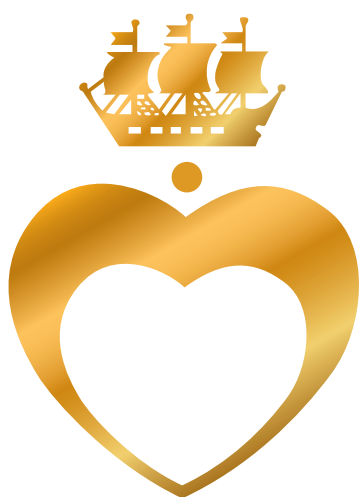




НОВОСТИ ALMAZOV CENTRE NEWS Центра Алмазова

№ 7 (23)

www.almazovcentre.ru

июль 2012

Совместное заседание Правлений Европейского общества кардиологов и Российского кардиологического общества



Заседание за круглым столом

6 июня в Доме Учёных Российской Академии наук Санкт-Петербурга состоялось совместное заседание Правлений Европейского общества кардиологов и Российского кардиологического общества. Темой встречи стал вопрос о развитии основных направлений сотрудничества Российского и Европейского кардиологических обществ, в лице действующего Президента РКО академика РАМН Е.В. Шляхто и президента Европейского общества кардиологов (ESC) профессора Мишеля Комажды. Почётными участниками встречи также выступили профессор Панос Вардас, избранный президент ESC, вице-президент ESC профессор Фаусто Пинто и секретарь совета директоров ESC Изабель Бардинет.



Президент РКО, академик РАМН Е.В. Шляхто делает доклад о перспективных направлениях развития общества

В рамках заседания прозвучали выступления Президента Европейского общества кардиологов профессора Мишеля Комажды «Европейское общество кардиологов. Основные направления сотрудничества с Российским кардиологическим обществом» и Президента Российского кардиологического общества академика РАМН Евгения Владимировича Шляхто «Российское кардиологическое общество: вчера, сегодня, завтра».

Почетные гости совместного заседания приняли участие в дискуссии, в течение которой смогли обсудить актуальные



Руководство Европейского и Российского кардиологических обществ

медицинские вопросы, познакомиться с бесценным кардиологическим опытом иностранных коллег и расширить горизонты международного сотрудничества.

Культурную программу участников заседания разнообразили фееричная постановка «Лебединое озеро», экскурсионная программа по дворцу Великого князя Владимира Романова, а также посещение всемирно известного дворцово-паркового ансамбля Петергофа.

Специалист международного отдела
К.О. Тябокина

2 июля в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова состоялась уникальная операция с применением хирургического робота «Да Винчи»

Впервые на Северо-Западе России хирурги провели роботассистированную операцию по поводу аневризмы селезеночной артерии у 32-летней женщины. Такое заболевание требует срочного хирургического вмешательства.



«Да Винчи» в работе

Для устранения аневризмы традиционным методом необходимо обеспечить достаточно широкий разрез кожи и подлежащих тканей передней брюшной стенки, что в последующем влияет на продолжительность послеоперационного периода, всегда имеется риск развития послеоперационных грыж, спаечной болезни. А также, в современной хирургии нельзя не учитывать приобретае-

мый косметический дефект, вследствие формирования рубца у молодой женщины.

«Мы, конечно, могли бы сделать полостную операцию, рассказывает хирург Дмитрий Юрьевич Семенов, заведующий сектором эндокринной хирургии Федерального Центра имени В.А. Алмазова. – Пришлось бы открывать брюшную полость. И во время хирургического вмешательства могли случайно задеть внутренние органы. К тому же пациентка потеряла бы много крови. А благодаря роботу



Дмитрий Юрьевич Семенов во время проведения операции

у женщины не будет швов, и мы не нарушили кровоснабжения селезенки».

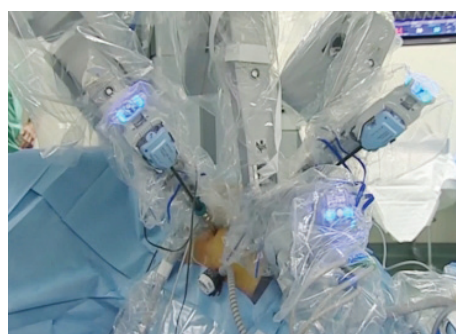
Применение хирургического робота позволило устранить аневризму и при этом избежать всех негативных последствий традиционной операции. Система «Да Винчи», с одной стороны, является альтернативой традиционным вмешательствам и при этом обладает существенными преимуществами перед лапароскопическими вмешательствами.



Оперирующий хирург Д.Ю. Семенов

Роботассистированные операции особенно успешно могут быть применимы в кардиохирургии, урологии, хирургии желудочно-кишечного тракта, торакальной хирургии, сосудистой хирургии, гинекологии.

Специалист редакционно-издательского
отдела Е.В. Селищева



Хирургический робот «Да Винчи»



Врачи наблюдают за ходом операции на мониторе

Содержание

Снижение кардиометаболического риска 2

2 июля 2012 года мастер-класс по амплитудной электроэнцефалографии в неонатологии 2

3 июля 2012 года семинар «Проблема тромбозов интракоронарных стентов у больных ИБС» 2

Школа для пациентов с хроническим миелолейкозом 3

Петербургские врачебные династии. Блюментросты 4

Новости профсоюза 4

Снижение кардиометаболического риска

23- 24 июля 2012 года в Санкт-Петербурге состоялся симпозиум «Новые подходы к снижению кардиометаболического риска» между Федеральным Центром имени В.А. Алмазова и Институтом Питания Человека DIfE (Потсдам, Германия), в ходе которого обсуждались новые подходы и стратегии предотвращения развития метаболических нарушений и сахарного диабета, а также сопутствующей патологии со стороны других органов.



Президиум симпозиума prof. Heiner Boeing, академик РАМН Е.В. Шляхто, prof. Andreag F.H. Pfeiffer

Симпозиум был открыт приветствием руководителей обоих научных учреждений и презентацией директора Федерального Центра им. В.А. Алмазова Шляхто Е.В. о текущих исследованиях и активности Центра, а также перспективных планах и инициативах.

Доклад профессора Pfeiffer был посвящен новым данным в области питания - особенностям изменения метаболизма при контроле белкового состава пищи. Информация о новых способах оценки принципов питания, как на уровне индивидуума, так и популяции, освещалась в докладе профессора Boeing. Особый интерес и дискуссию вызвала сопоставимость данных, полученных при заполнении анкеты по питанию в электронном и бумажном варианте. Данные последних исследований подчеркивают отсутствие значимых различий при использовании обоих вариантов и растущий интерес к электронному виду заполнения в Европейских странах.

После обсуждения вопросов научных исследований были представлены доклады, освещающие практическую медицину. Профессор Конради в своей презентации представила информацию относительно существующих взглядов на измерение артериального давления. Были освещены как практические моменты применения различных способов и видов измерения артериального давления, так и возможные заблуждения и неясные вопросы в области артериальной гипертензии. Вопросы гендерных различий сердечно-сосудистых заболеваний были рассмотрены в презентации Большаковой О.О., которая не только продемонстрировала существующие представления, но подчеркнула важность знаний особенностей сердечно-сосудистых заболеваний у женщин при выборе тактики лечения и планировании профилактических мероприятий.

На второй день симпозиума обсуждались психосоциальные проблемы заболеваемости как сердечно-сосудистой патологией, так и

другими болезнями: сахарным диабетом, онкопатологией. В докладе доктора Feller были продемонстрированы результаты сравнения пациентов, которые были удовлетворены и не удовлетворены своей жизнью. Полученные данные демонстрируют возможное влияние неудовлетворенности своей жизнью на возникновение инсульта и инфаркта миокарда. Результаты исследования в российской популяции, которые были доложены Трифионовой Е.А., свидетельствуют о различиях в преодолении стресса между мужчинами и женщинами и высокой распространенности фаталистического подхода к своему здоровью (многие респонденты были согласны с утверждением, что если болезни суждено наступить, то это невозможно предотвратить) и низкому уровню профилактических осмотров среди популяции. Предварительные статистические данные проведенных скрининговых акций в Санкт-Петербурге (на улицах, музеях, арт-галереях и супермаркетах) были приведены в докладе Ротарь О.П. с выводами о выявленных проблемах и

возможных путях их преодоления.

Дискуссия о негативном влиянии альдостерона и возможных путях блокирования ренин-ангиотензин-альдостеронового пути была развернута после интересного и детального доклада Звартау Н.Э., которая представила как данные научных экспериментальных исследований, так и последние данные широких клинических исследований у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Завершился симпозиум докладом Кутузовой А.Э., которая продемонстрировала результаты опроса и обследования не только у посетителей тренажерного зала, но и инструкторов различных видов фитнеса. Участниками симпозиума была поддержана идея о необходимости дальнейшего изучения антропометрических особенностей инструкторов по фитнесу, которые затрудняют применение традиционных способов, например таких, как индекс массы тела.

Заведующая НИЛ эпидемиологии артериальной гипертензии, к.м.н. О.П. Ротарь



Участники симпозиума



Доктор Karl Florian

2 июля 2012 года мастер-класс по амплитудной электроэнцефалографии в неонатологии

2 июля 2012 года в перинатальном центре Федерального Центра им. В.А. Алмазова в рамках международного сотрудничества состоялся мастер-класс на английском языке

по амплитудной электроэнцефалографии в неонатологии для врачей анестезиологов-реаниматологов и неонатологов. Лектором выступил доктор Karl Florian Schettler из

Neonatal Care Center Landshut, Childrens Hospital St. Marien, Teaching Affiliate of the Ludwig-Maximilians-University Munchen.

3 июля 2012 года семинар «Проблема тромбозов интракоронарных стентов у больных ИБС»

3 июля 2012 года в Федеральном Центре им. В.А. Алмазова состоялся семинар, посвященный проблеме тромбозов интракоронарных стентов у больных ИБС. С лекцией на тему о поздних тромбозах стентов с лекарственным покрытием выступил профессор Марк Айзенберг из Университета Макгилла (Монреаль, Канада). Профессором был представлен весь спектр проблем, связанных с данными осложнениями. Особый акцент был сделан на обсуждении риска и пользы при использовании стентов с лекарственным покрытием 1-го и 2-го поколения, особенностях периоперационного ведения пациентов с лекарственно-покрытыми стентами, а также

на новых технологиях создания стентов и вариантах антитромботической терапии.

В обсуждении принимали участие специалисты, занимающиеся решением данной проблемы в Федеральном Центре: сотрудники НИЛ рентген-эндоваскулярной хирургии, острого коронарного синдрома, клинической ангиологии, а также аспиранты Центра и студенты СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Результатом встречи явились договоренности, позволяющие в дальнейшем планировать совместные исследования в данной области.



Доклад проф. Марка Айзенберга

Школа для пациентов с хроническим миелолейкозом

С апреля 2012 года в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова проходят лекции в школе для пациентов с хроническим миелолейкозом. Ведущие специалисты Центра отвечают на вопросы и поднимают самые актуальные темы для пациентов с этим диагнозом. На данных школах ведущий научный сотрудник НИЛ онкогематологии, ученый секретарь института гематологии к.м.н. Э.Г. Ломаева ответила на вопросы пациентов.

– Что и зачем нужно знать о хроническом миелолейкозе (ХМЛ)?

– Хронический миелолейкоз – заболевание крови, при котором превращение нормальной клетки в лейкозную возникает из-за появления в ней патологического белка. Практически все клетки организма в своем ядре содержат хромосомы, на которых располагаются гены. Каждый ген производит уникальный белок, выполняющий определенную функцию в клетке. При изменении в хромосоме и гене образуется патологический белок, который может кардинально изменить свойства клетки. Так и происходит при хроническом миелолейкозе, когда в клетке из-за хромосомных поломок на 22-ой хромосоме (названа Филадельфийской) образуется необычный ген bcr-abl. Белок, который производится данным геном – тирозин-киназа bcr-abl, разрушая другие белки, приводит к увеличению жизнеспособности клетки. Такая клетка быстро размножается, медленно погибает и, как следствие, быстрее, чем нормальные клетки, накапливается в организме. С течением времени в организме образуются триллионы клеток, которые быстро начинают выходить из костного мозга в основном в кровь и в селезенку, но могут поражать любые органы. У заболевания 3 фазы или стадии. В хронической фазе, больные, как правило, чувствуют себя неплохо, однако с переходом заболевания в фазу акселерации и особенно в бластный криз, состояние резко ухудшается. При переходе заболевания в эти фазы эффективность лечения также сильно снижается, так как наряду с белком bcr-abl, клетку начинают контролировать и другие патологические вещества. Клетка становится еще менее управляемой.

– Какие современные методы лечения ХМЛ существуют сегодня?

– В 21 веке появление ингибиторов патологической тирозин-киназы bcr-abl (гливек, спрайсел, тасигна) существенно изменило судьбу пациентов с хроническим миело-

лейкозом. У подавляющего большинства пациентов исчезают все видимые признаки заболевания (нормализуются показатели крови, размеры селезенки, улучшается общее самочувствие). Хотя у большинства из них самый чувствительный молекулярный метод выявляет лейкозные клетки в небольшом количестве, пациенты сохраняют трудоспособность, и у них заболевание практически не переходит в фазу акселерации или бластный криз. В этих фазах заболевания, а также при неэффективности ингибиторов тирозин-киназы в хронической фазе, продолжают активно использовать аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток.

– Какой эффект от лечения ХМЛ можно назвать хорошим?

– На фоне лечения уменьшение количества лейкозных клеток отслеживают разными методами. При эффективном лечении сначала нормализуются показатели крови, потом размеры селезенки, далее постепенно снижаются клетки по данным цитогенетического и молекулярного методов исследования. Важен не только сам факт снижения клеток, но и темпы уменьшения их количества. Поэтому своевременное обследование позволяет вовремя заметить проблемы и принять адекватные меры.

– Что можно сделать для получения максимального эффекта от лечения ХМЛ?

– Во многом эффект лечения зависит от самого пациента. Это и ежедневный прием лекарства в одно и то же время, в одной и той же предписанной врачом дозе, это и визиты к врачу в назначенное время, а также готовность выполнять все назначенные обследования.

– Нужно ли менять образ жизни после появления ХМЛ?

– В целом пациент с хроническим миелолейкозом сохраняет трудоспособность, и в его жизни существенных ограничений не возникает. При этом возможны кратковременные ограничения физической активно-

сти, связанные с изменениями в крови на фоне лечения, а в дебюте заболевания – с большими размерами селезенки.

– Как могут повлиять на течение ХМЛ биологически активные добавки, разные медицинские процедуры или лекарства, прописанные врачом для лечения или профилактики других заболеваний?

– Ингибиторы тирозин-киназы могут сильно менять концентрацию под воздействием определенных ферментов печени. Многие вещества могут влиять на активность этих ферментов. Так, например, меняя активность ферментов печени, грейпфрутовый сок может повысить, а зверобой может снизить концентрацию ингибиторов тирозин-киназы через эти же ферментные системы. Влияние многих пищевых добавок на эти ферментные системы не изучены, и их эффект не предсказуем. Повышение концентрации ингибиторов тирозин-киназы чревато развитием тяжелых осложнений, а снижение их содержания в крови – потерей эффекта. Поэтому принимать БАДы не рекомендуется. Прием препаратов, влияющих на эти ферменты печени, по возможности должен быть ограничен.

– Что нужно знать о безопасности современных лекарств для терапии ХМЛ? Частые и редкие, ранние и поздние осложнения терапии ХМЛ – почему они возникают? Как их лечить?

– Ингибиторы тирозин-киназы, как и любые лекарства, имеют свои побочные эффекты. Своевременный контроль анализов и раннее обнаружение изменений уменьшит риск тяжелых последствий лечения. Не всегда изменения в анализах или неприятные ощущения связаны с препаратом от хронического миелолейкоза или с самим заболеванием, но определить это может только врач. Задача пациента приходить на прием в назначенное время или обратиться к врачу как



в.н.с. НИЛ онкогематологии, ученый секретарь института гематологии к.м.н. Э.Г. Ломаева

можно быстрее при развитии осложнений. Самостоятельные изменения дозы препарата или отмена его вовсе чреваты неэффективностью лечения. Пациенты должны помнить, что с появлением хронического миелолейкоза хотя и возникла реальная угроза их жизни, но благодаря современным лечебным средствам появился и реальный шанс на выздоровление. Нужно трудиться изо дня в день и бороться за свою жизнь, чтобы этот шанс стал реальностью. Ведь для этого много усилий или времени не нужно – всего лишь несколько секунд на прием лекарства, всего лишь несколько часов в месяц на процедуры, обследования и прием врача. И впереди миллионы секунд и тысячи часов жизни, разнообразной и не очень, радостной и не очень, беззаботной и с проблемами... Одним словом, обычной повседневной жизни...



Научно-образовательный центр ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова приглашает на следующие формы обучения:

1. Клиническая ординатура, интернатура, циклы профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальностям:

- Кардиология;
- Сердечно-сосудистая хирургия;
- Клиническая лабораторная диагностика;
- Трансфузиология;
- Эндокринология;
- Гематология;
- Акушерство и гинекология;
- Генетика;
- Генетика (интернатура);
- Детская хирургия;
- Детская кардиология;
- Детская эндокринология;
- Диабетология;

- Лабораторная генетика;
- Лечебная физкультура и спортивная медицина;
- Лучевая диагностика;
- Неврология (интернатура);
- Неонатология;
- Патологическая анатомия;
- Патологическая анатомия (интернатура);
- Педиатрия;
- Рентгенология;
- Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение;
- Сестринское дело;
- Терапия (интернатура);
- Ультразвуковая диагностика;
- Управление сестринской деятельностью (интернатура);
- Хирургия (интернатура).

2. Аспирантура по специальностям:

- Кардиология;
- Сердечно-сосудистая хирургия;
- Анестезиология и реаниматология;
- Клиническая лабораторная диагностика;
- Эндокринология;
- Гематология;
- Акушерство и гинекология;
- Педиатрия;
- Лучевая диагностика;
- Лучевая терапия;
- Детская хирургия;
- Гематология и переливание крови;
- Ревматология;

3. Докторантура по специальностям:

- Кардиология;
- Сердечно-сосудистая хирургия;
- Педиатрия;
- Акушерство и гинекология;
- Эндокринология.

Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, 6 этаж,
библиотека, кабинеты №1 и №2

тел./факс **702-37-84**,
e-mail: education@almazovcentre.ru

Петербургские врачебные династии Блюментросты

Санкт-Петербург с момента своего основания был известен искусными врачами, исцелявшими от любых недугов. В отличие от закоренелых в традиционных методах лечения москвичей, в Санкт-Петербурге могли проявить свои способности представители современной на тот момент медицины, выходцы из европейских медицинских школ. Это не исключало отдельных случаев шарлатанства, однако в целом со времен укрепления Санкт-Петербурга, превращения его в столицу волей Петра I, здесь формировался слой высокопрофессиональных медиков. В Петербурге стали возникать первые лечебные учреждения, учебные заведения медицинского профиля, материально-техническая база – Сухопутный и Морской госпитали, Медико-хирургическая академия, Мастерская изба, Аптека и пр. В основной массе первые петербургские врачи были иностранцами. Свои знания они передавали своим потомкам, которые продолжали дело своих отцов, и так появились первые петербургские врачебные династии.



Л.Л. Блюментрост

Среди первых следует назвать представителей семьи Блюментрост.

Ее основателем был лейб-медик царя Алексея Михайловича – Лаврентий Алферович Блюментрост (1619–1705), который служил в России с 1668 года и до своей смерти. Он был известен как автор популярного лечебника «Домашняя и дорожная аптека», который неоднократно переиздавался.

Старший его сын – Лаврентий Христиан был лейб-медиком великих князей и умер в молодом возрасте.

Иван (Иоган-Деодат) Лаврентьевич Блюментрост, был средним сыном Лаврентия Алферовича. Он родился в 1676 году в Москве. В 1698 г. был послан Петром I за границу. В Галле в 1704 году он стал доктором медицины, защитив диссертацию «Теория и практика пульсов». Находясь за границей, он подготовил работу «Практический трактат, ставящий лагерного врача блюстителем (здравия) в Московском войске», которая стала первым

печатным трудом по военной медицине, вышедшим из России. С 1702 года Иван Лаврентьевич находился на русской службе: был полковым врачом, потом определен придворным медиком, сопровождал Петра I в походах. Длительное время он являлся лейб-медиком Екатерины I и царевича Алексея Петровича. С именем И.Л. Блюментроста связано изучение минерального источника – Кончезерских марциальных вод в 50 верстах от Петрозаводска. И.Л. Блюментрост являлся вторым архиатром России. По инициативе И.Л. Блюментроста был учрежден новый государственный орган – Медицинская канцелярия, призванная управлять всей медицинской империи. Деятельность Ивана Лаврентьевича как архиатра оборвалась с вступлением на престол Анны Иоанновны. Он впал в немилость, был отстранен от должности и умер в нищете в 1756 году в Петербурге.

Младший – Лаврентий Лаврентьевич Блюментрост – постоянно находился при

особе императора, а после смерти первого архиатра заменил его на посту управляющего Кунсткамерой и царской библиотекой. Уже в довольно раннем возрасте, в 15 лет, он слушал лекции в Галльском университете, а в 21 год защитил диссертацию. Кроме того, в совершенстве владел иностранными языками. Учитывая не только выдающиеся способности младшего Блюментроста, но и высокую образованность, именно ему Петр доверил составление проекта учреждения Академии наук и искусств, что была создана в Санкт-Петербурге, и в 33 года Лаврентий Лаврентьевич стал её первым президентом. Именно ему, человеку известному в научных кругах Европы, царь поручил вести переписку с иностранными учёными, приглашая их на берега Невы.

Так представители семьи Блюментрост внесли немалый вклад в процветание России, сделав очень многое для развития медицины в нашей стране, науки и практики.

в.н.с. НИС истории медицины,
к.м.н. Д.А. Журавлев



Петр I



Здание Петербургской Академии наук

ПРОФСОЮЗ

Новости профсоюза

С момента своего основания в 1970 году и до сих пор профсоюзная организация Центра им. В.А. Алмазова ведет планомерную работу в сфере организации культурно-досуговых мероприятий для сотрудников Центра. 30 июня, в субботу, для всех желающих членов профсоюза была организована увлекательная экскурсия в Выборг.

Выборг, основанный в Средние века шведами, с 2010 года является единственным историческим поселением Ленинградской области. До 1940 года это был второй по величине город Финляндии. Среди достопримечательностей – Выборгский замок, библиотека Алвара Аалто, парк Монрепо. Всего в Выборге сосредоточено более 300 различных памятников: архитектурных, исторических, скульптурных, археологических, садово-паркового искусства. С марта 2010 года – «Город воинской славы».

Экскурсия длилась 12 часов, но время

пролетело незаметно. Сотрудники Центра посетили рыцарский замок – символ города. Сейчас в помещениях замка работает музей, а со смотровой площадки башни Святого Олафа высотой 48,6 м можно увидеть весь город, залив и окрестности.

Также в туристический маршрут вошли круглая башня, которой 460 лет, дом купеческой гильдии – самое старое каменное строение города и, конечно, Красная площадь.

Особенно запомнились на скальные пейзажи в парке Монрепо, что в переводе с французского языка означает «мой отдых»,

«моё вдохновение». Этот романтический парк носит статус музея-заповедника. Здесь регулярно проходят творческие вечера, выставки, фестивали и вернисажи. Так в день экскурсии проходил музыкально-поэтический конкурс, посвященный городу Выборгу, и экскурсанты с удовольствием посмотрели часть представления.

Ждем Ваших предложений и пожеланий на следующие поездки!

Руководитель отдела персонала
Е.В. Баулина

