

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 6
2000

НАУКА И ПРАКТИКА

Государственный
Научный Центр
Институт
иммунологии
Минздрава РФ

СТР. 3–7

ЛЕКАРСТВА

Препараты для
лечения
аллергических
заболеваний

СТР. 8–10

ИСТОРИЯ



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

СТР. 12–13



Наталья Ивановна Ильина, профессор, главный врач клиники: «В последние годы идет резкий рост аллергических заболеваний. В нашей стране, в зависимости от региона, они выявляются у 12–25 процентов населения».

НОВОСТИ

В Государственном научно-исследовательском Центре профилактической медицины МЗ РФ прошла международная Конференция, посвященная обсуждению итогов выполнения программы Тасис по профилактике и здоровью в России. Тасис – программа Европейского Союза (ЕС), которая содействует развитию рыночной экономики и демократии в новых независимых государствах путем безвозмездного предоставления ноу-хау.



Эта программа осуществлялась на федеральном и региональном уровнях в течение двух с половиной лет, ее бюджет – четыре миллиона Евро.

Участникам Конференции были представлены результаты исследований состояния системы здравоохранения в России, предложены рекомендации по ее улучшению.

По данным статистики, продолжительность жизни в России приближается на 10 лет меньше, чем в соседних европейских странах. Особенно тревожная ситуация сложилась с мужским населением: средняя продолжительность жизни составляет 61 год по сравнению с 74 годами в странах ЕС. Одна из причин этой ситуации – неспособность сложившейся системы здравоохранения активно заниматься не лечением, а предупреждением болезней. Программа Тасис ставила своей целью содействовать развитию новой системы профилактической медицины.

Ноу-хау передавались в форме стратегических консультаций, с помощью групп консультантов, путем проведения исследований и обучения, развития и реформирования правовой и нормативной базы. Был осуществлен ряд проектов в области образования, здравоохранения, социальной защиты и административной реформы. Показательные проекты в Вологде, Электростали, Оренбурге и Челябинске позволили оценить эффективность различных подходов к системе профилактики заболеваний.

Сейчас ЕС начал новый этап своей программы, бюджет – около 3138 млн. Евро на 2000–2006 годы. Новое Положение включает в себя ряд нововведений, в том числе акцент на ядерной безопасности.

Членами Стоматологической ассоциации России (СтАР) совместно с компанией Procter & Gabel было проведено исследование влияния высококачественных фторидсодержащих зубных паст на состояние полости рта. Оно прошло в рамках школьной образовательной программы профилактики в городах Новомосковск и Узловая Тульской области.

В эксперименте приняло участие около двух тысяч девяти- и десятилетних школьников. Их разделили на три группы: первая чистила зубы два раза в день пастой «Blend-a-med». Пять дней в неделю, утром, это делалось под контролем медперсонала. Вторая группа тоже чистила зубы этой же пастой два раза в день, но без специального контроля. В третьей применяемые зубные пасты и правила гигиены полости рта не отслеживались. Все дети прошли тщательный осмотр по методике, рекомендованной ВОЗ.

В конце эксперимента выяснилось, что в профилактических группах, находящихся под контролем, заболеваемость кариесом снизилась в два раза, состояние полости рта улучшилось в пять раз, а состояние десен в восемь раз. Белые кариозные пятна уменьшились почти на 100%.

Результаты исследования были представлены на круглом столе «Проблемы преподавания профилактики в российских стоматологических ВУЗах», который проходил в рамках IV Всероссийской научно-практической конференции СтАР «Актуальные проблемы стоматологии».

Научно-практическая конференция «Инфекционные болезни на рубеже XXI века» прошла в НИЦ ММА им. Сеченова. По данным ученых, за последние 20 лет в мире зарегистрировано 30 ранее неизвестных вирусов. Обсуждалась роль иммунопрофилактики в снижении и ликвидации инфекционных болезней, роль инфекций в акушерстве и гинекологии, перспективы создания новых противоиных препаратов. Внимание было уделено паразитарным болезням человека, роли инфекционных агентов, современным подходам к лабораторной диагностике.

Вирусные инфекции подвержены мутациям, но новые лекарственные средства обеспечивают комплексное лечение больного с учетом его индивидуальных особенностей и специфики течения болезни. При ряде инфекционных болезней важно рациональное питание, строгая гигиена, а для профилактики – предохранительные прививки.

Корр. Ольга Логинова

ПРЕМИЯ ДЛЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ЗА ЛУЧШУЮ РАБОТУ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глубокоуважаемые коллеги!

В этом году Экспертный Совет по вопросам лечения аффективных расстройств и Информационный Центр компании Органон учреждают ежегодную премию для молодых ученых за лучшую работу в области лечения аффективных расстройств.

К рассмотрению принимаются тематические обзоры, результаты собственных научных разработок и научно-популярные медицинские статьи. Наибольший интерес будут представлять работы, связанные с использованием новейших групп антидепрессантов, сравнением их характеристик с другими препаратами и особенностей их клинического применения.

Полученные на конкурс работы будут оценены Экспертным Советом, состоящим из ведущих психиатров страны, руководителей научно-исследовательских и методических центров. Особое внимание будет уделено оценке новизны работы, ее оригинальности и значимости для практического здравоохранения.

Объявление результатов и присуждение премий 2000 года состоится на Всероссийском Съезде психиатров, который пройдет в октябре, а в дальнейшем – на ежегодных Всероссийских психиатрических форумах.

Призы: Первая премия – 15000 руб., две Вторых премии по – 7000 руб.

От имени Экспертного Совета академик А. С. Тиганов. От имени компании Органон Э. Ван Хоутен (Нидерланды)

Желаем творческих успехов!

Сроки предоставления работ на конкурс – ежегодно не позднее 15 июля. Работы присылать по адресу: 125445, г. Москва, Смольная ул., д. 24д, компания «Органон» с пометкой «в группу ЦНС на конкурс»; тел.: (095) 960 2897, факс: (095) 960 2896.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения аллергии подвержены 15–30 процентов населения планеты. И хотя уровень заболеваемости в России несколько ниже, чем в странах Западной Европы и США, мы их стремительно догоняем.

По данным ГНЦ Института иммунологии МЗ РФ за последние два года на 17,6 % увеличилось число больных, обратившихся за помощью в научно-консультативное отделение Центра по поводу бронхиальной астмы, на 11% – по поводу поллиноза, на 9% стало больше пациентов с крапивницей, на 5% – с лекарственной аллергией.

Этот номер газеты мы посвятили проблемам аллергологии. Наши корреспонденты побывали в Государственном научном Центре Института иммунологии МЗ РФ, встретились с его ведущими сотрудниками, которые ответили на актуальные вопросы.



20 ЛЕТ НА СЛУЖБЕ АЛЛЕРГОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ

Наталья Ивановна Ильина, главный врач клиники, доктор медицинских наук, заместитель директора Института:

– Наша клиника – одна из первых в стране начала заниматься проблемами аллергологии. Находилась она на территории 1-й Градской больницы. В дальнейшем – ее клиническая часть вошла в институт иммунологии, и костяк коллектива составили люди, работавшие с Андреем Дмитриевичем Адо, который возглавлял Всесоюзный аллергологический центр.

Клиника организована в 1980 году и вот уже двадцать лет мы работаем в области аллергологии и клинической иммунологии. Это, пожалуй, единственная в стране специализированная клиника, где оказывается помощь и взрослым, и детям. В ее структуре – научно-консультативное отделение и клинические подразделения – отделение общей аллергии, отделение брон-

хиальной астмы, отделение вторичных иммунодефицитов у взрослых и детское отделение, где лечатся дети и с аллергическими заболеваниями, и с иммунной недостаточностью как первичной, так и вторичной.

Несмотря на то, что мы занимаемся не только вопросами аллергологии, но и клинической иммунологии, основной поток наших пациентов – это люди с различными формами аллергических заболеваний.

С момента создания клиники здесь прошли лечение свыше 80 тысяч человек.

– Претерпевает ли современная аллергология какие-то существенные изменения на рубеже тысячелетий?

– В последние 10–15 лет произошел резкий рост аллергических заболеваний. Отмечается это явление не только у нас в стране, но и во всем мире. Достаточно сказать, что каждый шестой американец страдает аллергией.

По данным ис-

следований, которые проводили мы, в нашей стране, в зависимости от региона, аллергия распространена у 12–25 процентов населения. При этом следует учитывать, что эти данные в несколько раз превышают отчеты официальной статистики (по обращаемости). Причин такого положения дел несколько. Это и недостаточная осведомленность врачей первичного звена о клинических признаках аллергии, и незнание ими алгоритма диагностики, зачастую – недоступность аллергологической помощи. Да и пациенты не всегда спешат обратиться за помощью, принимая проявления аллергии за простудные заболевания. Поэтому заболеваемость не только растет, но и меняется структурно.

Сегодня, если судить по обращаемости, на первом месте идет бронхиальная астма (атопическая форма), затем следуют аллергический ринит, атопический



дерматит, хроническая крапивница. Отмечается утяжеление течения этих заболеваний.

На протяжении последних лет разрабатываются новые методы диагностики аллергических заболеваний, появилось много новых, достаточно эффективных противоаллергических средств, но, самое главное – они не только эффективны, но и безопасны для применения, так как почти не имеют побочного действия. Учитывая, что нашим пациентам приходится длительное время принимать препараты, это очень важно.

– С чем ученые связывают такое широкое распространение аллергии?

– Однозначного ответа на этот вопрос нет, но несомненно, что одним из факторов, наиболее влияющих на распространение аллергозаболеваний, является неблагоприятная экологическая ситуация. Антропогенная нагрузка на организм выросла во много раз. Другие факторы обозначу пунктиром – отсутствие грудного вскармливания, бесконтрольное применение медикаментозных средств, в частности антибиотиков. Некоторые моменты вакцинации тоже изменяют реактивность организма, хотя это вопрос достаточно дискуссионный. Поэтому мы всегда оцениваем соотношение риск-польза индивидуально. Это не значит, что аллергиков не надо прививать, просто должна быть достаточная настороженность и подготовка перед профилактическими прививками.

Кстати сказать, последние данные говорят о том, что так называемый «стиль жизни» – играет огромную роль в формировании аллергических заболеваний. В питании – большое количество консервированных продуктов, малоподвижный образ

жизни, недостаток пребывания на свежем воздухе, – все эти факторы очень влияют. Не случайно при объединении Восточной и Западной Германии, оказалось, что, несмотря на худшую экологическую обстановку на Востоке, значительно большее количество людей было подвержено аллергиям именно в западной ее части. И, как считают специалисты, именно различный образ жизни сыграл в этом одну из ключевых ролей.

– В чем, на ваш взгляд, основная опасность аллергических заболеваний?

– Allergos – в переводе с латыни – странный. Так вот – аллергия – это странная болезнь. Аллергики представляют собой проблему для врачей всех специальностей в первую очередь потому, что высок риск развития лекарственной аллергии. При взятии такого больного на плановую хирургическую операцию возникает необходимость консультации аллерголога для адекватного подбора препаратов. Существует также целый ряд ограничений. Если человек страдает поллинозом, сенной лихорадкой, нежелательно в период обострения вообще предпринимать какие-то инвазивные методы обследования, плановые операции: существует определенный риск осложнений либо во время их, либо в послеоперационный период. Поэтому та строка, которая существует в «истории болезни» – аллергия-анамнез, должна очень тщательно заполняться врачами всех специальностей. К сожалению, это требование не всегда соблюдается. В лучшем случае пишется – «лекарственной непереносимости нет». Очень важно, чтобы в этой графе указывалось – есть ли в роду аллергические заболевания, были ли раньше проявления медикаментозной аллергии, других аллергических заболеваний. Да, возникают иногда немедикаментозные, спонтанные ремиссии, но это не значит, что ушла болезнь. Поэтому проблема аллер-

гонастороженности врачей всех специальностей очень важна. У нас сейчас боятся гепатита, СПИДа, а вот о тех страшных осложнениях, которые могут возникнуть при неграмотном лечении любого заболевания – ишемической, гипертонической болезни, простатита, зачастую забывают. А у аллергиков вероятность возникновения нашей патологии или ее осложнений очень велика.

Хорошо известно, что аллергический ринит относится к заболеваниям группы риска по бронхиальной астме. По нашим данным – 78–80 процентов астматиков имели в анамнезе аллергический ринит. Поэтому своевременная диагностика и адекватное лечение ринита, это еще и профилактика бронхиальной астмы.

В нашей клинике сейчас работают аллергошколы как для пациентов, так и для врачей общего профиля. Терапевтов так же необходимо образовывать в плане диагностики и основных методов лечения аллергических заболеваний, потому что вероятность встретить такого пациента на приеме очень велика. Это практически каждый четвертый.

– Каковы сегодня диагностические методы выявления аллергических заболеваний?

– На первом месте, как и раньше, стоит аллергологический анамнез. В большинстве случаев, если он правильно собран, появляется возможность не только поставить диагноз какой-то нозологической формы, но и предположить причинно-значимые аллергены. Простейший пример. У пациента в одно и то же время года появляются насморки, конъюнктивиты, иногда – приступы удушья, недомогание (клинически это очень похоже на острое респираторное заболевание). Очень часто, многие годы, с этим диагнозом он наблюдается у терапевта. Между тем, знание графика опыления различных растений, преобладающих в данном регионе, дает возможность врачу не только поставить диагноз аллергического ринита или конъюн-



ктивита, но и предположить виновный аллерген. В средней полосе России, к примеру, с конца апреля до середины мая – это пыльца деревьев, далее – злаковые травы, в августе – сорные травы. И, чтобы «вычислить» виновный аллерген иногда достаточно внимательно расспросить больного.

Для пациентов, которые страдают аллергией на домашнюю пыль, характерен эффект бытовой элиминации. То есть, вне дома – в отпуске, в командировке у человека болезнь не дает о себе знать или же протекает значительно легче. Эти и другие простые, но значимые анамнестические данные дают достаточно информации для постановки диагноза.

Для диагностики важно также знать, что большую роль играет предрасположенность человека к аллергии, в частности наследственные факторы. Если один из родителей страдает аллергическим заболеванием, вероятность рождения ребенка с аллергической конституцией достигает 30–40 процентов, если оба – около 70 процентов.

Следующий этап аллергодиагностики – постановка кожных тестов. Это применявшийся еще в начале XX века метод. Он прост, дешев и в то же время очень информативен. На кожную поверхность пациента наносятся возможные аллергены, и тот, который вызывает реакцию, и является причиной заболевания.

Если кожные тесты не выявляют аллерген (причин для этого может быть несколько, скажем, больной принимает антигистаминные препараты), используется лабораторно-диагностический метод, когда исследуется сыворотка крови. Лабораторных тестов много, определить аллерген можно с высокой степенью точности, единственный их недостаток – они дорогостоящи и не всегда могут быть применены в клинической практике.

– Возможна ли профилактика аллергических заболеваний?

– Отдельную группу составляют больные с так называемой латентной сенси-

билизацией. То есть кожные тесты определили реакцию организма на какой-то аллерген, или у пациента имеется наследственная предрасположенность, но клинической симптоматики нет, если будут созданы нормальные бытовые условия (не будет пыли или домашних животных), препятствующие массивной экспозиции аллергенов, заболевания могут не проявиться никогда.

Здесь важно планирование беременности (если мать или отец страдают аллергией), чтобы первые месяцы после рождения ребенка не приходились на период поллинии. Нужно стараться, чтобы эти дети получали грудное вскармливание, с большой осторожностью вводить всевозможные виды прикорма, создавать для них такие условия, которые будут направлены на уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами.

– Каковы современные методы лечения?

– Лечение аллергических заболеваний складывается из трех позиций.

Первое – это прекращение контакта с причинно-значимым аллергеном. Или уменьшение этого контакта, потому что не всегда можно его прекратить. Пациент с аллергией к шерсти животных может не общаться с кошкой или собакой, и не допустить клинического проявления симптоматики. Но невозможно полностью избавиться от домашней пыли. Этот аллерген практически всегда присутствует в жилище. Можно лишь уменьшить контакт с ним путем ряда организационно-бытовых мероприятий.

Весна и лето тоже наступают каждый год, а значит – каждый год есть контакт и с пыльцевыми аллергенами. Но, если это сенсibilизация только к одному аллергену – например к пыльце деревьев, мы можем порекомендовать на этот период переехать в какую-то другую климатическую зону. Но если это аллергия и к пыльце деревьев, и к злаковым травам, и к сорным травам, пациент на 3–4 месяца не может оставить работу,

учебу. В этом случае не избежать фармакотерапии.

Фармакотерапия складывается из применения лекарственных средств, в зависимости от того, каким аллергическим заболеванием страдает человек. Наиболее широко применяются антигистаминные препараты. Всем хорошо известны антигистаминные препараты 1-го поколения – супрастин, димедрол. Они достаточно эффективны, но у них есть ряд побочных действий (в основном седативных) и поэтому они не всегда могут применяться. Сейчас разработаны препараты 2-го поколения, которые также обладают высокой эффективностью, но побочных эффектов у них значительно меньше. Эти препараты прекрасно переносятся пациентами, не вызывают привыкания, отпускаются безрецептурно. Все они зарегистрированы в нашей стране и врачи их рекомендуют. Единственный недостаток – достаточно высокая их стоимость.

Существуют и другие препараты – топические стероиды, бронхолитические средства, но – это отдельная тема разговора.

И третий пункт лечения – это специфическая иммунотерапия (лечение аллергенами). Он известен еще с 1911 года и смысл его заключается в том, что пациенту по нарастающей вводятся дозы причинно-значимого аллергена, и в ответ вырабатываются блокирующие антитела, которые подготавливают организм к контакту с ним в естественных условиях. В отличие от лекарственных препаратов, проведение двух-трех таких курсов приводит к снижению чувствительности организма к аллергену, уменьшению потребности в фармакологической терапии, а иногда и к полной отмене лекарственных средств.





Елена Сергеевна Феденко, к. м. н., старший научный сотрудник отделения иммунопатологии:

– Атопический дерматит (АД) в соответствии с современной международной классификацией болезней определяется как поверхностное аллергическое воспаление кожи, сопровождающееся выраженным кожным зудом. В основе своей он имеет наследственную предрасположенность, повышенную чувствительность к различным аллергенам. Как правило, это заболевание сочетается с респираторными проявлениями атопии (аллергический ринит, атопическая бронхиальная астма).

Тяжесть заболевания определяется распространенностью кожного процесса, наличием респираторных проявлений, наличием хронической гнойной инфекции. Для АД характерен очень высокий уровень сывороточного иммуноглобулина Е. У нас были пациенты, у которых уровень достигал 60 тысяч международных единиц, что превышает норму почти в шесть тысяч раз.

Это заболевание характеризуется множественной сенсибилизацией к различным аллергенам, среди которых – бытовые (домашняя пыль), эпидермальные (шерсть и эпидермис домашних животных), пыльцевые (пыльца деревьев, злаковых трав, сорняков), грибковые, а также пищевые. В последнее время стало известно, что у этих больных развивается сенсибилизация еще и к бактериальным аллергенам, в частности, к стафилококку.

Приблизительно 50 процентов детей заболевает дерматитом в возрасте до года, еще 30 процентов – от года до пяти лет.

Примерно у 80 процентов заболевших в раннем детстве в дальнейшем развивается респираторная атопия. Но это не значит, что полно-

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

стью исчезает кожный процесс. Он, впрочем, может несколько затихнуть. И наоборот, при уменьшении признаков респираторной атопии наиболее ярко становится выражен кожный процесс.

Следует выделить три возрастных периода в течении АД: младенческий (с рождения до двух лет), детский (с двух до десяти) и подростково-взрослый.

Для младенческой стадии характерны воспалительные изменения на коже со склонностью к экссудации, которые локализуются чаще всего на лице. Клинически кожный процесс представлен гиперемией, отечностью, мокнутием, наличием корок.

В детский период кожные проявления локализуются в области складок, на задней поверхности шеи, на сгиба-

тельных поверхностях голеностопных и лучезапястных суставов, в заушной области. Кожа становится сухой, инфильтрованной, с выраженными проявлениями отрубевидного шелушения и множественными экскориациями.

Для третьего периода характерны диффузные поражения кожи лица, шеи, верхней части туловища, конечностей. При особенно тяжелом течении процесс распространяется на кожу всего тела.

Диагностика атопического дерматита не представляет особой трудности, потому что клинически это заболевание имеет очень характерные черты. Однако его следует дифференцировать от других видов дерматитов, экземы, ихтиоза, чесотки, красного плоского лишая, а в тяжелых случаях – от лимфомы кожи.

Сбор анамнеза необходимо проводить по пяти основным направлениям.

1. История развития кожного процесса.
2. Анамнез респираторных проявлений атопии.
3. Сопутствующая кожная инфекция и другие очаги хронической инфекции.
4. Семейный аллергологический анамнез.
5. Анамнестические сведения о факторах риска АД (течение беременности, родов, характер вскармливания, наличие госпитальной или любой инфекции в младенческом возрасте, прием антибактериальных препаратов в раннем детстве, фармакологический и пищевой анамнез).

Правильно собранный анамнез позволяет в половине случаев установить причину возникновения заболевания, предположить виновные аллергены. Дальнейшее обследование пациента с АД включает постановку кожных тестов (в тех случаях, когда позволяет состояние кожных покровов, и при отсутствии антигистаминной терапии в момент об-

следования), при показаниях – провокационных тестов.

Лечение атопического дерматита следует начинать с элиминации причинных аллергенов. Определяется индивидуальная диета, оксидантный режим.

Если кожный процесс обострен, повышена температура тела, выражены симптомы общей интоксикации, в особенности при присоединении вторичной инфекции, необходимо проводить терапию, направленную на купирование острого состояния. С этой целью внутривенно капельно вводится гемодез, антигистаминные препараты первого поколения (супрастин, тавегил), системные глюкокортикостероиды (целестон, дексаметазон). Продолжительность этого этапа составляет 3–7, в отдельных случаях – 10 дней.

После этого больному назначается базисная терапия. Она включает антигистаминные препараты последнего поколения – фексофенадин, цетиризин, фенистил, лоратадин в обычных терапевтических дозах, стабилизаторы мембран тучных клеток: кетотифен (не менее 3 месяцев), недокромил натрия (1–2 мес.), которые могут быть применены и в комплексе с основными методами лечения, и в качестве профилактических средств в реабилитационном периоде.

В это же время используют местные ГКС мази (целестодерм, дипросалик, элоком, локкоид), которые обычно смешивают с каким-либо нейтральным кремом в пропорции 1:1.

Пациенты с тяжелыми формами АД подвержены в ряде случаев невротическим расстройствам. Поэтому показана седативная терапия. Используют такие нейролептики, как терален, сонатакс.

После проведения общеклинического обследования больным проводят коррекцию сопутствующих заболеваний в соответствии со стандартами МКБ 10.

В основе АД лежат иммунологические механизмы. Это обстоятельство обосновывает необходимость проведения различных видов иммунокоррекции. К таким методам относится плазмаферез, аллергенспецифическая иммунотерапия, иммунокорректирующие препараты и иммунодепрессанты.

С целью профилактики и своевременного купирования обострений вторичной инфекции, больным атопическим дерматитом обязателен также ежедневный душ с несодержащими мыла гелями, желательно с антибактериальным эффектом, который способствует удалению отмершего эпителия и предотвращает развитие пиодермии. И самое главное – больному необходимо правильно ухаживать за кожей. В рамках нашей аллергошколы мы этому обучаем.

ПОЛЛИНОЗ

Инна Владимировна Данилычева, к. м. н., старший научный сотрудник отделения общей аллергологии и иммунотерапии:

– Поллиноз – это наиболее часто встречающееся аллергическое заболевание, которое вызывается пылью растений. У нас, в средней полосе России, поллиноз наблюдается, как правило, с апреля по октябрь. Весь сезон можно разделить на три периода. В апреле-мае цветут деревья – береза, ольха, лещина. В конце мая, июне, июле цветут злаковые травы: дикорастущие – тимopheевка, ежа, овсянка, пырей и культурные злаки – пшеница, рожь, овес. Последний, наиболее сложный и трудный для больных этап – период цветения сложноцветных сорных трав – полынь, лебеда, амброзия, тысячелистник, зверобой и т. д. Растения, пыльца которых вызывает заболевание, являются широко распространенными. Аллергенная пыльца легко переносится ветром на большие расстояния.

Поллиноз – обобщающее название. Он может проявляться аллергическим ринитом, атопическим дерматитом, аллергической крапивницей, аллергической бронхиальной астмой.

– Если болезнь не лечить, она может пройти сама по себе?

– Аллергия с человеком остается всегда. Другое дело, как он при этом будет себя чувствовать. Если больной наблюдается у аллерголога, проводится курс лечения, болезнь можно держать в узде. Пациент будет чувствовать себя нормально. Течение заболевания можно повернуть вспять, если, к примеру, у больного бронхиальной астмой провести своевременное лечение: астматические явления могут полностью исчезнуть – останется только легкий насморк. Но, как правило, у большинства людей интенсивность течения заболевания постоянно нарастает, расширяется спектр аллергенов: в этом году у человека появилась сенсibilизация к пыльце деревьев, на следующий год аллергеном может стать и пыльца злаков.

– Какова основная опасность этого заболевания?

– Поллиноз начинается, как правило, с обычного насморка и конъюнктивита. Состояние это мучительное: человек меняет за день 10–15 носовых платков, у него слезятся глаза, он чихает, кашляет. Первая мысль – это простуда. Начинают принимать анальгетики, антибактериальные препараты. Только это все не помогает, а наоборот, может только ухудшить самочувствие. Меняется качество жизни: человек не может заниматься своими повседневными делами, у детей ухудшаются память, внимание, они плохо учатся. Ринит опа-



сен также своими осложнениями. Возникают воспаления пазух носа, снижение слуха, отиты, а самое главное – возможно развитие бронхиальной астмы. Сначала в легкой форме, потом – в более тяжелой, и это может привести даже к инвалидизации больного.

Плохо, что больные поздно приходят к врачу-аллергологу. Только 18 процентов больных направляются к аллергологу в течение года от начала заболевания, в 30 процентах случаев длительность болезни до установления диагноза составляет два года, в 43 процентах – три года, еще 10 приходится на четыре и более лет.

Опасно это заболевание еще и тем, что передается по наследству. Не сам поллиноз, а склонность к выработке избыточных иммуноглобулинов E, так называемой атопии. В 30 процентах случаев заболевание одного из родителей отразится и на ребенке в виде дерматита, крапивницы или же лекарственной аллергии.

– В чем заключаются особенности диагностики поллиноза? Каковы принципы его лечения?

– Чаще всего его воспринимают как инфекционный аллергический ринит или конъюнктивит. Если появляются затруднение дыхания, кашель, хрипы в легких – больного лечат от бронхита. Врача должно насторожить то, что заболевание проявляется в течение нескольких лет в одно и то же время года и развивается по одному и тому же сценарию!

Аллерголог беседует с больным дольше, чем любой другой специалист, и порой его работа напоминает работу следователя. На основании беседы врач может поставить диагноз. Далее проводится специфическая аллергологическая диагностика, включающая кожные, провокационные назальные и конъюнктивальные тесты, определение общего и специфических иммуноглобулинов E, а также осмотр ЛОР-органов и цитологическое исследование назального секрета.

Теперь о терапии. Элиминация аллергена должна быть первым условием лечения поллиноза на любом этапе течения болезни. Если она будет соблюдена на ранней стадии, может не понадобиться и медикаментозная терапия. Мы рекомендуем на время сменить климатическую зону, на ту, где аллергенные для больного растения уже отцвели или еще не зацвели. Если нет такой возможности – не выезжать за город, не выходить из дома в ранние утренние часы, когда концентрация пыльцы в воздухе максимальна, держать окна, двери закрытыми, натянуть марлю, чаще проводить влажную уборку, приобрести очиститель воздуха. Важно также соблюдать гипоаллергенную диету, исключив продукты, которые дают перекрестную пищевую аллергию.

Специфическая иммунотерапия (СИТ) является этиопатологическим лечением. Ее принцип заключается во введении больному аллергена, ответственного за сенсibilизацию, с постепенным наращиванием дозы. Эффективность этого метода достигает 80 процентов при условии проведения 4–5 ежегодных курсов лечения. Но в последнее десятилетие действенность СИТ снизилась из-за того, что мало «чистых» больных поллинозом. Более половины из них имеют сопутствующие хронические заболевания, и в этих случаях СИТ не всегда показана.

В основе фармакотерапии – применение антигистаминных препаратов. Современные средства хороши тем, что их можно принимать один раз в день, у них отсутствует седативный эффект.

И еще. У нас в институте проводятся школы для пациентов, страдающих аллергией, приглашаем их родственников и всех желающих. Это очень важно – дать людям возможность управлять своей болезнью. Они учатся тому, как себя вести в период обострения заболевания, какие правила следует соблюдать, чтобы предотвратить приступ. Благодаря этому лечение проходит значительно успешнее.

ЭЛОКОМ (МОМЕТАЗОНА ФУРОАТ) В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С. И. Данилов, В. А. Пирятинская, А. М. Лалаева, кафедра дерматовенерологии
СПбГМА имени И. И. Мечникова

При выборе лекарственного средства всегда учитывается этиология и патогенетическая сущность заболевания. При лечении кожных болезней, особенно сопровождающихся воспалительными явлениями, необходимо обращать внимание на то, что каждая стадия болезни требует различных лекарственных средств и методов их применения. Дерматолог должен знать фармакологические свойства применяемых лекарственных препаратов, которые в зависимости от формы и длительности применения могут оказать неодинаковое действие, учитывать способность кожи привыкать к лекарствам. Например, у больных, страдающих аллергодерматозами (экзема, нейродермит), кожа иногда реагирует усилением воспаления на вещества, которые обычно ее не раздражают. В дерматологической практике широкое применение находят топические глюкокортикоиды, но, однако, их использование иногда ограничено побочными эффектами.

Поэтому с большим энтузиазмом дерматологи встретили новый препарат корпорации Шеринг-Плау – **Элоком** – Мометазона фуроат, синтетический 17-гетероциклический кортикостероид.

Ценность препарата заключается в том, что он существует в трех лекарственных формах: мазь, крем, лосьон, что позволяет применять его в разных стадиях воспалительного процесса и с различной локализацией, например, на волосистой части головы. Все три лекарственных формы имеют хорошую основу, сохраняющую pH кожи. Имея высокий уровень эффективности и безопасности применения, он используется в педиатрии и гериатрии. Так, Элоком с большим эффектом применяли детям от 6 месяцев до 12 лет, страдающим атопическим дерматитом и экземой. Обращал на себя внимание тот факт, что даже при 4-х недельном использовании крема или мази не было выявлено никаких побочных осложнений, в том числе и атрофии кожи.

Отличительной особенностью Элокома в сравнении с другими препаратами является его высокая активность и низкий системный эффект (он не влияет на функцию гипофиза и надпочечников). Он не вызывает атрофии кожи, появления гипертрихоза, фолликулитов, развития вторичных инфекций, что свойственно другим кортикостероидным препаратам.

Мы изучали эффективность использования для наружного лечения препарата Элоком в виде 0,1% крема, 0,1% мази и 0,1% лосьона. Была подобрана группа больных в

количестве 73 человек, страдающих различными дерматозами: истинная экзема кожи лица и конечностей (39), диффузный нейродермит (атопический дерматит) – 21; 4 больных с ограниченными формами псориаза лица и ладоней, 6 больных с дискоидной красной волчанкой, одна больная с красным плоским лишаем и 2 больных с аллергическим дерматитом лица. Большинство из них было в возрасте от 20 до 45 лет. Все больные в зависимости от диагноза и показаний получили общую терапию. Несмотря на различные нозологические формы заболеваний, мы подбирали больных, у которых отмечалось тяжелое рецидивирующее течение болезни с выраженным зудом кожи. Наружная терапия таким больным подбиралась тяжело, так у 14 больных с истинной экземой и у 8 с атопическим дерматитом имелась непереносимость многих наружных лекарственных средств, таких как деготь, нафталан, дерматол. Для лечения 11 больных с экземой кожи лица, 2-х с аллергическим дерматитом, 8 с атопическим дерматитом, у которых отмечалась резкая гиперемия, отечность, а у больных с экземой довольно выраженное мокнутие, мы использовали Элоком в виде 0,1% крема для снятия воспалительных явлений и зуда. Крем наносили тонким слоем на пораженные участки 1 раз в день. Буквально в 1–3 сутки отмечалось значительное уменьшение мокнутия, отека, гиперемии, на 7 сутки исчезли и остаточные проявления на коже, а проявления аллергического дерматита разрешились на 5 сутки полностью.

Хороший терапевтический эффект на 5–14 день мы получили от применения 0,1% мази Элокома (монотерапия) при псориазе. Несколько медленнее, в течение до 20 дней, отмечалось уплощение и рассасывание папул при красном плоском лишае, которые разрешались не полностью.

Отдельно хотелось бы остановиться на опыте применения Элокома при дискоидной красной волчанке. В течение последних десятилетий местно применяли фторосодержащие кортикостероидные мази (флуцинар, лоринден А, фторокорт, синафлан) под окклюзионную повязку на ночь, а днем – смазывание очагов 2–3 раза в день. Поскольку фторосодержащие кортикостероидные мази при длительном применении вызывают атрофию кожи, то их применение оправдано при дискоидной красной волчанке, т. к. конечной целью при данном заболевании является получение на месте очага рубцовой атрофии. Однако, мы часто сталкиваемся с таким фак-

том, как усиление эритемы при длительном применении фторосодержащих кортикостероидных мазей за счет образования телеангиоэктазий

Элоком является кортикостероидным препаратом без содержания фтора. Самым важным свойством Элокома при выборе данного препарата явилось то, что входящий в его состав мометазона фуроат (синтетический кортикостероид) обладает не только противовоспалительным, но и сосудосуживающим эффектом. Кроме того, при длительном наружном применении он не вызывает появления гипертрихоза, вторичной инфекции, что особенно важно, так как дискоидная красная волчанка локализуется преимущественно на лице. Наружное применение Элокома сочеталось с общей терапией (делагил, препараты кальция, никотиновая кислота).

Среди больных красной волчанкой было 4 мужчины и 2 женщины. Давность заболевания колебалась от 5 до 15 лет. У всех больных процесс на коже характеризовался тяжелым, постоянно рецидивирующим течением. У 3 больных были выражены в значительной степени гиперкератотические изменения. Мазь наносили тонким слоем 1 раз в день на пораженные участки кожи. На 5–7 сутки мы отмечали уменьшение инфильтрации кожи, исчезновение чешуек, на 14–20 сутки исчезли эритема и гиперкератоз, и на местах бывших очагов сформировалась рубцовая атрофия. Терапевтический эффект не был достигнут лишь у одной больной, ввиду усиления эритемы на фоне Элокома и появления зуда, в связи с чем Элоком был отменен. У остальных 5 больных переносимость препарата была хорошей и получен терапевтический эффект.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности наружного применения Элокома в лечении аллергодерматозов, псориаза и дискоидной красной волчанки. Применение один раз в сутки Элокома в виде 0,1% крема и мази позволяет достичь клинического выздоровления, значительно сократить сроки лечения, избежать опасных побочных эффектов.

Более подробную информацию о препарате Элоком и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Шеринг-Плау по тел.: (095) 916 7100, факс: 916 7094.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КЛАРОТАДИН У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Л. В. Лусс, ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ

Аллергодерматозы в структуре аллергопатологии занимают второе место по обращаемости в научно-консультативное отделение. Если учесть, что клинические симптомы лекарственной, пищевой, инсектной, холодовой аллергии также нередко выражаются в виде кожных проявлений, становится очевидной актуальность проблемы аллергодерматозов в клинической аллергологии.

Поскольку в реализации симптомов аллергодерматозов, протекающих по разным механизмам, важнейшая роль принадлежит медиаторам, и в первую очередь гистамину, при назначении симптоматической терапии, направленной на устранение клинических признаков заболевания, особенно часто используются антигистаминные препараты, которые, блокируя H_1 -гистаминовые рецепторы, обеспечивают снижение экссудации, отека, гиперемии, зуда и других кожных проявлений аллергодерматозов. В настоящее время известно свыше 150 различных антигистаминных препаратов, нашедших широкое применение в лечении аллергодерматозов.

Появление новой генерации антигистаминных препаратов 2-го поколения, не проникающих через гематоэнцефалический барьер и лишенных побочных нежелательных центрального, холинолитического и седативного эффектов, характерных для препаратов первого поколения, расширило возможности использования препаратов второй генерации у лиц, профессия которых требует повышенного внимания и активности.

Кларотадин фирмы «Акрихин», Россия, относится к антигистаминным препаратам 2-го поколения. Он обладает выраженным противогистаминным эффектом и лишен побочных симптомов, свойственных антигистаминным препаратам первой генерации.

В клинике ГНЦ Института иммунологии проводилось открытое клиническое испытание этого препарата у больных с аллергодерматозами.

В исследование включались больные с симптомами хронической рецидивирующей крапивницы длительностью не менее 6 недель. Критерии исключения из исследования: гиперчувствительность к препарату, беременность, лактация, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, пациенты, принимавшие антагонисты H_1 -рецепторов, кетотифен, системные или местные кортикостероиды в период 2-х недель до начала исследования.

Препарат Кларотадин назначали по 1 таблетке (10 мг) один раз в сутки, непосредственно перед завтраком, в течение 4 недель.

Тяжесть клинических симптомов оценивалась в баллах во время каждого посещения

по следующим показателям: частота обострений, длительность обострений, количество и площадь высыпаний, интенсивность зуда и высыпаний, потребность в дополнительном приеме медикаментов. Тяжесть атопического дерматита оценивали по международной шкале SCORAD (от 0 до 3 баллов). Клиническая эффективность оценивалась по шестибальной шкале.

Методы исследования.

Всем больным до назначения препарата Кларотадин проводили клинико-лабораторное и аллергологическое исследование: сбор аллергологического, фармакологического и пищевого анамнеза; кожные тесты с атопическими аллергенами: бытовые (домашняя, библиотечная пыль), эпидермальные (перо, шерсть животных и птиц), пыльцевые (пыльца деревьев, злаков и сложноцветных), пищевые; выявление специфических IgE-АТ к атопическим аллергенам; клинический и биохимический анализ крови и мочи; осмотр специалистов (дерматолог, ЛОР, окулист, эндокринолог, терапевт, гинеколог и другие по показаниям).

Результаты исследования.

Мы применяли Кларотадин у 30 больных с аллергодерматозами в период клинических проявлений, возраст которых был от 23 до 56 лет. Из них 20 больных наблюдались по поводу хронической рецидивирующей крапивницы (ХРК), а 10 – по поводу атопического дерматита (АД) легкой и средней степени тяжести.

Кларотадин вводился в комплексной терапии ХРК и АД, которая включала: соблю-

дение общей неспецифической гипоаллергенной диеты по А. Д. Адо, ферменты (мезим-форте, фестал и т. п.), коррекцию микрофлоры кишечника, энтеросорбенты и др., в соответствии с диагнозом и особенностями клинического течения заболевания. Другие антигистаминные препараты, местные и системные кортикостероиды, которые бы могли затруднить оценку клинической эффективности Кларотадина, больным не назначались.

У всех обследованных больных была выявлена значительная роль атопических аллергенов в формировании заболевания.

Значительное снижение зуда и интенсивности высыпаний отмечалось уже через 2–3 суток от начала приема препарата. У больных с легкой формой крапивницы клинические проявления полностью исчезали через 2 недели приема Кларотадина, у больных со средней степенью тяжести – через 3 недели приема препарата, а у больных с тяжелой формой крапивницы зуд сохранялся и через 4 недели приема препарата, однако интенсивность высыпаний уменьшилась у 2 больных и не изменилась у одного больного.

При атопическом дерматите у всех больных отмечалось значительное снижение зуда, уменьшилась сухость кожи, лихенификация.

Препарат переносился хорошо, все больные провели курс лечения полностью.

У одного больного отмечались боли в животе после приема препарата, которые исчезли после устранения из диеты продуктов, богатых гистамином, тирамином, гистаминолибераторами, приема ферментов, а курс лечения Кларотадином был проведен полностью.

Таким образом, у 29 из 30 больных с аллергодерматозами легкой и средней степени тяжести отмечен положительный клинический эффект использования Кларотадина. Ухудшения состояния не отмечалось ни в одном случае. Отсутствие эффекта отмечалось только у одного больного с тяжелой формой ХРК.

Выводы.

– Положительный клинический эффект приема препарата Кларотадин выявлен у 96% больных с ХРК и АД легкой и средней степени тяжести.

– У всех больных с ХРК и АД на фоне приема Кларотадина отмечалось снижение интенсивности зуда, интенсивности и частоты уртикарных высыпаний.

– Переносимость препарата Кларотадин была хорошей у всех больных.

Препарат Кларотадин можно рекомендовать как эффективный антигистаминный препарат второй генерации в комплексной терапии аллергодерматозов.

Результаты аллергологического обследования больных с хронической рецидивирующей крапивницей и

Аллергены	Число больных
Домашняя пыль	19
Перо подушки	11
Библиотечная пыль	8
Шерсть кошки	5
Шерсть собаки	4
Волос человека	1
Шерсть морской свинки	1
Дафния	3
Пищевые аллергены	10
Грибковые аллергены	6
Смесь злаков	8
Польнь	4
Подсолнечник	2
Пыльца березы	4

ЦЕТРИН: ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г. Ж. Калмагамбетова, к. м. н.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения около 30% населения земного шара страдают аллергическими заболеваниями (АЗ). В России в 1985 году, по данным А. В. Боговой, общая заболеваемость всеми нозологическими формами АЗ составляла 2%. К 1996 году этот показатель увеличился до 10–15%.

Аллергический ринит встречается во многих развитых странах и поражает 10–20% общей популяции. Широкая распространенность данного заболевания приводит к тому, что из-за сезонного и круглогодичного ринита дети пропускают до 1,5 миллионов школьных часов ежегодно. В настоящее время выявлена сильная причинно-следственная связь таких заболеваний, как аллергический ринит и атопический дерматит, с бронхиальной астмой. Только одно это может быть серьезным обоснованием своевременного рационального лечения больных аллергическими заболеваниями.

Основными принципами лечения АЗ являются: устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами; обучение пациентов; специфическая иммунотерапия и фармакотерапия.

Фармакотерапия аллергических заболеваний включает пять основных групп препаратов – это антигистаминные, стабилизаторы мембран тучных клеток, сосудосуживающие средства, антихолинергические и кортикостероиды. Остановимся на первой группе препаратов.

Выделяют антигистаминные препараты (АП) первого и второго поколения. В отличие от АП первого поколения, антигистаминные препараты второго поколения практически не обладают седативным действием в терапевтических дозах, хорошо всасываются из желудочно-кишечного тракта, быстро начинают действовать, обладают длительной продолжительностью действия (до 24 часов), суммарная концентрация исходных соединений и их метаболитов достаточна для практически полной избирательной блокады H_1 -рецепторов, отсутствием тахифилаксии и отсутствием блокады рецепторов других типов.

Было обнаружено, что некоторые из новых антигистаминных препаратов, в том числе цетиризин, обладают противоаллергическими свойствами, это может способствовать улучшению диагностики и лечения аллергии. В числе таких свойств можно упомянуть:

– торможение высвобождения гистамина из базофильных клеток человека;

– блокирование выделения гистамина и частичное блокирование выделения простагландина D2 с назальным секретом пациентов с выраженной аллергией;

– прямое торможение активации эозинофилов;

– блокирование гистаминной активации эпителиальных клеток дыхательных путей путем подавления экспрессии поверхностных маркеров, участвующих в презентации антигена (например, ICAM-1, антиген HLA-DR класса II).

Сейчас, оценивая фармакологическую эффективность того или иного лекарственного средства, клиницисты все больше и больше внимания уделяют его безопасности. Так, многие исследования подтвердили, что цетиризин является одним из самых безопасных средств среди лекарств данной фармакологической группы. Это подтверждено даже в тех случаях, когда его принимали вместе с антибиотиками группы макролидов. Следовательно, озабоченность многих врачей относительно влияния антигистаминных препаратов на интервал QT на электрокардиограмме не имеет отношения к препарату цетиризин. Этот эффект не является свойством АП второго поколения.

В связи с этим обращает внимание появление на рынке антигистаминного препарата **Цетрин** (цетиризин) производства фирмы «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд».

Цетрин – это новый АП с сильным противоаллергическим действием. Он обладает выраженным сродством к гистаминовым H_1 -рецепторам. Как и другие представителели антигистаминных препаратов второго поколения, он не имеет антисеротонинового, антихолинергического действия. В обычной терапевтической дозе он практически не проникает через гематоэнцефалический барьер, и, следовательно, не влияет на центральную нервную систему и не вызывает существенного седативного эффекта. **Цетиризин практически не метаболизируется в организме, так как является фармакологически активным метаболитом гидроксизина.** В отличие от других АП цетиризин препятствует скоплению эозинофилов в очаге аллергического воспаления. Показаниями к применению Цетрина являются сезонные и круглогодичные аллергические риниты и конъюнктивиты, хроническая рецидивирующая крапивница и ангионевротический отек, аллергодерматозы. Имеющиеся данные указывают на то, что цетиризин (могут потребоваться дозы,

превышающие рекомендованные уровни) обладает некоторым бронхолитическим действием, уменьшает чувствительность бронхов к гистамину, предотвращает бронхоспазм, вызываемый физической нагрузкой и аллергенами. Показано, что цетиризин вызывает ослабление симптомов астмы у пациентов, страдающих ринитом и сезонной астмой, при приеме в течение недели и месяцев.

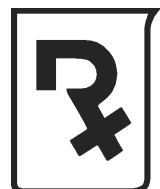
Лечение цетиризином на раннем этапе развития детей с атопическим дерматитом, сенсibilизированных к пыльце трав или домашней пыли (повышение уровней аллерген-специфического IgE выше 0,35 кЕ/л), значительно уменьшает число случаев последующего возникновения бронхиальной астмы.

Все эти данные указывают на то, что своевременное и правильное применение антигистаминных препаратов в качестве вспомогательных терапевтических средств может предотвратить появление симптомов поражения нижних дыхательных путей у восприимчивых пациентов.

Часто при лечении АЗ используют не один препарат, а несколько. Так, показано, что Цетрин в комплексной терапии больных с аллергодерматозами оказывает быстрое противозудное действие, которое сохраняется до 24 часов. Кроме того, он блокирует или значительно уменьшает проявления крапивницы. Также показано, что включение Цетрина в комплексное лечение аллергического ринита позволяет значительно повысить качество жизни пациентов.

Таким образом, на данный момент одним из эффективных и безопасных антигистаминных препаратов является Цетрин (цетиризин). Его важными достоинствами являются высокая эффективность, безопасность, отсутствие взаимодействия с другими препаратами, экономическая доступность, хорошая переносимость, удобство дозирования.

Более подробную информацию о препарате Цетрин и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд» по тел.: (095) 207 7972, 207 7956; факс: 207 5348; e-mail: omez@drreddys.ru. Http: www.drreddys.ru





ОШИБКА ИММУНИТЕТА

Аллергия... Своим рождением этот термин обязан известному австрийскому педиатру, имя которого нашим читателям хорошо знакомо. Помните реакцию Пирке, которую делали для выявления туберкулеза? Царапинка на руке и капля специального вещества – туберкулина. Возникающие на этом месте покраснения и отечность измеряли линейкой. Такую реакцию К. Пирке назвал аллергической.

С этими болезнями медики встречаются практически на всем протяжении истории человечества. Древние рукописи сообщают о кончине брата царицы Египта красавицы Нефертити (XV–XIV вв. до н. э.), наступившей вследствие укуса пчелы, – налицо случай анафилактического шока. В истории сохранилось и описание чудесного исцеления английского епископа итальянским врачом Д. Кардо (1501–1576), который диагностировал у своего пациента астму, а причиной ее признал пуховую перину. Замена перины на подстилку из другого материала, диета и специальные физические упражнения привели к полному исчезновению удушья.

Иммунология (наука об иммунитете) и аллергология (наука об аллергии) сегодня составляют единую научную дисциплину. Но так было не всегда. Аллергология – наука более молодая. По образному выражению ведущего иммунолога нашей страны, вице-президента Академии наук Р. В. Петрова, аллергия – это один из промахов иммунитета.

Отцом иммунологии принято считать великого французского ученого Луи Пастера, который вывел общий принцип стимуляции иммунитета при помощи вакцин, хотя механизмы защитного действия не были ему до конца ясны. Открытие этих механизмов связано с именами двух других великих ученых, один из которых – наш соотечественник И. И. Мечников, основоположник фагоцитарной, или клеточной, теории иммунитета; другой – Пауль Эрлих, создавший теорию образования антител, или гуморального (жидкостного, «бесклеточного») звена иммунитета. Как известно, в споре рождается истина. Мечников и Эрлих в течение 15 лет горячо отстаивали теории – каждый свою – в острых научных спорах, а правы были оба. В 1908 году им одновременно присудили Нобелевскую премию.

В XIX веке изучением причин возникновения аллергических болезней занимались лучшие русские медики: М. Я. Мудров, Г. И. Сокольский, С. П. Боткин. Последний, в частности, справедливо полагал, что различные изменения слизистой оболочки бронхов являются частой причиной приступов бронхиальной астмы. А предположение о том, что сама бронхиальная астма – аллергическое заболевание, первыми высказали в начале нашего столетия русские врачи Е. О. Манойлов и Н. Ф. Голубев.

В 1819 году в Лондоне английский врач Бостон сделал сообщение о «случае периодического поражения глаз и груди». В нынешнем понимании это поллиноз – аллергия на пыльцу растений («поллен» – в переводе с латинского «пыльца»). Бостон отметил сезонность заболевания и связь его с сеном. Позднее эту болезнь стали называть «сенной лихорадкой» (некоторые врачи и ученые до сих пор так называют поллиноз).

Большое влияние на концентрацию цветочной пыльцы в воздухе оказывают погодные условия. В сухую, жаркую и ветреную погоду концентрация пыльцы в воздухе, как правило, возрастает, что благоприятствует развитию обострений поллиноза. Дождь, наоборот, «прибивает» к земле и снижает риск развития аллергических реакций. Сенная лихорадка (поллиноз) может проявиться в любом возрасте, но чаще – между 8 и 20 годами, реже – после 40 лет.

Аллергия на домашнюю пыль (на самом деле, на клещей) наиболее часто проявляется в виде астмы и ринита, реже – конъюнктивита. Клещи домашней пыли питаются чешуйками слущенного рогового слоя кожи человека, который составляет наибольшую часть домашней пыли. Они обитают в кроватях и постельных принадлежностях (подушках, матрацах, одеялах и др.) – там, где человек теряет наибольшее количество роговых чешуек при трении кожи во время сна. Однако только роговых чешуек этим клещам недостаточно. Они живут в симбиозе с микроскопическими плесневыми грибами, обитающими в матрацах.

Очень часто у детей до двух лет возникает «диатез» или псевдоаллергия на неоправданно большое введение прикормов, нарушение сроков и порядка введения новой пищи ребенку. Часто это сопровождается нарушением микрофлоры кишечника – дисбактериозом. В таких случаях необходима консультация в первую очередь детского гастроэнтеролога, а не аллерголога.

Псевдоаллергия у ребенка проявляется тогда, когда его отнимают от груди и резко переводят на иные продукты, часто в форме детской (атопической) экземы. Следует помнить, что дети начинают лучше переносить определенные виды пищевых продуктов по мере взросления (большинство проявлений исчезает к 2–4-летнему возрасту). Естественно, это зависит от вида пищи: аллергия на рыбу или арахис продолжается дольше, чем аллергия на коровье молоко или яйца (почему – неизвестно).

Не следует путать лекарственную аллергию с другими реакциями: побочными эффектами, передозировкой, непереносимостью и псевдоаллергией (реакциями, при которых не происходит выработки специфических антител к препарату). Примеры побочного действия лекарств: антигистаминные средства вызывают сонливость, антибиотики широкого спектра вызывают понос вследствие дисбактериоза. Примером типичной непереносимости является непереносимость аспирина, которая может проявиться после первого же приема препарата (что исключает даже намек на сенсibilизацию).

Контактный дерматит вызывается различными веществами, которые можно объединить в четыре группы: лекарственные средства, косметические средства, одежда, профессиональные вредности. Обратите внимание на места, в которых возникает контактный дерматит – это поможет выявить причину. Типичным примером является появление кожных высыпаний на спине у женщин (из-за застёжек бюстгалтера). Экзема в области пупка иногда называется «аллергия на джинсовые застёжки».

Наклеивание почтовых марок часто вызывает аллергический приступ. Это происходит потому, что клей на обратной стороне почтовой марки, который облизывают языком, изготавливается из рыбьих костей.

Кожные пробы – внесение в кожу (предплечья или спины) малых количеств очищенных аллергенов в известных концентрациях. Результаты реакции можно оценивать через 20 минут. (На фотографии вы видите процесс проведения такой пробы). Проба считается положительной, если отмечается образование папулы, эритемы (покраснения) или сыпи. В отличие от распространенного убеждения, кожные пробы могут проводиться в любом возрасте.



Павел Власов

КУПЕЧЕСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ

добрыми гражданами; а вдовам совсем неимущим Сиротский суд подыскивал «пристанища, пропитание или работу, приличную их состоянию».

Введенная Екатериной II указом от 7 ноября 1775 года система управления губерний Всероссийской империи предусматривала создание в каждой губернии особых приказов общественного призрения, которым вменялась в обязанность забота о всех категориях нуждающихся. Приказы обязаны были открывать училища, приюты, богадельни, строить больницы и т. д. Этим же указом предусматривалось создание при каждом Верхнем земском суде особых органов, получивших название «Дворянской опеки» и «Городового Сиротского суда».

Дворянская опека – сословный орган, призванный осуществлять попечение о малолетних сиротах, оставшихся после смерти родителей дворянского звания, а также о вдовах и их имущественных делах.

Забота об оказании помощи нуждающимся других сословий выражена в XXI главе «Учреждений для управления губерний», получившей название «О Городовом Сиротском суде и его должности». Сиротский суд учреждался в каждом городском магистрате под председательством городского головы. В обязанности Сиротского суда входила забота о вдовах и детях купеческих и мещанских, оставшихся после мужей и родителей без призрения. Если малолетние оказывались круглыми сиротами, то Городовой Сиротский суд обязывался поместить этих детей, «судя по состоянию их» или «в общественные для сирот училища или у добродетельных людей, дабы они научились науке или промыслу, или ремеслу, и предоставлен был им способ учиниться

Желая повысить самостоятельную активность различных общественных слоев, правительство в 1785 г. издало «Городовое положение», которым ввело сословные разряды: дворянство, духовенство, купечество, мещанство, крестьянство. Каждое сословие на правах самоуправления обязано было заботиться об организации помощи нетрудоспособным членам своего сообщества.

Естественно, что потребности в социальной помощи нуждающимся и возможности ее удовлетворения в каждом сословии были неодинаковыми. Самые нижние в до-революционной иерархии слои населения – ремесленники, сезонные рабочие на отхожих промыслах, крестьяне больше всего страдали от всевозможных социальных потрясений и стихийных бедствий, но именно они располагали наименьшими возможностями организовать в рамках своего сословия решение проблемы социальной помощи нуждающимся.



Дом призрения им. Т. Г. Гурьевой

Положение удавалось несколько выправить за счет существовавшей в русском обществе идеи братского единения всех слоев на основе христианского человеколюбия и милосердия. В соответствии с этим купечество, располагая большими по сравнению с другими сословиями материальными средствами не ограничивало свои благотворительные устремления узко сословными рамками. Купеческие богадельни находились либо в семейном наследственном ведении или передавались в городское управление, но неизменным условием их существования был положенный в банк капитал, проценты с которого шли на содержание определенного числа призриваемых. Большая часть создаваемых купцами благотворительных учреждений принимала всех нуждающихся независимо от социального происхождения и вероисповедания.

В Москве в ведении купеческой управы в 1900 году находилось 12 богаделен, странноприимный дом для монахинь и одна больница. Один из благотворительных комплексов купеческого общества располагался на территории, занимаемой ныне Институтом хирургии им. А. В. Вишневского (Б. Серпуховская, 27). Начало было положено братьями Михаилом,



Богадельня им. П. М. Третьякова

Алексеем и Василием Герасимовичами Солодовниковыми, крупнейшими в Москве торговцами мануфактурным товаром. На принадлежавшей им земле Солодовниковы открыли богадельню на 150 мест. В течение ряда лет это заведение было на полном обеспечении жертвователей, а в 1874 г. согласно высочайше утвержденному уставу перешло в ведение купеческой управы. Попечителем Солодовниковской богадельни много лет состоял отец К. С. Станиславского Сергей Владимирович Алексеев. Сейчас в здании бывшей Солодовниковской богадельни находится стоматологическая поликлиника (ул. Щипок, 6-8). По соседству с Солодовниковской богадельней в 1891 г. на средства, собранные по добровольной подписке, была построена больница купеческого общества, названная Александровской в честь наследника Александра Александровича. Проектирование больницы было поручено архитектору А. С. Каминскому (зятю Павла Михайловича Третьякова). Для разработки наиболее рационального проекта А. С. Каминский вместе с доктором Покровским был командирован за границу. Они посетили Берлин, Лейпциг, Париж и другие города, где изучали архитектуру благотворительных учреждений. Больница была поставлена в восточной части территории, принадлежащей купеческому обществу рядом с Солодовниковской богадельней, обращенная лицевым фасадом в сторону улицы Щипок. Больница предназначалась для бесплатного лечения больных обоим пола, без различия званий и состояний, не моложе 16 лет, христианского вероисповедания. На лечение принимались больные, страдающие хроническими болезнями, излечение которых было признано невозможным или сомнительным. Фактически это был приют для хрони-



Александровская больница. Административный корпус

ческих и неизлечимых больных., в задачу которого входила разгрузка купеческих богаделен от «слабых» призреваемых, которые по старости или неизлечимости болезни требовали постоянного ухода и более или менее частой врачебной помощи. В 1892 г. число коек в больнице было доведено до 150. Сейчас в здании бывшей Александровской больницы размещаются различные административные и хозяйственные службы Института хирургии им. А. В. Вишневского (корпус 1, Серпуховская ул., 27).

В 1893 г. на участке, принадлежавшем Солодовниковской богадельне, было начато строительство еще одного дома призрения на 100 человек. Открытие дома состоялось 21 января 1896 г. По условиям завешания богадельня была названа именем жертвовательницы московской купчихи Татьяны Гурьевны Гурьевой, которая помимо строительства дома выделила еще 200 тысяч рублей в качестве неприкосновенного фонда для обеспечения содержания богадельни с процентов. Сейчас в здании бывшего Дома призрения им. Т. Г. Гурьевой размещается

Ожоговый центр Института Хирургии им. А. В. Вишневского. В 1905 г. на территории, примыкавшей к Солодовниковской и Гурьевской богадельням, была построена еще одна богадельня. Она была основана на средства, завещанные П. М. Третьяковым, известным филантропом и меценатом, основателем Третьяковской галереи. Проектировал

здание академик архитектуры С. У. Соловьев. Здание торцом выходит на Б. Серпуховскую улицу. Построенное в мотивах русского национального зодчества, здание было сказочно живописным. К сожалению при постройке новой институтской башни в 1960-х гг. был разрушен красивый центральный ризалит с романтическими башенками трехглавой церкви, которая организовывала всю композицию, придавая сооружению особую живописность и привлекательность.

Одновременно со строительством третьяковской богадельни С. У. Соловьев спроектировал приют для вдов и сирот художников, на устройство которого П. М. Третьяков завещал 150 тысяч рублей. Приют был построен и открыт в 1912 году неподалеку от Третьяковской галереи (Лаврушинский пер., 3).

После революции богадельни купеческого общества на Серпуховской улице были превращены в больницу им. Н. А. Семашко. В 1936 г. в зданиях бывших купеческих богаделен открылись клиники Всесоюзного института экспериментальной и клинической медицины. Это был прообраз будущей Академии медицинских наук. Его начало было положено Александром Ольденбургским, по инициативе которого в 1890 г. на базе Пастеровской станции в Петербурге был создан институт экспериментальной медицины. В 1944 г. на основе Всесоюзного института экспериментальной и клинической медицины была создана Академия медицинских наук СССР.



Богадельня Солодовниковых



Не только лекарства

Здоровый дух

Давно отмечено благотворное влияние положительных эмоций, «здорового духа» на телесный организм. Отмечено, что улучшаются обмен веществ, функции всех внутренних органов, повышается тонус мускулатуры и т. д. Положительные эмоции служат естественными стимуляторами нервной системы, мобилизуют резервы организма, а отрицательные эмоции, наоборот, угнетают их.

Испокон веков известно, что раны у бойцов заживают быстрее, если война справедливая, если в бой идут воодушевленные великой идеей освобождения Отечества.

Надежда выздоровления – в действии, в стремлении поправиться, чтобы жить, чтобы быть полезным близким, родным, и, скажу возвышенно, быть полезным еще Отечеству, людям.

Я часто вспоминаю эпизод из жизни нашего великого

медика, академика Николая Ниловича Бурденко. В сентябре 1941 года Бурденко поразил инсульт. Эта беда наслонилась на контузии, ранения (первые были еще в русско-японскую войну, в 1904 году). Академика вывозят в глубокий тыл, в Омск. Академику – 65 лет, возраст не маленький, он лишается речи, а слуха он лишился уже давно, он не может сам передвигаться. Желание быть в строю столь сильно, что он, совершенно глухой – выучивается говорить, не слыша произносимых звуков, недвижимый – начинает самостоятельно передвигаться.

Беда произошла, напомним, в сентябре сорок первого, а в марте сорок второго он пишет своему ученику: «Работаю в трех госпиталях, ставлю диагнозы, наставляю врачей, помогаю при операциях и сам делаю, изучаю последствия фронтowych ампутаций – в 98% пришлось подумать о реампутациях. Много раненых с

болезненными культями... Вспомнил об электрическом ноже, применяю его здесь, но публика ничего не понимает – пришлось учить не приказом, а показом»... В апреле все же поеду в Москву... Не могу больше быть безработным!»

В апреле 1942 года «безработный» Бурденко вновь взваливает на себя посты: главного хирурга Красной Армии, Председателя Ученого медицинского совета, директора Центрального нейрохирургического института, заведующего факультетской хирургической клиникой 1-го Московского медицинского института. Это только основные обязанности. Он продолжает делать сложнейшие нейрохирургические операции, занимается наукой: за январь – март 1942 года он написал 8 научных работ!

Бурденко – для меня образец «несгибаемого пациента», вот уж кто воистину превратил в жизнь девиз: «Надежда выздоровления в дей-



чистоте и опрятности, помощь в выполнении необходимых гигиенических действий – умывании, подмывании, причесывании, помощь при приеме пищи. Но в понятие «выхаживание» входит важнейший психологический, точнее, душевный компонент. Няня умывает недвижимого пациента. Ведь при этом можно лас-

ково спросить «Не холодна ли водица?», с легким удивлением заметить: «А вы сегодня выглядите лучше, ну и, слава Богу». «Вот мы и умылись, стали чистенькими». А можно?! Нет, лучше обойдусь без антитезы.

Голос в коридоре: «Ужинать, ужинать. Сегодня замечатель-

ный ужин. Первый раз в сезоне гречневая каша. Стала пробовать, еле отстоялась, испугалась – всех больных объемом!» (Замечу в скобках, все пациенты палаты, где я тогда лежал, всегда весело улыбались, направляясь в столовую).

...Няня входит в палату, на палке влажная тряпка, уборка. Вдруг ставит свое орудие санитарии, споласкивает руки и ворчливо (мило ворчливо): «Ишь заспался, одеяло сползло, а он и не чувствует». Няня преподавала нам всем обитателям палаты маленький, но важный урок бережного отношения к ближнему. Мы-то ходили мимо сползшего одеяла и не замечали.

Обращусь к излюбленному мною приему: взгляд со стороны заинтересованных лиц, прежде всего тех – кому *служит* (глагол – «работает», мне кажется здесь неуместным: служение, служба – куда точнее!)

БЕСЕДА ВТОРАЯ

ОСОБЫЙ МИР

Больница – заведение для приема и пользования больных; лечебница, недужница, скорбный дом, госпиталь.

В. И. Даль

ствии!». Он знал, что жизнелюбивые, оптимистично настроенные пациенты чаще покидают больницу намного раньше, чем угрюмые, раздражительные, всем недовольные.

Няня-нянечка, сестра-сестричка

В прошлой беседе я поделил много внимания личности пациента, настрою в палате, посетителям. От правильного поведения, настрою их во многом зависит и успех лечения, и выздоровление. Но психологический настрой в значительной степени определяется работой младшего и среднего медицинского персонала. Особенно в наше трудное время. И тут мне бы хотелось сказать о своем понимании известного выражения – «выхаживание больного». Чаще всего под этим понимают своевременность выполнения всех назначенных процедур: содержание пациента в

Спрашиваю заведующего неврологическим отделением:

– Что значит хорошая медсестра? Трудный вопрос?

– Нет, не трудный... Медсестра должна четко знать круг своих обязанностей и строго их выполнять. Вот и все.

– Но, простите, а скверный характер, крикливость, вызывающий костюм... .

– Да, конечно, это и многое другое имеет значение, но многое входит в круг обязанностей. Например, говорить спокойно и быть доброжелательной с больным – обязанность.

– Ну, а характер?

– А что характер?! У меня за десятилетия руководства отделением бывали медсестры со скверными характеристиками, но прекрасные специалисты своего дела и мы отлично сотрудничали.

Врач-педиатр из поликлиники на мой вопрос ответила так:

– Самое важное, чтобы медсестра по-настоящему любила детей, тогда все остальное, все необходимые навыки, четкость и даже аккуратность появятся. С сестрой, не любящей детей, быть в одном кабинете просто невозможно.

Врач-хирург был лаконичен: «Для любой медицинской сестры хирургического отделения, и, в первую очередь, операционной сестры, самое важное – абсолютная четкость. Все остальное приложится».

Руководитель терапевтического отделения отвечал обстоятельно. Он говорил о том, что медицинская сестра должна, обладать множеством добродетелей, которые и определяют полезность и необходимость ее служения: и внешний вид, и манеры, и ласковость, и предупредительность.

Затем руководитель отделения весьма подробно объяснил мне, что многие проблемы решаются сами собой, если сестра добрая христианка, человек религиозный.

А теперь обратимся к мнению другой стороны.

Первая встреча: «по одежке». Сразу бросились в глаза немислимые серьги, маникюр жгуче-бордового цвета, на лице ни тени улыбки... Но проходит время и оказывается, что прав был великий поэт, говоря, что быть можно дельным человеком и думать о красе ногтей.

И справедлива вторая часть поговорки, что «по уму провожают».

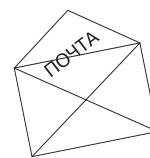
Во время дежурства «красавицы», назовем ее так, полный порядок: прослежен и прием лекарств, и все процедуры четко выполняются, и лежащие-неходящие пациенты накормлены и умыты. Как-то подзывает к своему «барьерчику» одну посетительницу: «Вы бы почаще навещали бабулю, редко бываете, она тоскует». Ишь, все примечает.

Встречается и совершенно противоположный тип, обозначу его – «ласковая». И в самом деле, встречает пациента ласковой улыбкой, воркующим голоском. И внешностью обладает самой располагающей, и одеждой, и весь облик – доброта и скромность. Но «ласковая» то и дело забывает и путает назначения врача, пропускает мимо ушей просьбы пациентов, ее любимое занятие – «ворковать» по служебному телефону. Коротче, форма не соответствует содержанию.

Наверное, мне везло – чаще встречались хорошие медицинские сестры. Навещал старенькую пациентку. В палату входит сестра-хозяйка с восторгом белья. «Девочки (а народ в палате весьма почтенного возраста), есть комсомольцы-добровольцы? Кто возьмется починить нашу дрань? Выстирать-то выстирали, а все еле дышит. Вот иголки, нитки». Палата дружно потянулась к работе, заулыбались, завздохали.

... В годы войны я дважды лежал в больнице. И с тех пор врезалось, как тогда спрашивали: «Сестрица, а не будет больно?» или просили: «Няня, я пить хочу». (Кстати, в тех местах нянями называли крестных матерей). Не люблю я, хотя и приходится, употреблять словосочетания: средний медицинский или младший медицинский персонал.

Профессор Н. Коростелев



Уважаемая редакция!

В январе этого года у меня случился инфаркт, «скорая» привезла в больницу № 52.

Сначала я оказался в реанимации, а затем в кардиологии. Работой медицинской части я остался очень доволен, и хочу поблагодарить и врачей реанимации, и медицинских сестер, а особенно – заведующую отделением кардиологии Г. В. Пуставойтенко и лечащего врача – Н. Е. Еременко.

А в марте, после серии тяжелых аритмий, я снова оказался в больнице – теперь уже № 11. Эта больница показалась мне значительно богаче больницы № 52: здесь все хорошо отремонтировано, больше и новее медоборудование, заметно лучше питание. Меня быстро поставили на ноги и, кроме того, провели полную диспансеризацию. Покидая больницу я получил очень подробный эпикриз: к нему были приложены результаты дополнительных исследований. Это очень важно, ведь когда после госпитализации приходишь в поликлинику, то приходится иногда снова проводить дорогостоящие исследования, тратить на это силы и время.

В больнице № 11 я увидел вашу газету, она мне очень понравилась. С интересом прочитал статью Н. Коростелева о больной жизни. Хочу поделиться своими наблюдениями. Больше всего в наших лечебницах угнетает тяжелый спертый воздух: буквально нечем дышать. Форточки в палатах почти всегда, особенно зимой, закрыты, и в коридорах их открывают тоже редко. На лестничных площадках страшно накурено, а ведь там стоят телефоны – больные ждут очереди позвонить домой.

В больницах не найти даже одной комнаты, куда можно было бы выйти, подышать свежим воздухом и немного позаниматься физкультурой. Я считаю, что наличие такого помещения в каждом лечебном учреждении совершенно необходимо. Желательно, чтобы оно было открыто круглосуточно. Подобную комнату я обнаружил только однажды – в челюстно-лицевом госпитале, где довелось лежать. Там собралось много больных, и каждый занимался своей гимнастикой столько времени, сколько хотел, и делал те упражнения, которые ему нравились.

Больницы должны пропагандировать здоровый образ жизни и создавать для этого условия.

С уважением

Я. Лившиц, инвалид ВОВ.

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фотокорреспонденты сделают иллюстрации.

**Контактный тел./факс 465 4854
399 8493.**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с приказом от 29.05.2000 № 181 «О ликвидации Федерального научно-исследовательского института медицинских проблем формирования здоровья Минздрава России», ликвидационная комиссия просит кредиторов НИИ направлять заявления и требования в 2-х месячный срок с момента публикации этого объявления.

МОЁ ЛЕКАРСТВО

ЛЕКАРСТВА В АПТЕКАХ ГОРОДА
ДЛЯ ВАС И ВАШЕЙ СЕМЬИ

Уважаемые коллеги!

Предлагаем вашему вниманию новый информационно-познавательный журнал "Моё лекарство". Он рассчитан на широкий круг читателей, прежде всего потребителей многообразной фармацевтической продукции, широко представленной сейчас на рынке.

Распространяться журнал будет в розничной продаже, часть тиража появится в почтовых ящиках москвичей в качестве постоянной рекламной кампании.

Приглашаем вас к сотрудничеству с нашей молодой издательней!

Журнал "Моё лекарство" читайте на здоровье!
Телефон редакции: 170-93-20, 170-93-64

MED TEX

ВИРТУАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА-МАГАЗИН
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ И УСЛУГ
www.medtex.ru

☎ (095) 124 0860 ☎ / факс: (095) 124 9767 e-mail: vita@medtex.ru

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" **32608**.

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**