

ГОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

БОЛЬНИЦА

№ 5
1999

НАУКА И ПРАКТИКА

ЦНИКВИ:
актуальные
проблемы
дермато-
венерологии

СТР. 3 - 8

Препараты для
лечения
заболеваний
кожи и ИППП



СТР. 9 - 13

НАШ ГОСТЬ
народный
артист

*Вячеслав
Невинный*

СТР. 14



*Выдающемуся ученому-дерматовенерологу,
клиницисту и педагогу, академику РАМН,
директору ЦНИКВИ МЗ РФ, председателю
Всероссийского общества дерматовенерологов,
профессору Юрию Константиновичу Скрипкину
70 лет. Поздравляем!*

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

4–7 июня в Москве в павильоне № 57 ВВЦ пройдет Международная выставка

“ЭКОЛОГИЯ БЫТА. ЗДОРОВЫЙ ГОРОД XXI ВЕКА”

Инициатива проведения выставки принадлежит общественному благотворительному движению “Здоровый город – здоровье москвичей”. Оно обратилось к международным организациям, таким как ЮНЕСКО, ЮНЭПКОМ, ООН, с предложением поддержать это мероприятие и получило одобрение с их стороны. Одновременно было получено одобрение Комитета по экологии ГД РФ, Правительства Москвы, Экологического фонда Москвы, Российской Академии Медицинских Наук, фонда “Здоровье нации”.

Цель выставки – совместными усилиями создать новую организационную модель, позволяющую активно формировать и постоянно улучшать физическую и социальную среду наших городов, организовывать ресурсы таким образом, чтобы жители могли помогать друг другу в улучшении жизни и максимальном раскрытии своих возможностей.

На выставке будут представлены следующие разделы:

ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНАЯ ПРОДУКЦИЯ
ЭКОЛОГИЯ РЕГИОНОВ
ЭКОЛОГИЯ ГОРОДА
ЭКОЛОГИЯ ЖИЛИЩА И БЫТА
ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА
ЭКОЛОГИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ
ЭКОЛОГИЯ ДЕТСТВА

Оргкомитет выставки обращается к средствам массовой информации, к руководителям предприятий, фирм и компаний, общественным, государственным и коммерческим организациям и предприятиям с предложением сотрудничества в осуществлении данного проекта как на территории России, так и за рубежом.

Контактные телефоны: 200 2134, 924 6456.

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт (ЦНИКВИ), Российское общество дерматовенерологов, Национальный фонд развития отечественной дерматологии 26–28 мая 1999 года проводят Всероссийскую научно-практическую конференцию “Современные аспекты клиники, диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, наиболее распространенных дерматозов и дерматомикозов”.

Вопросы конференции:

- Состояние проблемы ИППП, новые подходы к их диагностике и терапии
- Клинико-морфологические особенности современного течения наиболее распространенных дерматозов, тактические принципы диагностики и лечения
- Проблемы дерматокосметологии
- Новое в терапии микозов
- Профилактические и реабилитационные аспекты

Конференция приурочена к юбилейным торжествам, посвященным 70-летию выдающегося ученого-дерматовенеролога, клинициста и педагога, академика РАМН, директора ЦНИКВИ МЗ РФ, председателя Всероссийского общества дерматовенерологов, профессора Юрия Константиновича Скрипкина.

ШЕСТАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА “АПТЕКА•99”



В рамках выставки проводится

ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ АССАМБЛЕЯ

“НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ”

- КАРДИОЛОГИЯ
- ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ
- ХИРУРГИЯ
- УРОЛОГИЯ
- ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА
 - ДЕТСТВО
 - МАТЕРИНСТВО
 - СТОМАТОЛОГИЯ
 - ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА
 - ГИНЕКОЛОГИЯ

14 – 18 СЕНТЯБРЯ
МОСКВА, СК “ОЛИМПИЙСКИЙ”

Организаторы:
M.S.I. Vertriebs GmbH (Австрия)
совместно с ОАО “Фармимэкс” (Россия)



M.S.I. Vertriebs GmbH

Офис M.S.I. в Москве:
Россия, 121069, Москва, ул. М. Никитская, 23
Тел.: 7/095 290-40-13, 202-93-49
Факс: 7/095 290-60-02
Http://www.mr.ru/msi
Http://www.msi-vystavki.ru

Офис M.S.I. в Вене:
Neudeggergasse 8/2 1080 Vienna/Austria
Tel.: 43/1 402-89-54 Fax: 43/1 402-89-54-54
Http://www.msi-fairs.com
E-mail: apteka@msi-fairs.com



ФАРМИМЭКС

ОАО “Фармимэкс”
Россия, 101423
Москва, ул. Б. Дмитровка, 7/5
Тел.: 7/095 292-52-17
Факс: 7/095 292 98-89

Информационная
поддержка:



ВРАЧ ДОЛЖЕН УМЕТЬ ВИДЕТЬ И ЗАПОМИНАТЬ

Академику РАМН профессору Юрию Константиновичу Скрипкину – 70 лет. Свой юбилей он встречает во всеоружии – энергичный, бодрый, дружелюбный. Прекрасный ученый и организатор, он долгие годы руководит Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом Министерства здравоохранения России, возглавляет кафедру кожных и венерологических болезней РГМУ. Около ста учеников академика успешно работают на всех ведущих направлениях российской дерматовенерологии. Огромен список защищенных под его руководством кандидатских и докторских диссертаций, выполненных научных работ. Юрий Константинович – президент Российского научного общества дерматологов и венерологов, почетный член множества зарубежных обществ. Но, несмотря на все эти и другие титулы и звания, он демократичен в общении, с удовольствием делится своими огромными знаниями. Накануне юбилея он любезно согласился побеседовать с нашим корреспондентом.



– Юрий Константинович, вы уже несколько десятилетий занимаетесь дерматовенерологией. Какие, на ваш взгляд, самые заметные достижения были в этой специальности на протяжении последних лет и с чем они связаны?

– Прежде всего, давайте вспомним, что из двух с лишним тысяч нозологических форм – примерно тысяча триста, то есть больше половины, принадлежат кожным болезням и болезням, передающимся половым путем. Так уж исторически сложилось, что дерматология идет рука об руку с венерологией, занимаются ею одни и те же врачи. Что же касается собственно дерматологии, то необходимо учитывать, что любое заболевание кожи – отражение глубинных изменений в организме, и патогенез его достаточно сложен. То, что мы видим на коже – зачастую лишь верхушка айсберга. Поэтому подвижки и прорывы возможны лишь в результате тщательной, глубокой и многолетней исследовательской работы.

Что все-таки изменило лицо дерматовенерологии за последние десятилетия? Прежде всего это появление антибиотиков. Сейчас перестало быть проблемой лечение, скажем, сифилиса и гонореи. Лекарственные средства постоянно

совершенствуются, появляются новые и новые их поколения. Благодаря широкому спектру антибиотиков, мы можем вылечить любую инфекцию, передающуюся половым путем, кроме СПИДа. А ведь зачастую у этих больных имеется не одно заболевание, а целый букет. Наши специалисты разработали алгоритм их диагностики и лечения. В последние годы появилось достаточно много активных противогрибковых, антиаллергических и гормональных средств. Они сегодня крайне необходимы, ведь удельный вес аллергодерматозов значительно возрос. Это связано с постоянно ухудшающейся экологией.

Сейчас дерматовенерологов продолжают особенно заботить три проблемы – псориаз, грибковые заболевания и герпетическая инфекция. Здесь удалось, используя новые знания в области патогенеза, добиться значительных успехов в лечении. Так, стала ясна роль интерлейкинов 2 и 4, которые, в свою очередь, являются продуцентами В-лимфоцитов, и обуславливают усиленный рост кератиноцитов. Большую роль играют аутоиммунные воздействия. В связи с этим стало понятно, что подавить процесс могут цитостатики, такие, например, как Сандиммун. Их применение значительно увеличивает

продолжительность ремиссии. Причинный фактор псориаза еще не ясен. Хотя уже известно, что к обострению процесса, кроме стрессов и алкоголя, прямое отношение имеют самые разные, нередко скрыто текущие, хронические инфекции. Не исключена и вирусная теория его возникновения.

Продолжает оставаться актуальной и тема аллергодерматозов, как следствие все возрастающей аллергизации населения. Аллергодерматозы необходимо лечить своевременно, активно изучать патогенез этих состояний. К счастью, спектр лекарственных противоаллергических препаратов расширяется и у дерматологов появилась возможность более адекватного назначения терапии.

Интересные данные есть и по патогенезу атопического дерматита, пузырьчатых дерматозов, пролиферативных заболеваний, в том числе Саркомы Капоши, Т- и В-лимфом. Доказана преимущественная роль второго типа герпеса, передающегося половым путем. Обо все этом вам подробно расскажут сотрудники нашего института. Дерматология не стоит на месте, успехи ее бесспорны, несмотря на наличие неясностей и белых пятен. Нужно продолжать упорно трудиться.

– **Какими, на ваш взгляд, качествами должен обладать врач дерматовенеролог?**

– Он должен уметь видеть и запоминать. Обязательно много читать – без этого нельзя. Как я уже говорил, существует огромное множество заболеваний, и очень важно, чтобы, единожды увидев признаки какого-либо из них, идентифицировав болезнь, он сумел бы распознать ее и через много лет, да еще и передал бы свой опыт молодому коллеге. Врач дерматовенеролог должен быть терпелив, ведь кожные заболевания зачастую текут долго и часто рецидивируют. Он должен уметь настроить больного на длительное лечение, внушить ему уверенность, но ни в коем случае не обманывать, обещая скорое и обязательное излечение. Что касается венерических заболеваний, или как их сейчас называют, заболеваний, передающихся половым путем, то здесь очень важна конфиденциальность. Больной должен быть уверен, что врач сохранит тайну. Сейчас распространены кабинеты анонимного лечения. Я не люблю этот термин, правильнее – конфиденциального лечения. И в этих условиях врач должен убедить пациента, чтобы он не только лечился сам, но и привел тех, с кем был в контакте. Это возможно только в условиях полного доверия.

– **Сейчас бурно развивается косметология. В каких отношениях она находится с классической дерматологией?**

– Конечно, в связи с всеобщей коммерциализацией, появлением платных услуг, а услуги косметолога всегда были таковыми, ведь речь идет не о здоровье, а о красоте – количество косметологических са-

лонов растет. Само по себе это плохо, мы тоже в нашем институте организовали такие службы. Беда только в том, что косметологи не всегда хорошо знают общую дерматологию, стремятся, во что бы то ни стало, быстро достичь внешнего результата. Это не всегда удается. Естественно, что хорошие косметологи должны быть и высококвалифицированными дерматовенерологами. Только тогда удастся не просто достичь внешнего результата, но и закрепить его.

– **Юрий Константинович, что бы вы хотели пожелать себе в день своего юбилея? Каковы ваши ближайшие планы?**

– Я думаю, мне вряд ли стоит что-либо менять в своей профессиональной деятельности. Как и раньше, я собираюсь заниматься любимой дерматовенерологией, искать новые подходы к лечению, разгадывать загадки, которые она не устает мне и моим коллегам преподносить. А для этого – быть в курсе всех достижений мировой науки, сопоставлять свой опыт с опытом отечественных и зарубежных коллег. Это не просто слова – это стиль жизни, если хотите.

А что меня тревожит? В России появились колоссальные проблемы с инфекциями, передаваемыми половым путем у детей и подростков. Статистика удручает – за счет этого контингента наблюдается рост числа всех заболеваний более чем в 45 раз! И это при том, что регистрация их из рук вон плоха. Где регистрируют эти заболевания? В детприемниках, в милиции, при случайных задержаниях детей и подростков. Как оказалось, даже в Москве лечить таких детей негде. Вы понимаете, как трудна эта задача – ведь здесь, кроме медицин-

ских, есть еще определенные психологические и социальные трудности. Удручающе высок уровень насилия взрослых над детьми. Это не только сексуальное насилие и детская проституция, к сожалению, цветущая сегодня махровым цветом. Это и элементарные побои, грубость в семье, пьянство взрослых. Все это гонит подростка на улицу, где он зачастую попадает на самое дно и становится токсикоманом и наркоманом, личность его разрушается очень быстро.

Наш институт высказал предложение, поддержанное министром здравоохранения В. И. Стародубовым, расширить свою базу конкретно для оказания помощи этой трудной категории больных. Мы видим в этом свой долг! Так за чем же дело стало? Мы присмотрели помещение бывшего детского сада № 541 на Ереванской улице, д. 13а. Госкомимущество отдало нам это здание, нашли деньги на ремонт – министерство дало, оно же согласно оплачивать работу целого штата сотрудников. Казалось бы, все в порядке. Ан нет! Префектура Южного административного округа г. Москвы (префект А. В. Беляев), не идет навстречу этим гуманным целям! Мы, конечно, боремся, но у меня совершенно нет уверенности в благоприятном исходе этой борьбы. А ведь мы могли бы быстро развернуть там койки по лечению врожденного сифилиса и койки для лечения детей, заразившихся этой и другими инфекциями, передаваемыми половым путем. Надо только, чтобы институту не ставили палки в колеса.



В канун юбилея академика Юрия Константиновича Скрипкина мы решили поговорить за “круглым столом” с его учениками и сотрудниками об актуальных проблемах науки, которой они посвятили свою жизнь. Но сначала – несколько слов об Учителе. Что значил он в жизни участников нашей беседы, какой он руководитель и человек?

СКРИПКИН – ОН ТАКОЙ...

В. А. Аковбян

– Юрий Константинович нестандартный, в каком-то смысле просто уникальный человек. Трудно даже сказать сразу, почему. Ну, во-первых, чисто характерологические черты. Это человек, который не помнит зла. Он может иметь с вами самый резкий разговор, на самых высоких нотах и он докажет вам, что вы не правы, вы это поймете. Но если вы профессионал, если вы нужны институту, он найдет все же какие-то слова, дающие вам надежду. А назавтра вы можете встретиться так, как будто этого разговора не было. Он дает возможность человеку проявить себя с лучшей стороны, а если он оступился – исправить ошибку.

Скрипкин, конечно, прекрасный организатор, но все же, главным образом, он – ученый. Такого человека, который мог бы схватить идею на основании только одного слова, я более не встречал. Он сидит, слушает людей и сразу же делает обобщенный, синтетический вывод из всего сказанного! Он и документы читает так: несколько секунд и суть ясна. Директор по любому поводу проводит обмен мнениями. Это принцип! Он никогда не жалеет на это времени, всех выслушает и даст свою оценку каждому выступлению. Каждому!

А. А. Кубанова:

– Юрий Константинович – мой единствен-

ный учитель, других у меня не было. Я пришла ординатором на кафедру кожных болезней, руководимую им, и, после окончания ординатуры, прошла под его руководством весь свой путь – была аспирантом, младшим научным сотрудником, он руководил моей кандидатской и докторской диссертациями. Так получилось, что у меня в жизни было всего два места работы – его кафедра и институт, руководимый им же. Мои научные интересы лежат в сфере научных интересов Юрия Константиновича, мы являемся с ним соавторами многих работ. После защиты докторской, я стала заведовать отделением клинической дерматологии, потом стала заместителем директора института сначала по лечебной, а потом – по научной части. Вот так, начиная с 1974 года, под его руководством складывалась моя карьера. Жизнь сделала мне этот подарок, и я никогда не сомневалась в правильности моего выбора.

С. М. Федоров:

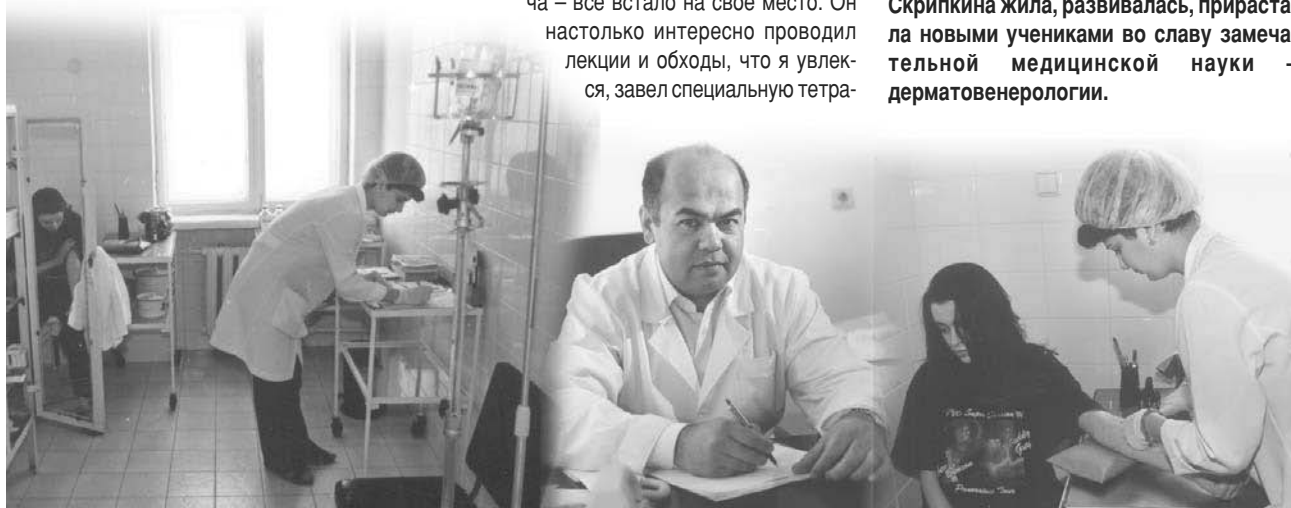
– У Юрия Константиновича свыше ста учеников. Я счастлив, что нахожусь в их числе, работаю со своим учителем более четверти века. Начинал ординатором на кафедре, но тогда даже не собирался быть дерматологом, мне больше нравилось заниматься неврологией. А с появлением в моей студенческой жизни Юрия Константиновича – все встало на свое место. Он настолько интересно проводил лекции и обходы, что я увлекся, завел специальную тетра-



В. А. Аковбян

дочку, записывал туда все мази, которые он называл, пытался лечить друзей и знакомых. Скрипкин влюблял студентов в свою специальность! Я до сих пор благодарен академику Скрипкину, за то, что я стал тем, кем я стал. Какой он человек? Внешне – мягкий, но внутри достаточно жесткий, уверенный в себе человек. Поэтому никогда не мелочится, не опускается до мести, затаенного недоброжелательства, он великодушен, доступен. Кабинет открыт для всех. Любая санитарка знает, что если с ней обошлись несправедливо, он обязательно выслушает и без лишних слов поможет. Никогда не вмешивается в текущие дела отделений: обсудили идею, приняли решение – работайте! Вот такой он руководитель.

Так или примерно так отзываются о Юрии Константиновиче все, с кем нам довелось беседовать в ЦНИКВИ. Настоящий ученый, демократичный, но и требовательный руководитель. Пожелаем же ему в юбилейном году здоровья, сил, успехов во всех его нелегких начинаниях. Мы хотим, чтобы школа академика Скрипкина жила, развивалась, прирастала новыми учениками во славу замечательной медицинской науки – дерматовенерологии.



В беседе за нашим “круглым столом” приняли участие член-корреспондент РАМН, заместитель директора ЦНИКВИ профессор Анна Алексеевна Кубанова, зав. отделом инфекций, передающихся половым путем профессор Ваган Армаисович Аковбян, зав. консультативно-поликлиническим отделом профессор Сергей Маркович Федоров, ведущий научный сотрудник Инна Александровна Чистякова и зав. отделом микологии профессор Жанна Васильевна Степанова.

Создание формуляров и стандартов лечения различных заболеваний – чрезвычайно важный вопрос, особенно в связи с развитием страховой медицины. В ЦНИКВИ проделана огромная работа, касающаяся изучаемых институтом заболеваний. Что стоит за ней?

ФОРМУЛЯР И СТАНДАРТЫ. ДЛЯ ЧЕГО ОНИ НУЖНЫ?

А. А. Кубанова:

– Страховая медицина все глубже внедряется в нашу жизнь. Это требует определенной стандартизации работы. Отсутствие стандартов затрудняет жизнь и врачу, и пациенту. Министерство поручило нашему институту разработать формуляры и стандарты по нашему профилю. Такая работа проведена, на конгрессе “Человек и лекарство” мы докладывали ее результаты. Теперь формуляры и стандарты должен утвердить Минздрав, а затем будут выпущены нормативные акты.

Что такое формуляр? Это список лекарственных препаратов и описание их свойств. А стандарты определяют, какие именно лекарства наиболее рекомендованы для лечения того или иного заболевания.

Больной может обратиться

с жалобой в страховую компанию, если лечение не принесло ему облегчения, а стандарт не был соблюден. С другой стороны, врач, лечащий согласно стандартам, защищен авторитетом тех ученых, которые эти стандарты определяют.

В. А. Аковбян:

– Многие врачи боятся, что стандарты ущемят их право на творчество. Как будто бы у них сегодня нет своих штампов, причем доморощенных, которые не меняются годами! Вы творите, но оглядывайтесь на авторитет ведущих ученых. Не хочет врач лечить по стандарту, следовать совету эксперта – не надо, но тогда пусть он запишет в историю болезни, почему он этого не делает и какие у него на это есть основания.

Как лекарство попадает в стандарт? Вначале собирается вся зарубежная и отечественная печатная информация по данному веществу. Если препарат совсем но-

вый и информации по нему недостаточно, то учреждение, по поручению Фармкомитета, проводит специальные испытания. Нарботав свой опыт, сравнив его с данными литературы, мы начинаем говорить о включении препарата в стандарт. Кстати, на конгрессе “Человек и лекарство” были довольно острые дебаты и даже претензии со стороны ряда отечественных производителей по поводу того, что их препаратов нет в стандартах. Но оказалось, что об этих новых лекарствах почти никто ничего толком не знает, они испытывались всего в одной или двух клиниках. Дешевое отечественное – не должно быть главным показателем для включения лекарства в стандарт. Необходимы независимые многоцентровые исследования, подтверждающие его высокую эффективность, только после этого можно говорить о включении препарата в формуляр и стандарт.



А. А. Кубанова



ГЕРПЕС, МИКОЗЫ, ПСОРИАЗ

Наших читателей интересуют не только современные стандарты лечения, но и новое в изучении патогенеза дерматологических заболеваний. Какие гипотезы отрабатываются в лабораториях института?

С. М. Федоров:

– Наше отделение много занимается герпетической инфекцией. Мы создали у себя специальный кабинет, где лечим больных всеми видами этого заболевания. Второй тип герпеса – Herpes genitalis – передается половым путем. Некоторые данные говорят о том, что от 30 до 50% населения заражены этим вирусом, имеется носительство. Коварство его состоит в том, что вирус, единожды попав в организм, больше никуда из него не уходит. В этом смысле проблема, скажем, гонореи решается гораздо проще – ее легче обнаружить и вылечить. Частота обострений при герпесе зависит от того, в каком состоянии находится иммунная система макроорганизма. Стоит человеку перенести стресс, простуду, переутомиться – и герпес выходит наружу. Если же иммунитет в хорошем состоянии, то вирус “дремлет” в нервных ганглиях спинного мозга и до поры до времени не беспокоит.

Поэтому если мы, обнаружив вирус, не знаем состояния иммунитета – то лечение может оказаться просто бесполезным. Когда к нам приходит больной с обострением, мы берем у него кровь на анализ, соскобы со всех слизистых и делаем заключе-

ние. Скажем, в одном случае в крови обнаруживаем активный герпетический процесс – тогда начинаем длительно лечить внутренними препаратами, а если на слизистых обнаруживаем минимальную активность вируса – то применяем другую схему лечения. Комплекс лечебных методов включает в себя ряд современных препаратов, способствующих поднятию противовирусного иммунитета. Это препараты типа Зовиракса, Валтрекса, отечественного Ацикловира. И вторая группа препаратов – так называемые иммунокорректоры – Тимолин, Ликопид и т. д. Третий способ лечения – физиотерапия, где ведущим является лазер. Мы разработали два метода: лазерное облучение очагов и, после того, как они пройдут, лазерное облучение крови – чрескожное, без повреждения стенки вены. Этим мы добиваемся быстрой нормализации иммунитета, причем, ремиссия длится гораздо дольше. Все эти методы предложены для включения в стандарты обследования и лечения больных герпетической инфекцией.

Есть новые данные и по патогенезу этого заболевания. У нас проведены интересные параклинические исследования, благодаря которым мы первыми в мире обнаружили, что вирус герпеса может внедряться в сперматозоиды. Значит, заражение возможно уже при зачатии ребенка.

Проводятся исследования по иммунному механизму взаимодействия вируса с организмом человека. При помощи электронного микроскопа прослеживаем взаимоотношения вируса и им-



С. М. Федоров

мунокомпетентных клеток, что позволяет более четко представлять механизмы развития герпетической инфекции. Кроме того, что все эти методики имеют практическое значение – они помогают более точно прогнозировать и контролировать ход лечения.

Уже доказано, что хроническое течение герпеса может привести к развитию рака шейки матки. Тут роковую роль играет папилломавирус, который также относится к группе герпеса. Поэтому профилактика рака невозможна без коррекции этого состояния. У нас имеется специальный гинекологический кабинет, где занимаются лечением остроколических кондилом, бородавок половых органов, которые также напрямую связаны с герпесом.

Ж. В. Степанова:

– Все возрастающая миграция населения, ухудшение экологии и материальных условий жизни – вот предпосылки для увеличения количества грибковых заболеваний. Самые распространенные среди них – микозы стоп.



Арсенал лекарств в настоящее время вполне достаточный, в отделении микологии изучались все средства, поступающие сегодня в аптеки. Первым был Кетоконазол (низорал). Изучая его, нам, например, удалось помочь группе больных с хроническим генерализованным гранулематозным кандидозом. Кстати, это была тема моей докторской диссертации. Пациенты болели с детства, наблюдались по 15–20 лет, лечить было нечем – отечественные препараты Леворин и Нистатин были малоэффективны. Но знание патогенеза, выявление опасной роли эндокринных и иммунных нарушений, в сочетании с хорошим противогрибковым средством, позволило получить терапевтический эффект при лечении. Позже появились другие препараты – вначале Дифлюкан, который эффективен у больных с гранулематозным и генитальным кандидозом, затем – Ламизил, эффективное средство в борьбе с онихомикозом. Последние три года проводим испытания Орунга. Из отечественных препаратов на первом месте был и остается Гризеофульвин, который применяется для лечения микозов с поражением



Ж. В. Степанова

волосистой части головы. Во всем мире эти поражения – трихофития и микроспория – широко распространены и занимают второе место после онихомикоза. Несмотря на то, что Гризеофульвин применяют с 60-х годов, он не утратил своей эффективности.

Вот как могут выглядеть стандарты лечения при различных формах грибковых заболеваний. При грибо-

вых заболеваниях волосистой части головы (микроспория, трихофития): сначала – Гризеофульвин, затем Ламизил. При онихомикозе – из системных препаратов Гризеофульвин, Орунгал, Ламизил, и в добавление к ним – препараты местного действия. При кандидозах – Низорал, Дифлюкан, Пимофуцин.

И. А. Чистякова:

– Псориаз – тяжелое и трудно поддающееся лечению заболевание. Как правило, болеют люди молодого возраста, чаще – мужчины. Они страдают и морально, и физически: причем поражается не только кожа, но и суставы, что влечет за собой потерю трудоспособности. Многие пациенты-мужчины склонны к приему алкоголя, у них нарушается функция печени, что сужает возможности лечения.

Сегодня накопилось достаточно много данных о генетическом происхождении этой болезни. Она может существовать в латентном состоянии очень долгое время, а проявиться под действием неблагоприятных факторов, стрессовых ситуаций.

В последнее время появились новые методы лечения, которые, хотя и не излечивают псориаз полностью, но улучшают качество жизни больных, помогают достигнуть хорошей клинической ремиссии. Я бы выделила основные – преформированные физические факторы – ПУВА-терапия и селективная фототерапия. ПУВА-терапия – это применение длинноволнового ультрафиолетового спектра на фоне получения больным фотосенсибилизаторов. Взаимное влияние фотосенсибилизаторов и длинноволновой части спектра дает очень хороший эффект, особенно при тяжелых формах. Кроме того, можно сочетать ПУВА-терапию с синтетическим витамином “А”-ретиноидами (препарат Тигазон или Неотигазон). Ретиноиды способствуют уменьшению дозы лучистой энергии и более быстрому эффекту.

К этим лечебным методам не возникает привыкания, их можно применять несколько раз в год. Конечно, есть и противопоказания – заболевание печени и почек, артериальная гипертензия, диабет и т. д.

В тяжелых случаях также применяются цитостатические препараты (Метотрексат), препараты из группы циклоспорина-А (Сандиммун, Неорал). Дозировки используют неболь-

шие, но достаточные для цитостатического эффекта.

Раньше были большие трудности при лечении псориаза волосистой части головы. Теперь в нашем арсенале есть аэрозоли и лосьоны, в со-



И. А. Чистякова

став которых входят кортикостероиды с добавлением салициловой кислоты, что способствует более глубокому проникновению лекарств в кожу.

Лечение псориаза проводится с учетом общего состояния больного: назначаются успокаивающие средства, нормализующие нервную систему, витамины группы В, средства, влияющие на функцию печени. Не стоит списывать со счета возможности курортов: Сочи, Мацесты, Южного берега Крыма. Состоятельным пациентам будет полезно посетить Мертвое море в Израиле. Но помните: на курорт нельзя ехать в остром периоде!

Если подытожить все сказанное о лечении псориаза, можно сделать вывод: все предлагаемые методы направлены на иммуносупрессию, на подавление пролиферации. Диагностика же, кроме визуального осмотра, строится на гистологическом исследовании кусочков больной кожи, рентгенологическом исследовании суставов, исследовании ногтей, которые при псориазе дистрофически изменяются. Очень важно начинать лечение при первых признаках обострения. Тогда можно обойтись селективной фототерапией или даже солярием.

**Материалы подготовили
М. Куккулевич и Т. Нефедова.
Фото В. Афанасьева.**

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 фурурат, 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 рН 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 имела переносимость 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 разрешились не полностью.

Отдельно хотелось бы остановиться на опыте применения Элокома при дискоидной красной волчанке. В течение последних десятилетий местно применяли фторосодержащие кортикостероидные мази (флуциндар, 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 фактом,

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 фурурат (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.



БЕЛУПО ХОРВАТИЯ



BELUPO

Белодерм® (бетаметазон дипропионат) – это кортикостероидное средство для наружного применения в дерматологии, предназначенное для лечения дерматозов, чувствительных к терапии глюкокортикостероидными гормонами (ГКС). По степени эффективности относятся к III классу (“сильных”) ГКС для наружного применения. Препарат производится в форме крема и мази, содержащих 0,05% бетаметазона дипропионата.

Белогент® (бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат) – это комбинированный препарат для наружного применения, содержащий ГКС бетаметазона дипропионата и антибиотик широкого спектра действия из группы аминогликозидов – гентамицин. Препарат производится в форме крема и мази, содержащих 0,05% бетаметазона дипропионата и 0,1% гентамицина сульфата.

Бетаметазона дипропионат оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, антиэкссудативное и противозудное действие, а гента-

Белосалик® – это комбинированный препарат для наружного применения, предназначенный для лечения дерматозов, сопровождающихся гиперкератозом.

Препарат производится в форме мази, содержащей 0,05% бетаметазона дипропионата и 3% салициловой кислоты и лосьона, содержащего 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты в водно-спиртовом растворе.

Бетаметазона дипропионат обладает противовоспалительным, противоаллергическим и

бетаметазона дипропионат обладает противовоспалительным, противоаллергическим, антиэкссудативным и противозудным действием. Характеризуется быстро наступающим сосудосуживающим эффектом, что уменьшает его абсорбцию и тем самым риск развития системных побочных явлений.

Показания к применению: экзема и экземоподобные заболевания кожи (с острым, подострым и хроническим течением), острые неаллергические дерматиты (солнечный и другие фотодерматиты, укусы насекомых и т. п.), себорейный дерматит, атопический дерматит, псориаз, дискоидная красная волчан-

ка, красный плоский лишай, кожный зуд.

Способ применения и дозы. Белодерм® наносят тонким слоем на пораженную поверхность 1–2 раза в день, утром и вечером. Курс лечения не должен превышать 14 дней. Выбор лекарственной формы зависит от характера поражения: крем рекомендуется наносить на влажные и мокнущие поверхности, а мазь применяют при сухих, лихенизированных и шелушащихся поражениях. При локализации поражений на лице препарат применяют кратко-временно.

Противопоказания: гиперчувствительность к бетаметазону дипропионату, вирусные инфекции кожи, туберкулез

кожи, ветряная оспа, осложнения после вакцинации, розацеа, угри обыкновенные, грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи.

Побочные явления: угревые высыпания, фолликулит, телеангиэктазии, а также некоторые другие, типичные для наружных кортикостероидов.

Форма выпуска: тубы 30 г.

Препарат может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

БЕЛОДЕРМ

ка, красный плоский лишай, кожный зуд.

Способ применения и дозы. Белодерм® наносят тонким слоем на пораженную поверхность 1–2 раза в день, утром и вечером. Курс лечения не должен превышать 14 дней. Выбор лекарственной формы зависит от характера поражения: крем рекомендуется наносить на влажные и мокнущие поверхности, а мазь применяют при сухих, лихенизированных и шелушащихся поражениях. При локализации поражений на лице препарат применяют кратко-временно.

Противопоказания: гиперчувствительность к бетаметазону дипропионату, вирусные инфекции кожи, туберкулез

кожи, кожные проявления сифилиса, кожные реакции после вакцинации, ветряная оспа, розацеа, угри обыкновенные.

Побочные явления: возможны жжение, зуд, раздражение кожи, угревидные высыпания, фолликулит, гипертрихоз, гипопигментация, а также некоторые другие, типичные для наружных кортикостероидов.

Форма выпуска: тубы 30 г.

Препарат может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Белосалик® – это комбинированный препарат для наружного применения, предназначенный для лечения дерматозов, сопровождающихся гиперкератозом.

Побочные явления: возможные зуд, раздражение кожи, угревидные высыпания, фолликулит, гипертрихоз, телеангиэктазии, а также некоторые другие, типичные для наружных кортикостероидов.

Форма выпуска: тубы 30 г, флаконы 50 мл.

Препарат может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

БЕЛОГЕНТ

кожи, кожные проявления сифилиса, кожные реакции после вакцинации, ветряная оспа, розацеа, угри обыкновенные.

Побочные явления: возможны жжение, зуд, раздражение кожи, угревидные высыпания, фолликулит, гипертрихоз, гипопигментация, а также некоторые другие, типичные для наружных кортикостероидов.

Форма выпуска: тубы 30 г.

Препарат может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

БЕЛОСАЛИК

кожи, туберкулез кожи, кожные реакции после вакцинации, ветряная оспа, розацеа, угри обыкновенные.

Побочные явления: возможные зуд, раздражение кожи, угревидные высыпания, фолликулит, гипертрихоз, телеангиэктазии, а также некоторые другие, типичные для наружных кортикостероидов.

Форма выпуска: тубы 30 г, флаконы 50 мл.

Препарат может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

ОРУНГАЛ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Ж. В. Степанова, доктор медицинских наук, ЦНИКВИ

В настоящее время под наблюдением находятся 138 больных онихомикозом, которым проводилось лечение **Орунгалом** по методу пульс-терапии, из них закончили лечение 129. Отдаленные результаты в сроки от 1,5 до 2 лет были изучены у 79 пациентов.

Орунгал рекомендовали больным с поражением матрикса ногтя, т. е. когда другие методы лечения были бы неэффективными. У 80% больных с гипертрофической формой поражения удаляли инфицированные участки ногтей после размягчения 20% уреапластом, или они это делали самостоятельно с помощью микоспора – крема для лечения ногтей.

Всем больным онихомикозом, включая и с кандидозным поражением, назначали 3 цикла пульс-терапии.

Клинический осмотр больных проводили после каждого цикла, затем каждые 2 месяца в период от 6 до 12 месяцев по мере отрастания ногтей. Для изучения отдаленных результатов больных осматривали через 1,5–2 года от начала лечения. Микроскопическое исследование назначали через 3 месяца, затем после отрастания ногтей, а при необходимости в более ранние сроки. Больного считали излеченным при отрастании клинически здоровых ногтей и отрицательных анализах на грибы.

У больных онихомикозом стоп (кистей) через 5–6 недель от начала лечения наблюдалась положительная динамика: ча-

стично или полностью разрешались высыпания на коже межпальцевых складок, подошв, ладоней, на пальцах кистей начался рост здоровой ногтевой пластины. Через 8 недель полностью нормализовалась кожа на кистях и стопах, отмечался рост здоровых ногтей на пальцах стоп. У больных молодого и среднего возраста ногтевые пластины на пальцах кистей отрастали на 2/3, на стопах на 1/3. Через 3 месяца на пальцах кистей у 9 больных ногти отросли полностью, на стопах – на 1/2. Через 4 месяца было отмечено выздоровление у остальных больных с поражением ногтей на пальцах кистей. На стопах излечение наблюдали в сроки от 4 до 6 месяцев – у лиц среднего возраста и от 6 до 10 месяцев – старше 50 лет.

Через 9 месяцев от начала лечения выздоровление было получено у 69 человек (86,3%), из них у 62 больных онихомикозом, обусловленным дерматофитами, и у 7 больных кандидозным поражением. У 10 больных рубромикозом отмечалось улучшение – частичное отрастание здоровых ногтей, причем у 4-х больных пораженными оставались ногти на 4-х пальцах стоп. Неудачи наблюдались у больных с артрозами, сосудистыми заболеваниями нижних конечностей, одна больная не проводила регулярно дезинфекцию обуви. Через год констатировано излечение еще у 4-х больных и процент излечения составил 89,8%.

В сроки от 1,5 до 2 лет рецидивов забо-

левания не наблюдалось.

Переносимость Орунгала была удовлетворительной. Побочные эффекты наблюдали у 8 больных (10%): незначительные нарушения желудочно-кишечного тракта, тяжесть в области головы, зуд кожи, не требующие отмены препарата.

Таким образом, на основании двухлетнего применения Орунгала больным онихомикозом по методу пульс-терапии и изучения отдаленных результатов в течение 1,5–2 лет можно сделать следующее заключение:

1. Больные предпочитают проводить лечение Орунгалом благодаря удобной схеме приема препарата.
2. Удаление инфицированных ногтей с помощью уреапласта или бифоназол-мочевинного крема при гипертрофической форме поражения, использование средств корригирующей терапии, регулярное проведение дезинфекции обуви способствует повышению процента излечения и сокращению сроков до отрастания здоровых ногтей.
3. С увеличением срока наблюдения за больными после окончания приема Орунгала (3 цикла) повышается процент излечения, по собственным данным, с 86,3% (через 9 месяцев) до 89,8% (через 12 месяцев).
4. Препарат обладает хорошей переносимостью, побочные эффекты, не требующие отмены, наблюдались у 10% больных.

ЮНИК



Экодакс (эконазол 1%) крем – противогрибковый препарат широкого спектра действия для наружного применения. Обладает высокой активностью в отношении основных возбудителей микозов гладкой кожи и волосистой части головы, в том числе – *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton tonsurans*,

Microsporum canis, *Microsporum audouini*, *Microsporum gypseum*, *Candida albicans* и некоторых грамположительных бактерий.

Основные показания – дерматомикозы, трихофития, микроспория, эпидермофития, кандидоз, разноцветный лишай, “стопа атлета” и др.

Режим дозирования – крем наносят тонким ровным слоем на пораженные участки кожи два раза в день (утром и вечером) и слегка втирают.

Экодакс хорошо проникает во все слои кожи. В эпидермисе, в среднем и рого-

вом слоях дермы обнаруживаются достаточные для подавления активности дерматофитов концентрации на протяжении нескольких дней. При этом **Экодакс** всасывается в кровь в минимальном количестве. У большинства больных уменьшение основных клинических симптомов заболевания, чувства жжения и зуда кожных покровов, наблюдается уже к концу 1-й недели лечения, а клиническое выздоровление – через 3-4 недели от начала терапии.

Крем **Экодакс** удобен в применении, легко впитыва-

ЭКОДАКС

ется не оставляет пятен на одежде.

Противопоказания – повышенная чувствительность к препарату. Не рекомендуется применять препарат в течение I триместра беременности и в период лактации. Следует избегать попадания препарата в глаза.

Более подробную информацию о препарате Экодакс и возможностях его закупки можно получить в Представительстве фирмы “Юник Фармасьютикал Лабораториз” по адресу: 123242, Москва, ул. Садовая Кудринская, 3, тел.: (095) 254 7902, 254 7579, факс: (095) 254 8382.

ЛЕКАРСТВО ИЗ «АПТЕЧКИ БОЙЦА», КОТОРОЕ ДОЛЖНО БЫТЬ В КАЖДОМ ДОМЕ

Когда нашей оборонке разрешили «переводить мечи на орала», мы сначала поверили, что нас завалят качественными товарами, сделанными по последнему слову техники. Но в продаже появилась масса второсортных изделий, которые пытались представить как плоды сверхсекретных разработок оборонного комплекса. Заметное место среди них занимали препараты, обещающие исцелить если не все болезни, то их добрую половину. Чего только стоят некоторые виды целлюлозы. Благодаря назойливой рекламе им создавали имидж секретных препаратов. В действительности, испокон веку эта целлюлоза использовалась как добавка в пищевой промышленности. Возможно, в армейской кухне ее добавляли несколько больше, чем на гражданке, из целей экономии. Но на этом военные секреты целлюлозы заканчивались.

И все-таки, военная промышленность подарила гражданской медицине несколько лекарств. Самое заметное среди них – **Амиксин**.

О препарате рассказывает главный инфекционист России Мэлс Турьянов:

– Амиксин создавался как препарат экстренной профилактики и защиты от вирусных инфекций. Он должен был войти в аптечку бойца. Но потом, в силу ряда обстоятельств, патент на это лекарство Советский Союз продал Соединенным штатам. Там препарат под фирменным названием Телорон очень широко исследовался, попал в орбиту противоопухолевых средств. Но как раз это препарат и погубило. Для противоопухолевого эффекта требовались очень большие дозы, и в экспериментах было показано, что они оказались токсичными, вызывали гибель клеток. Из-за этого американцы потеряли интерес к препарату. А в России нашлись люди, которые возродили препарат именно для тех целей, для которых он и создавался первоначально – для повышения устойчивости организма. С начала 1996 года Амиксин стал широко применяться для лечения и профилактики многих инфекционных заболеваний, его часто применяют для профилактики гнойных осложнений в хирургии. Инфекционисты им интересуются по самому широкому кругу нозологических форм. Опыт двухлетнего применения Амиксина показывает, что Минздрав принял совершенно правильное решение, рекомендуя препарат в практическое здравоохранение. Я согласен с этим и по той причине, что он в 12 - 14 раз дешевле, чем рекомбинантные интерфероны, необходи-

мые для лечения многих вирусных заболеваний.

Сегодня Амиксин является самым мощным индуктором интерферона, который можно применять перорально. Он одновременно стимулирует выработку всех трех видов интерферона – альфа, бета и гамма. Благодаря тому, что интерферон стимулирует в организме выработку антивирусных белков, Амиксин обладает очень широким противовирусным действием. Препарат отлично сочетается со всеми противовирусными средствами. В исследованиях убедительно показано, что добавление к базисной терапии Амиксина существенно облегчает течение болезни, препятствует ее хронизации и предупреждает возможные осложнения.

Например, в сравнении с группой больных гепатитами, получавшими базисную терапию и плацебо, Амиксин укорачивал время выздоровления на десять дней. На его фоне на одиннадцать дней быстрее проходили желтуха и цитолитический синдром. Сравнительный анализ Амиксина с препаратами интерферона и другими мощными индукторами этого вещества показал преимущество отечественного лекарства перед ними.

На кафедре профессора Турьянова исследования по Амиксину проводятся уже третий год: «У нас очень положительное впечатление по противовирусной эффективности препарата при вирусных гепатитах. Мне известны исследования по ВИЧ-инфекции, в частности в Калининграде, где самые высокие темпы прироста этой «чумы XX века». Там проводятся наблюдения за течением гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных, получены очень убедительные положительные результаты. Как по гепатитам, протекающим на фоне ВИЧ, так и по самой ВИЧ-инфекции».

Впечатляющая картина была при лечении больных рецидивирующим генитальным герпесом. Добавка Амиксина к традиционной терапии ацикловиром увеличивает период ремиссии более чем в три раза. Как показали маркетинговые исследования, Амиксин является одним из самых популярных лекарств для лечения герпеса. Сегодня большая часть этого препарата покупается для борьбы именно с этой болезнью. Интересно, что в отличие от прямых препаратов против вируса герпеса, резистентность к Амиксину не развивается.

Препарат используется в лечении многих других заболеваний. Уже есть исследования по успешному применению Амиксина

при клещевом энцефалите, туберкулезе, урогенитальном хламидиозе, рассеянном склерозе и других болезнях. Можно не сомневаться, препарат будет расширять сферу своей деятельности, ведь универсальные механизмы, стимулирующие выработку интерферона и оказывающие иммуномодулирующее действие, могут быть полезны при массе заболеваний.

Отдельного разговора заслуживает применение Амиксина для профилактики и лечения гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ). В этом году столичный комитет здравоохранения решил использовать препарат для профилактики простудных заболеваний среди медиков. Известно, что этот контингент имеет самый высокий риск заразиться гриппом и ОРВИ. Московские медики получают Амиксин бесплатно. Безусловно, такой выбор свидетельствует о признании этого нового препарата профессионалами.

У Амиксина есть четыре замечательных качества, необходимых для профилактики и лечения респираторных вирусных инфекций. Во-первых, он действует долго и для профилактики его достаточно принимать один раз в неделю. В таком режиме с Амиксином можно пережить всю эпидемию, которая редко длится более двух с половиной месяцев. Во-вторых, у препарата широкий спектр действия. Он работает не только против вирусов гриппа, но против вирусов вообще, ведь интерферон – противовирусный белок и ему все равно, с каким вирусом он сражается. В-третьих, вирусы гриппа и ОРВИ не могут приспособиться к Амиксину и выработать на него противоядие. В-четвертых, как и прочие индукторы интерферона, Амиксин стимулирует иммунитет, предупреждая осложнения гриппа. Это очень важно, ведь страшен не сам грипп, а его осложнения.

У больных ОРВИ Амиксин показал неожиданные результаты. Он разрушил известную народно-медицинскую мудрость: «Если простуду не лечить, она пройдет через семь дней, если лечить – то через неделю». На фоне Амиксина основные симптомы этих болезней излечивались в полтора-два раза быстрее.

Вне всяких сомнений, Амиксин является одним из самых ярких препаратов, разработанных отечественной промышленностью. Он заслуживает того, чтобы быть в каждой домашней аптечке наравне с аспирином.

И. Мягких,
кандидат биологических наук

ГЛАКСО ВЭЛЛКОМ

GlaxoWellcome

Валтрекс (валацикловир) – противовирусный препарат, специфический ингибитор ДНК-полимеразы вирусов герпеса. Блокирует синтез вирусной ДНК и репликацию вирусов.

Активен *in vitro* в отношении Herpes simplex 1 и 2 типа, Varicella zoster и Epstein Barr, цитомегаловируса и человеческого вируса герпеса 6 типа.

Показания. Лечение опоясывающего герпеса; лечение и профилактика заболеваний кожи и слизистых оболочек,

вызванных вирусом простого герпеса, в том числе впервые выявленный и рецидивирующий генитальный герпес; профилактика цитомегаловирусной инфекции у пациентов с иммунодефицитами (при ВИЧ-инфекции, трансплантации органов и костного мозга, химиотерапии по поводу онкологических заболеваний).

Фармакокинетика. После приема внутрь валацикловир хорошо абсорбируется из ЖКТ, быстро и практически полностью превращается в ацикловир и L-валин. Максимальная концентрация аци-

кловира после однократного приема 500–1000 мг валацикловира равна в среднем 15–25 мкмоль/мл и достигается в среднем через 1,5 часа после приема. Связывание с белками плазмы очень низкое (15%). Период выведения после однократного и повторного применения равен примерно 3 часам; выводится с мочой практически полностью.

Побочное действие. Со стороны ЖКТ: редко – тошнота; со стороны НС: редко – головная боль.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к валацикловиру, ацикловиру.

ВАЛТРЕКС

Особые указания. Пациентам пожилого возраста в период лечения Валтрексом необходимо увеличить объем потребляемой жидкости. При отсутствии выраженных нарушений функции почек коррекции режима дозирования не требуется. Опыт клинического применения препарата у **детей** пока не достаточен.

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в Представительстве фирмы Глаксо Вэллком по адресу: 117418, Москва, ул. Новочеремушкинская, 61. Тел.: 258 6722; факс: 258 6723.

РИОФАРМА

Циаркум – новый комплексный стерильный препарат, обладающий антимикробным, антисептическим и анестезирующим действием. Препарат разработан группой сотрудников медицинской службы Военной академии Генштаба ВС РФ. Клинические испытания прошли в ведущих клиниках МЗ РФ и Минобороны РФ. Препарат защищен патентом РФ. Разрешен к медицинскому применению приказом Минздрава от 13.02.96 г.

Применяется при лечении ожогов, язв, гнойных ран, тре-

щин сосков молочных желез, трофических язв, экземы, стрептодермии, опоясывающего лишая, абсцессов, укуса насекомых, псориаза, нейродермита, пролежней, фурункулов, карбункулов и др.

Лечение ожогов, отморожений, ран проводят путем санации очага поражения с последующим наложением марлевой салфетки, обильно пропитанной Циаркумом, затем накладывают повязку. Процедуру проводят 1–2 раза в день в зависимости от количества гнойного отделяемого.

В дерматологии – наружное применение в форме компресса, примочек и протирания тампоном, смоченным препаратом 2 раза в день. При лечении псориаза и нейродермита дополнительно принимают препарат внутрь по 50 мг два раза в день за 15–20 мин. до еды.

Лечение геморроя, ран прямой кишки и урологических заболеваний – микроклизма (50–70 мл препарата) на ночь.

Профилактику и лечение гриппа, ОРВИ, ангины, тонзиллита, ринита, гайморита –

вести путем закапывания в нос по 4–5 капель и полоскать горло 2–3 раза в день.

При длительном и частом применении возможно появление сухости кожи, проходящей самостоятельно после отмены препарата.

Противопоказания – индивидуальная непереносимость.

Более подробную информацию можно получить по тел./факсу (095) 431 9551. Купить препарат можно в Рио-Фарме (ул. Профсоюзная, 78, тел.: 332 9514), в аптеке № 45 (тел.: 431 1991, 131 3110).

ЦИАРКУМ

ЮВИМ

Превентан (биологически активная добавка к пище) – иммуномодулятор нового поколения. Действие препарата основано на включении физиологических процессов и может обеспечить выход в реконвалесценцию, а затем в ремиссию, создавая этим благоприятные условия для лечения основного патологического процесса.

В ДКБ № 1 г. Екатеринбург препарат назначался группе из 130 детей, имеющих показания для иммуномодуляции. Одним из лабораторных показателей к назначению

было наличие положительной чувствительности лимфоцитов к нему в нагрузочных тестах. После курса лечения у всех детей отмечалось улучшение самочувствия, повышение аппетита, усиление физической активности. Во всех группах наблюдалась положительная динамика основных клинических проявлений. Например, непрерывно рецидивирующая герпетическая инфекция купировалась и не рецидивировала, выраженная положительная динамика кожного процесса отмечалась у детей с атопическим дермати-

титом, вплоть до полного купирования. Регистрировалась положительная динамика лабораторных данных: достоверно уменьшился лейкоцитоз – с $9,26 \times 10^9$ г/л до $8,14 \times 10^9$ г/л, повысилось фагоцитарное число – с 4,5 до 6,03, наблюдалась тенденция к снижению концентрации иммуноглобулина Е в сыворотке крови с 326 мЕ/мл до 218 мЕ/мл. Изменилась чувствительность лимфоцитов к регуляторным пептидам, содержащимся в различных препаратах иммуномодулирующего действия. Это особенно важно, так как Пре-

вентан назначался детям, имеющим клинические показания к иммуномодуляции регуляторными пептидами, в том числе костномозгового происхождения, но проведение ее было невозможным из-за отсутствия положительной чувствительности клеток к этим препаратам.

Более подробную информацию о препарате и о возможности его приобретения можно получить в Центре иммунокоррекции по адресу: 109029, Москва, ул. Нижегородская, д. 32. Тел.: 278 9540; факс: 278 8514.

ПРЕВЕНТАН



ДЛЯ МЕНЯ ЭТИ ЛЮДИ СВЯТЫЕ...

Гость сегодняшнего номера газеты – народный артист СССР, артист МХАТ имени А. Чехова Вячеслав Михайлович Невинный, актер необычайно популярный и по работам в театре, и по ролям, которые он сыграл в кино и на телевидении.

– Вячеслав Михайлович, как вы относитесь к своей популярности – мучает она вас, угнетает или, наоборот, дает силы жить?

– Я к популярности своей отношусь очень просто. Представьте себе, что вы живете в большом доме, где довольно много соседей, которых вы знаете только в лицо. Естественно, что утром, идя на работу, со всеми здороваетесь. Так вот, для меня двор, где ты как бы всех знаешь, и тебя все знают, расширяется до размеров страны. И если на улице с тобой кто-то здоровается или приветливо улыбается, я понимаю, что здесь ничего особенного нет. И когда незнакомый человек вдруг подходит и радостно хлопает тебя по плечу, нельзя делать вид, что это возмутительно. Хотя само по себе это, действительно, возмутительно. Одно дело, когда узнавание сопровождается восторженными улыбками, просьбами автографа, другое – когда к тебе подходят и говорят: “Слушай, как фамилия? Вот мы тут поспорили...” Я в таких случаях провокационно отвечал: “Моя фамилия Смоктуновский”. Какowo же бывало мое потрясение, когда в ответ на это слышал: “Ну вот, я так и знал!” Значит, эти люди смотрят на нас как на собак – это колли или бульдог? Они не знают, что сегодня, в конце XX века, на прошедшего мимо знаменитого человека, популярную личность нельзя так бесцеремонно реагировать. Если бы они это понимали, то актеры могли бы свободно ходить по улицам, появляться в магазинах. Высшая форма популярности – когда тебя видят, но не трогают. До этого мы когда-нибудь, возможно, дорастем.

– Обычно мы видим вас в кино и на телеэкране в амплуа веселого человека, который оптимистичен до такой степени,

что кажется – с ним трагедий нет и быть не может. А какой вы в жизни?

– Действительно, мой сценический образ в русском театре назывался “простаком”, “рубашечным героем”. Но с возрастом это амплуа становилось все более тесным, хотелось его расширить. Я до сих пор мечтаю о ролях, в которых есть драматические финалы, не говоря уже о трагических. Актерская индивидуальность обычно используется довольно стереотипно, поэтому если предлагают роли глубокие, с размышлениями я всегда счастлив и готов работать с таким материалом. Хотя просто смешной артист – это очень много. Заразить людей своим оптимизмом, сарказмом, чтобы они с тобой вместе смеялись – это, пожалуй, не легче, если не труднее, чем вызвать слезы.

– И, все-таки, Вячеслав Михайлович, какой вы в жизни человек – не в творчестве, а в личной жизни? Я недавно разговорила с одним бизнесменом, который произвел на меня впечатление невероятно скрытного человека. Так вот, по его мнению, все люди играют. “А артисты, – сказал он, – еще больше играют. Они никогда не бывают искренними”. Неужели это так?

– Я – всякий. Я – занудный, я – веселый, я люблю своих родственников и ставлю их на пьедестал своей любви. Жизнь течет, и я на нее реагирую по-разному. Ведь жизнь – тоже творчество. Однажды Горький сказал: “Смысл жизни вижу я в творчестве, а творчество самодавлет и безгранично”. Мне бы с вашим бизнесменом поговорить с глазу на глаз. Когда он заявляет, что артисты все неискренние и везде играют, ему можно возразить: “Им есть, где играть. В то время как у вас сценической площадки нет. Когда актеры выходят за кулисы, то играть они либо просто устают, либо им это уже не нужно. Значит, искренность у актера остается, а вот у бизнесмена – трудно сказать”.

– Теперь вопрос совсем из другой оперы: вы любите поесть? И, если – да, то что?

– Да, у зрителей может сложиться впечатление, что такой толстый человек наверняка поесть любит. Это не так. Я не люблю вспоминать, но раз уж речь зашла, то признаюсь, что в молодости был значительно тоньше, спортом занимался почти профессионально – велосипед на треке. Я – тульский, а в Туле это первый вид спорта. Потом серьезно заболел. Врачи сразу предупредили: лечить будут гормональными препаратами, поэтому бегать, говорят, будешь и артистическая твоя деятельность продолжится, но потолстеешь.

Я подумал тогда, что толщина к моей ин-

дивидуальности подойдет, моим ролям она не мешает, а, наоборот, придает некоторое правдоподобие.

А вообще мне очень нравятся восточные блюда, сам люблю готовить плов по-узбекски, знаете, такой желтый, с луком. У меня он неплохо получается.

– Ваше отношение к дружбе. Умеете ли вы дружить, любите друзей и какие у вас друзья?

– В актерской среде слово “дружба” чрезвычайно редко, ибо театр – субстанция современательная. Поэтому с друзьями тяжело. А к дружбе я отношусь очень серьезно, своих однокурсников считаю чуть ли не братьями и сестрами. Так получилось, что мы сумели сохранить теплые отношения. Владимир Терентьевич Кашпур – мой однокурсник, Татьяна Лаврова – однокурсница. Моим ближайшим другом был покойный Евгений Урбанский. С актерами театра у меня хорошие товарищеские отношения. Почти дружеские! Трудно сказать дружеские – почти. Это можно сравнить вот с чем: при жизни никогда не говорят об артисте – “художник”. Надо почему-то оказаться в гробу, чтобы над твоим телом кто-то сказал: “Какой художник от нас ушел!”.

– А как вы относитесь к начальству?

– С ранних лет я себя помню, как нерадивого, анархичного типа, невыносимого для тех, кто воспитывает и руководит. Поэтому то и дело слышал: “Выйди из класса!” С начальством отношения тоже нередко были обостренные. И вовсе не потому, что я какой-то там капризный. Понимаете, я чрезвычайно редко видел на посту начальника человека, соответствующего этому названию. Если же я такого видел, то возникало не только чрезвычайное уважение, но и любовь. Так что начальник начальнику рознь.

Любовь к режиссеру возникает после того, как он скажет: “А я предлагаю делать вот так”. И объяснит – как. Интерес предложенных творческих задач, выворачивающих тебя наизнанку, всегда влюбляет в режиссера. Актеру хочется, чтобы режиссер его позвал в бескрайние дали, оторванные от земли, от того места, где мы сидим. Каждый режиссер это, конечно, понимает и хочет увлечь. Но чаще всего он только делает вид, что куда-то зовет. На самом деле ты думаешь: “М-да, я интересней. Я – интересней!” И тогда пропадает всякое уважение и начинается просто отбывание номера, то есть лишенная творческого начала служба. Хороший режиссер редок так же, как и хороший актер.

– Вот мы с вами, Вячеслав Михайлович, говорили о пище, о творчестве, а что вы скажете о том, что происходит сегодня в

нашей стране? Или вы считаете – это дело политиков, а вы просто играете на сцене?

– Мне бы на этот вопрос отвечать не хотелось. Я стою на такой позиции, что каждый должен заниматься своим делом. Некоторые мои коллеги увлеклись политикой. Но я думаю, что они занимаются не своим делом, потому что очень плохо его делают. Я чрезвычайно болезненно отношусь к тому, что происходит вокруг меня. Я страдаю. И поэтому людей, которые делают вид что-то делают, воспринимаю с неуважением и даже с презрением. В результате дело, которым я занимаюсь, оказалось не нужным правительству, руководству нашей страны: на культуру они смотрят сквозь пальцы, отпуская из бюджета сами знаете какой процент. На это я реагирую соответственно: «Раз тебе не нужен, не нужен и ты мне, дорогой друг».

– Вячеслав Михайлович! Когда вы полтора года назад попали в больницу, многие за вас переживали и бесконечно радовались вашему выздоровлению. Но мой вопрос касается тех, с кем вы столкнулись во время болезни – врачей, медсестер. Что вы можете сказать о милосердии вообще и о милосердии людей в белых халатах в частности?

– В силу своей приверженности делу, которым я занимаюсь, я всегда ценю в человеке человечность, гуманизм. А что касается моих встреч с медициной, то могу сказать совершенно определенно: для меня эти люди святые. В последний раз я оказался, как говорится, на передовом крае Института Склифосовского. Использую военную терминологию потому, что им пришлось буквально вытаскивать меня с того света. Я благодарен всему институту и хирургическому отделению, в котором оказался, и лично профессору Игорю Владимировичу Шаргенову, который меня поставил на ноги. Я никогда, и думаю не один я такой, забыть этого не смогу.

– Вячеслав Михайлович, а ведь одна из ваших последних работ, роль доктора Чебутыкина в чеховских «Трех сестрах», человека, который тоже спасает людей.

– Конечно. Только тот доктор, которого я играю, уже не может этого делать, но гуманизм его направлен к этому.

– А мне кажется, одно то, что именно вы играете доктора, помогает людям, сидящим в зале, жить менее тяжело и драматично.

– Спасибо. Я, знаете, много видел докторов в «Трех сестрах», как, впрочем, наверняка и вы. И горжусь тем, что играю эту роль совершенно иначе. Таких Чебутыкиных еще не было.

– Таких добрых!

– Это неважно какой. Но вот такого не было. Что же касается человеческого милосердия, то я совершенно не сомневаюсь: оно не иссякнет никогда, как родник.

Наталья Савватеева

ДОМ ПРИЗРЕНИЯ

Был момент в истории России, когда богатые люди хотели отличиться и поделиться не «крутизной» машин и дач, а тем – кто больше даст денег на нужды бедных и больных. Материальная база Московской городской управы на рубеже XIX – XX в. в. была еще недостаточной для решения всех социальных вопросов, поэтому пополнение бюджета городских благотворительных учреждений осуществлялось в значительной

зывается Коронационное убежище было построено в 1901 году Московской городской управой по решению городской думы в честь коронавания «их императорских величеств». Это учреждение представляло собой больницу для хроников. Проектировал Коронационное убежище архитектор А. П. Обер. Было выстроено два одинаковых по плану и декоративной отделке корпуса – один для взрослых, другой детский.



степени за счет этих пожертвований. Купцы и промышленники строили благотворительные учреждения, а затем передавали их городу, оставляя предпочтение создаваемым ими учреждениям и обеспечивая их существование соответствующим капиталом.

Богатые купцы, братья Баевы, владельцы крупной обувной фабрики, решили тоже оставить Москве добрую память о себе. На устройство Дома призрения братья пожертвовали 400 тысяч рублей, из которых 100 тысяч предназначались на строительство учреждения, а 300 тысяч обращались в неприкосновенный капитал на содержание дома с процентов.

На улице Короленко находится ансамбль живописных зданий, принадлежащих сейчас Центральному научно-исследовательскому кожно-венерологическому институту. До революции здесь находилось два функционально связанных между собой благотворительных учреждения: Московское городское коронационное убежище и Дом призрения имени И. Д. Баева-старшего. Так на

Общее число мест составило около 300. Наряду с лечением для детей была организована воспитательная работа и учеба. В частности, при убежище существовала Школа живописи, валяния и зодчества. По проекту архитектора А. Ф. Мейснера во дворе построено живописное здание церкви.

По соседству с Коронационным убежищем, в 1902 году, братья Баевы и построили свой приют для неизлечимых больных. По желанию жертвователей Дом призрения получил имя И. Д. Баева-старшего в память их покойного брата, основателя обувной торгово-промышленной фирмы.

Двухэтажный дом приюта с полуподвалом был рассчитан на 150 человек. Первый этаж занимали женщины, второй – мужчины, в полуподвале находилась кухня, общая с Коронационным убежищем. Приют строился архитектором И. С. Кузнецовым, автором такого значительного сооружения, как Деловой двор на Варварской площади (пл. Ногина).

Павел Власов

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 фото-корреспонденты сделают иллюстрации.

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

Медоборудование из клиник Германии

в отличном состоянии, с гарантией, дёшево!

Список в интернете:

<http://www.v-block-medserv.de>

Например: Рентгеновский аппарат
передвижной Philips MSD 105
от 21 тыс. USD

Тел.: 8-10-49-911-4801312

Факс: 8-10-49-911-4801311

V-Block Medical Service Nürnberg

Калужский медико-технический лазерный Центр ЛАН РФ

производит и поставляет:

- лазерные терапевтические аппараты на полупроводниках: «Узор-2К», Улей-2К», «Улан-БЛ-20», «Урат-01», аппарат ВЛОК, магнитные и световодные насадки для лазеротерапии, лазерные указки;
- аэроионизаторы «Люстра Чижевского».

Лучшие лазеры России – для Вас!

Адрес: 248640, г. Калуга, Россия, ул. Театральная, 33/13, КМТЛЦ.

Тел./факс: (0842) 57 02 77 – круглосуточно.

E-mail: pf25@hotmail.com.

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854, 465 4445

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. Издается 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. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445

www.dataforce.net/~hospital; E-mail - hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

ЦЕНА
ДОГОВОР-
НАЯ