

По оценкам ВОЗ, каждый год во всем мире около 20 миллионов человек нуждаются в паллиативной медицинской помощи в конце жизни и, считается, что столько же человек нуждаются в паллиативной помощи в течение последнего года жизни. Таким образом, общее число людей, которым ежегодно требуется паллиативная медицинская помощь, составляет около 40 миллионов. По оценкам, из 20 миллионов человек, нуждающихся в паллиативной помощи в конце жизни, 80% проживают в странах с низким и средним уровнем доходов; около 67% – люди пожилого возраста (старше 60 лет) и около 6% – дети.

Учебное пособие разработано кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета, в котором авторы изложили основные вопросы организации паллиативной помощи в условиях городской поликлиники и медицинских организаций амбулаторного уровня в сельской местности. Рассмотрели основные аспекты и принципы паллиативной помощи, порядок и алгоритм действий при выявлении пациента, нуждающегося в паллиативном уходе. Рассмотрены регламентирующие организацию паллиативной помощи документы и порядок оформления медицинской документации; основные вопросы организации и порядок проведения обезболивания пациентов в рамках оказания паллиативной помощи.

Авторами подробно проанализированы патофизиологические и клинические характеристики каждой ступени обезболивания, в зависимости от возраста, тяжести заболевания, выраженности болевого синдрома. Представлены примеры коррекции осложнений терапии опиатами и ненаркотическими анальгетиками.

Большой раздел пособия авторы посвятили философии и основам паллиативной медицины, особое внимание уделено применению паллиативного подхода в амбулаторно-поликлинической практике. Представлен раздел, содержащий нормативные документы по оказанию паллиативной помощи населению.

Данное учебное пособие разработано для студентов старших курсов, врачей-интернов, терапевтов, семейных врачей и врачей смежных специальностей.

Учебное пособие «Паллиативная помощь в амбулаторно-поликлинической практике» в 2016 рекомендовано УМО РАЕ по классическому университетскому и техническому образованию в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки: 31.05.01 – «Лечебное дело».

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ
НАБЛЮДЕНИИ. ГРАНИ НОРМЫ И
ПАТОЛОГИИ
(монография)**

Лукьянёнков П.И.

*Научно-исследовательский институт кардиологии
Томского научно-исследовательского центра РАН,
г.Томск, Россия, e-mail: Lukans@yandex.ru*

В монографии излагается роль МРТ томографии почек и надпочечников у больных артериальной гипертонией, описаны грани нормы и патологии. С позиций практического врача и доказательной медицины представлены клинические случаи проспективного наблюдения. Изложены подходы в обследовании надпочечников – в зависимости от возрастных групп, рассматриваются нормальные значения. Проспективное наблюдение – от года до 15 лет – за больными с объемными образованиями в надпочечниках позволило сформировать классификационные подходы к больным этого профиля, выработать оптимальные сроки и кратность повторных МРТ обследований на этапах оказания помощи. Монография рассматривается как методическое пособие для специалистов МРТ, врачей-рентгенологов, эндокринологов, хирургов, врачей общей практики, интернов, студентов медицинских вузов, кафедральных работников.

Настоящее издание дважды представлялось на выставках во Франкфурте, 2016г, где было удостоено Золотой медали, а также в ноябре – на Международной выставке в Москве, удостоено диплома «Золотой фонд отечественной науки» (2016г).

Рецензенты: д.м.н., проф. Зав. Кафедрой эндокринологии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ Ворожцова Ирина Николаевна, Томск. Заведующий лабораторией «МРТ ТЕХНОЛОГИИ», г.н.с. МТЦ СО РАН, д.м.н., профессор РАН Тулупов Андрей Александрович, г. Новосибирск.

**КАК РАССТАТЬСЯ С КУРЕНИЕМ
САМОМУ. СОВЕТЫ КУРИЛЬЩИКАМ И
ОКРУЖАЮЩИМ. НОВАЯ МЕТОДИКА
БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ
(монография)**

Лукьянёнков П.И.

*Научно-исследовательский институт кардиологии
Томского научно-исследовательского центра РАН,
г.Томск, Россия, e-mail: Lukans@yandex.ru*

Традиционно, усилия по борьбе с курением были направлены на мужскую часть населения, поскольку распространённость курения среди них в 80-90-х годах прошлого столетия был значимо выше, чем среди женщин. Так, по на-

шим данным, курение, как фактор риска у рабочих и служащих Томской области выявлялся у 67,5% мужчин. Наибольший процент приходился на возрастную группу 30-39 лет и составлял 64%. С возрастом число курящих мужчин уменьшалось, и уже в 50-59 лет оно составляло 50%, а свыше 60 лет - только 25% мужчин продолжало курить. Отказ от курения в старших возрастных группах связан с ростом среди сердечнососудистых и церебральных заболеваний, выполнением врачебных рекомендаций. Самостоятельно бросившие курить в популяции составляли 13%. В женской популяции курило 10,7%, наибольший процент курящих приходился на возрастной диапазон 20-29 лет - 17,7%, в более старших возрастных группах число курящих резко уменьшалось, достигая в возрасте 50-59 лет - 0,7%. В настоящее время во всём мире эта тенденция сохраняется, однако в некоторых странах (Ирландия) это соотношение одинаково, а в Дании распространённость курения среди женщин выше, чем у мужчин. Рост курения среди женщин - трагедия человечества, поскольку считается, что женщина в большей степени отвечает за репродуктивное здоровье поколений. Увеличение курения среди женщин неуклонно привело к росту заболевания раком. Так, по данным Sather [2001] в США заболеваемость раком легкого за последние 60 лет увеличилась на 600%! Несмотря на то, что курение в целом среди женщин распространено значительно меньше, его отрицательная социально-психологическая значимость по воздействию на детей и подростков выше, чем у мужчин, т.к. курение матери, является большим предметом подражания, чем отцов. В настоящий момент считается, что имеется тенденция к росту данного показателя, причем по сравнению с 80гг прошлого столетия, курение увеличилось в некоторых регионах среди женщин почти в три раза, причем в этот процесс они вовлекаются с раннего возраста.

Сегодня наука установлена и определено однозначно — курение, вдыхание табачного дыма — добровольное отравление себя и окружающих. Кроме никотина табачный дым содержит угарный газ, синильную кислоту, сероводород, углекислоту, аммиак, азот, эфирные масла, пиридиновые основания и даже радиоактивные изотопы.

Курящий человек в течение жизни выкуривает 15 тысяч смертельных доз, но так как никотин в организм поступает дробными дозами, у привычного курильщика острых явлений отравления не наблюдается. Можно считать доказанным, что никотин и содержащиеся в табачном дыму ядовитые вещества нарушают деятельность практически всех систем организма. Курение увеличивает риск развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в 4-6 раз, при комбинации его с 2-3

факторами риска вероятность развития ишемической болезни сердца — основного «поставщика» инфаркта миокарда — возрастает в 10-13 раз. У курящих в 5-8 раз чаще, чем у некурящих отмечается внезапная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, в 10 раз чаще развивается рак легких, курящий человек сокращает свою жизнь на 8-10 лет.

В настоящий момент никотиновая зависимость рассматривается как заболевание, которое необходимо лечить, поэтому отказ от курения и лечение табачной зависимости является актуальной задачей, позволяющей продлить жизнь.

Никотин легко проникает через цереброваскулярный барьер и распространяясь по мозговой ткани накапливается в коре, гипоталамусе, таламусе, среднем мозге, стволе. Взаимодействуя с никотиновыми холинергическими рецепторами головного мозга, он активизирует их и вызывает высвобождение катехоламинов, включая ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, бета-эндорфин и глутамат. Результатом этой активации является ощущение повышенной работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. С развитием толерантности начинается стойкое угнетение функций центральной нервной системы, и для поддержания их на привычном уровне требуется все большее количество никотина. Поэтому курящий увеличивает количество выкуриваемых сигарет, для достижения того же эффекта, и в этом плане, никотин сродни наркотикам: при прекращении его поступления в организм развиваются симптомы отмены, которые достигают максимума через 3 дня после отказа и обычно длятся 3-4 недели.

Современные технологии в борьбе с курением предлагают разные подходы — начиная от иглорефлексотерапии до гипноза и заместительной терапии — лекарственной терапии, жевательных резинок, ингаляторов, никотиновых пластырей. Обладая определенной эффективностью, они не лишены побочных эффектов, иногда трудно дозируются, но при сочетании применением с психотерапией и самопрограммированием повышают эффективность отказа от курения на 30-40%.

Таким образом, на сегодняшний день нет сомнений, что курение ведет к преждевременному старению и смерти. Можно ли отказаться от него самому? А может лучше прибегнуть к помощи врача? Согласно опросу экспертов ВОЗ, специфические методы лечения курения менее эффективны, чем неспецифические подходы (убеждение, внушение решимости бросить курить, принятие положительной мотивации на отказ от курения при четком осознании отрицательного воздействия вредной привычки на организм). Так, по данным 2-летнего наблюдения за населением 3 городов Северной Калифорнии в борьбе с курением эффективность индивидуальных бесед оказалась выше (на 42%) там, где

создавалась личностная положительная мотивация на отказ от курения. Поэтому ответ прост: отказаться от курения, отречься от него раз и навсегда можно самому. А в случаях, когда у Вас выявляются первые признаки атеросклероза и ухудшается память, тем более, если есть склонность к повышению артериального давления, сделать это просто необходимо.

Каждый человек с возрастом, по мере изнашивания своего организма, начинает понимать вред, наносимый ему никотином. Исследования показывают, что процент курящих с возрастом уменьшается. Это говорит о том, что с годами люди эмпирически делают правильный вывод и, чувствуя, что курение из приятного превращается в тягость, вначале изредка подумывают об этом, потом делают первые робкие шаги бросить, и, наконец, здравый смысл берет верх. Под тяжестью недугов и осложнений, под давлением эмоций человек оставляет эту пагубную привычку. Курит обычно тот, кто имеет большой «запас прочности», и пока имеет его — курит.

В методическом пособии, представленном на выставке, мы предлагаем вариант собственной методики борьбы с курением путём образного программирования, используемой в ходе профилактической работы в Школе гипертоника в Томске. По нашим данным, эффективность её составляет до 60-70% и может зависеть от уровня образовательного ценза, четкого наличия имеющихся закрепленных рефлексов и художественного восприятия личности. Данное пособие рекомендуется к распространению во всех медицинских учреждениях, имеет высокую практическую ценность, профессионально заслуживает самого высокого рейтинга. Подробное изложение непосредственного программирования, этапность и последовательность, настраивают читателя уже в процессе чтения данного пособия на отказ от курения.

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ ПРИ АДЕНОМАХ
ГИПОФИЗА, АССОЦИИРОВАННЫХ
С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯМИ.
ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
(методическое пособие)**

Лукьяненок П.И.

*Научно-исследовательский институт кардиологии
Томского научно-исследовательского центра РАН,
г.Томск, Россия, e-mail: Lukans@yandex.ru*

В основу классификации аденом гипофиза положены четыре основных принципа – размеры, направление и характер роста, гистологическое строение и гормональная активность. В последнее время, в связи с разными подходами в лечении аденом, более частым их выявлением на МРТ, разной клинической значимостью, их стали делить на микроаденомы (диаметр аденомы до 10мм) и макроаденомы (диаметр более 10мм).

Среди всех опухолей гипофиза наиболее часто встречаемые – пролактиномы, они составляют 29% всех опухолей гипофиза, причем процент этот увеличивается до 47%, если учитывать не чистые пролактиномы, а их смешанный характер. Кроме того, появились работы, указывающие на взаимосвязь гиперпролактинемии и ожирения и гипертензии. Если с точки зрения специалиста МРТ особых проблем в диагностике аденом гипофиза нет, то с позиций динамического наблюдения за пациентами на этапах терапии, есть определенные сложности, которые обусловлены отсутствием стандартов наблюдения, кратности проведения МРТ гипофиза при лечении, причем это касается как консервативного, так и хирургического этапа.

Поставив своей целью проследить динамику изменений аденом при гиперпролактинемиях, автору на большом (1500 больных) материале удалось показать кратность проведения МРТ при аденомах различного размера, проспективно наблюдавшихся на протяжении почти 20лет, отследить динамику изменений гипофиза и аденом и доказать возможность регресса признаков макроаденом при гиперпролактинемиях на этапах терапии ингибиторами пролактина. Длительность наблюдения позволило сформировать автору новый подход к классификации аденом с включением начальных изменений в гипофизе, обозначенных им как аденопатии.

Монография снабжена качественными рисунками и верифицированными гистологически клиническими материалами, позволяющими рассматривать данную работу уже как методическое пособие, которое можно успешно использовать в специальностях 14.01.13 (лучевая диагностика, лучевая терапия); 14.01.05 – (кардиология); 14.01.01 – Акушерство и гинекология, 14.01.02 – эндокринология, 14.01.07 (глазные болезни) 14.01.11- неврология; 14.01.12 – онкология; 14.01.18- нейрохирургия. Приведенные автором клинические примеры и длительность наблюдения подтверждают тот факт, что при пролактиномах ведение пациентов консервативным способом вполне оправдано. Чрезвычайно важным является описанное автором открытие синдрома сельлярной гипертензии, механизмы его развития и способы прижизненной диагностики на МР-томографе.

Изложенное выше позволяет рассматривать монографию и рекомендовать её применение в качестве методического пособия для вышеперечисленных врачебных специальностей, а также в педагогическом процессе у студентов медиков, врачей повышающих квалификацию при постдипломной подготовке. Заслуживает описание подходов обследования таких больных, авторские способы расчета объема аденом на этапах терапии, варианты развития турецкого седла и гипофиза, подходы с контрастированием. Проспективное наблюдение за пациентами