые классификации стадий атеросклероза грудного отдела аорты и экоструктуры аортальных бляшек. Определены критерии оценки деформационных свойств миокарда с помощью технологии доплеровского изображения миокарда. Предложена комплексная клиническая оценка и рациональная медикаментозная коррекция поражений органов-мишеней у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Сформулирована приоритетная концепция о роли нарушений суточных профилей артериального давления в формировании ранних стадий гипертензивной энцефалопатии. Выявлены предикторы прогрессирования гипертензивной энцефалопатии и развития мозговых инсультов. Разработаны новые подходы к церебропротективной терапии у больных с артериальной гипертензией.

Установлены особенности патофизиологических расстройств легочной и сердечной микроциркуляции, транснапилярного обмена кислорода при ИБС, отягощенной левожелудочковой сердечной недостаточностью. Разработана иммуномодулирующая стратегия комбинированной терапии с использованием иммунокорректоров у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся на основе постинфарктной дисфункции левого желудочка.

Разработана экспериментальная методика создания бесклеточного матрикса кровеносного сосуда как перспектива для выращивания новых сосудов с помощью тканевой инженерии для сердечно-сосудистой хирургии. В клиническую практику предложены «гибридные» кардиохирургические способы лечения дилатационной кардиомиопатии с использованием клеточных технологий.

Активно ведутся фундаментальные работы в создании наноматериалов для лечения атеросклероза кровеносных сосудов человека.



16 Кировская область

Кировский областной кардиологический диспансер был организован в 1985 году. На сегодняшний день в диспансере работают 18 врачей высшей и первой квалификационной категории. Специализированную медицинскую помощь получают более 30 тысяч пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

По материалам сайта www.medkirov.ru

Осенью завершились процедуры по присоединению Кировского областного кардиологического диспансера к Кировской областной клинической больнице – эти меры позволят исключить дублирование медицинской помощи, максимально сконцентрировать ресурсы и улучшить взаимодействие между лечебно-профилактическими учреждениями.

10 молодых врачей из Кировской области стали миллионерами по программе «Земский доктор». В программе могут участвовать врачи в возрасте до 35 лет, которые в 2011 или 2012 годах прибыли на работу в сельский населенный пункт после окончания медицинского ВУЗа или переехали на работу в сельскую местность из другого населенного пункта. Доктора, претендующие на 1 миллион рублей, должны заключить договор с медицинским учреждением, где пожелали работать, и с департаментом здравоохранения. Обязанность медицинского работника – проработать в течение пяти лет по основному месту работы.

Кировская область может стать пилотной по реализации проекта лекарственного страхования. Лекарственное страхование – обеспечение лекарственными препаратами пациентов, которые по медицинским показаниям нуждаются в их ежедневном пожизненном применении. Такие болезни являются причиной 90 % летальных исходов. Но лишь 25 % болеющих (льготники) получают необходимые лекарства бесплатно, остальные пациенты покупают лекарства за полную стоимость. Введение лекарственного страхования сделает лекарства доступными для всех таких пациентов. Департаментом здравоохранения проведены расчеты по наиболее значимой группе заболеваний – болезням системы кровообращения. Всего в регионе проживает 227 000 человек, страдающих артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца или обеими этими болезнями одновременно. Планируется, что экономический эффект от лекарственного страхования будет достигнут за счет сокращения затрат, связанных с вызовами скорой помощи, госпитализацией пациентов и временной утратой трудоспособности. Вопрос о включении программы в областной бюджет 2013 года будет рассмотрен в ближайшее время.

17 Алтайский Край

Кардиологическая служба Алтайского края может гордиться тем, что многие технологии, которые развиваются сегодня по всей России, одними из первых начали внедрять именно кардиологи Алтая. Например, баллонная ангиопластика (а позже стентирование коронарных сосудов) в Алтайском крае проводится около 15 лет.

Галина Александровна Чумакова, д.м.н., профессор, председатель Алтайского краевого общества кардиологов, председатель комиссии по охране здоровья Общественной палаты Алтайского края, член правления РКО.

«Новый» принцип проведения первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при остром инфаркте миокарда (ОИМ), а позже – при остром коронарном синдроме 24 часа в сутки, 7 дней в неделю – в Алтайском крае осуществляется почти столько же лет.

Край вошел в программу организации высокотехнологичных сосудистых центров уже на первом этапе в 2009 году. На сегодняшний день первичные чрескожные коронарные вмешательства при остром инфаркте миокарда проводятся более 50 % больным, поступившим в Алтайский краевой кардиологический диспансер. Это один из лучших показателей в стране. Летальность среди этих больных последние годы не превышает 3–4 %.

В крае около 60 установок ТелеАльтон используются для передачи ЭКГ по телефону в дистанционный консультативный пункт кардиоцентра. Консультирование проводят самые опытные специалисты в области неотложной кардиологии. Это позволяет быстро доставлять больных из районов края для проведения первичных ЧКВ.

В регионе налажена система поэтапной реабилитации больных, перенесших ОИМ, впервые возникшую стенокардию, любые операции по реваскуляризации миокарда.

Основными направлениями научных исследований являются разработка, оценка эффективности и внедрение оригинальных программ физической и психологической реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на стационарном, санаторном и амбулаторных этапах. Последние годы новым направлением научных исследований становится изучение роли висцерального ожирения как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. Большой интерес вызывает изучение особенностей реабилитации больных с различными формами ИБС, ассоциированной с ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом.

Новые научные направления стали развиваться в рамках совместных проектов кардиологов края с Кемеровским НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Алтайским филиалом НИИ гематологии и другими научными центрами страны. Множество образовательных проектов для кардиологов и пациентов инициирует Алтайское краевое научно-практическое общество кардиологов. Общественная палата Алтайского края издает медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи».

Под лозунгами «Здоровая семья – это здорово!» ежегодно проходят акции по борьбе с курением, злоупотреблением алкоголем и другие. Совместный проект «Школы профилактики артериальной гипертонии» привлек не только врачей, но и медицинских сестер, социальных работников. Разработанные методические пособия по этой теме выдержали несколько многотысячных изданий.

В сентябре 2013 года в Барнауле впервые пройдет Съезд кардиологов Сибирского Федерального округа, Алтайский край приглашает ученых и практиков всей страны обсудить наши общие достижения и проблемы!