

# НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!*

# БОЛЬНИЦА

№ 12  
1998

НАУКА И  
ПРАКТИКА  
**80 лет**  
НИИ фтизио-  
пульмонологии  
ММА имени  
И. М. Сеченова

стр. 2 - 8

**По примеру  
земских  
врачей**

Акция  
медиков  
Подмосковья

стр. 9

Лекарства  
и медицинская  
техника

стр. 10 - 16

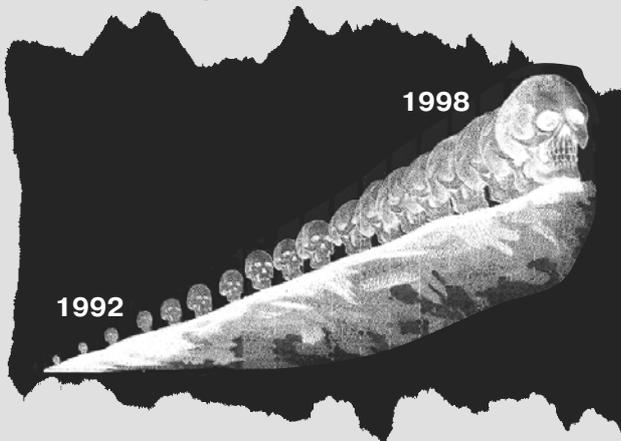


*Академик РАМН М. И. Перельман: “Наивно думать, что хорошо поставленное лечение может решить задачу. Без улучшения социальных условий справиться с туберкулезом нельзя!”*

стр. 2 - 3

В современном мире от туберкулеза людей погибает больше, чем от 37 других основных инфекционных заболеваний вместе взятых, включая чуму, холеру, малярию, СПИД и другие. Треть населения земного шара заражена туберкулезом, и в течение ближайших 10 лет от этой инфекции погибнет примерно 30 миллионов человек.

За восемь месяцев 1998 г. заболеваемость туберкулезом среди населения России выросла на 8,15% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, в том числе среди детей - на 12,4%.



На протяжении 70 - 80-х годов в России происходило неуклонное снижение показателей заболеваемости туберкулезом. Этому способствовала созданная в стране специализированная государственная система контроля за туберкулезной инфекцией, включающая целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Прогрессивный рост заболеваемости начался с 1992 года. В настоящее время происходит не только увеличение показателя заболеваемости, но и нарастание частоты тяжелых запущенных форм туберкулеза, с которыми отечественные фтизиатры не встречались с 50-х годов.

До недавних пор в России работало более десяти тысяч врачей-фтизиатров, коечный фонд насчитывал 83 тысячи больничных и более 30 тысяч санаторных коек. Во всех регионах функционировала сеть диспансерных учреждений - от головных республиканских, краевых, областных до городских и районных противотуберкулезных кабинетов. В настоящее время, когда противотуберкулезная служба финансируется из рук вон плохо, нет возможности полностью использовать весь набор традиционных методов борьбы с туберкулезом, разработанных отечественными фтизиатрами, но основные из них должны быть сохранены как национальное достояние.

**Туберкулез и онкология - вот главные враги, борьбе с которыми он посвятил свою жизнь. Михаил Израилевич - заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова, оперирующий хирург-консультант ЦКБ. Он четырежды лауреат Государственной премии, последняя, Государственная премия РФ, получена им в прошлом году. Недавно к его многотрудной деятельности прибавилась еще одна забота - он стал директором НИИ фтизиопульмонологии ММА имени И. М. Сеченова.**

**В декабре институт отмечает свое 80-летие. Поздравляем коллектив с юбилеем. Этот номер газеты - наш скромный подарок.**

**- Михаил Израилевич, недавно вы стали директором НИИ туберкулеза. Вас поздравить или посочувствовать?**

- На базе института много лет располагалась кафедра фтизиопульмонологии ММА им. Сеченова, которой я ранее заведовал. Несколько месяцев назад по предложению Минздрава РФ ректор академии М. А. Пальцев дал согласие включить институт в структуру академии. Когда встал вопрос о директоре - остановились на моей кандидатуре, хотя я этого совсем не хотел - очень загружен в ЦКБ, на кафедре. Но пришлось согласиться. Положение с финансами сегодня, прямо скажем, катастрофическое. Здесь директору надо посочувствовать. Институт громадный, пять больших отделов - терапия, хирургия, лабораторный отдел, научно-организационный, отдел информатики. Коллектив ученых, соответствующий масштабы и серьезности поставленных задач.

Вот на столе лежит постановление правительства о выделении громадных денег для решения проблемы туберкулеза в России. Это Государственная программа, она принята, но ни копейки по этой программе никто еще не получил.

Институт имеет богатую историю. Это первый институт в нашей стране, который был организован в 1918 году, сразу после революции. В зданиях, построенных в начале 19-го века, он находится с 1920 года. Кстати, в хирургическом корпусе, где до революции располагалась Мариинская больница для бедных, в 1812 году лежали раненые французы вместе с русскими. И совершенно мирно сосуществовали. Я держал в руках отчет о том, какой ущерб нанесла французская оккупация больницы: пропали 28 байковых одеял, было разбито несколько стекол, да еще итальянские драгуны увели лошадей со двора. И все. Еще один интересный факт: для памятника Достоевскому, который стоит во дворе больницы, скульптору С. Д. Меркулову позировал молодой Александр Вертинский. Вообще об истории можно говорить много, но сегодняшняя ситуация не располагает к воспоминаниям...

**- Вопрос, который волнует наших читателей: в России много лет вакцинируют новорожденных БЦЖ. Почему же это не помогает нам справиться с туберкулезом?**

- Я очень уважаю иммунологию - если она сделает что-то хорошее, то это очень эффективно. Так, например, произошло с открытой Пастером вакциной против оспы - ликвидировали оспу во всем мире! Прививки против столбняка, дифтерии, полиомиелита - очень эффективно! Иммунология открыла у человека группы крови, а это дало возможность переливать кровь. Дальнейшие достижения позволили пересаживать не только ткани, но и целые органы. Великая наука! Что касается туберкулеза, то здесь, на мой взгляд, она не доработала. Вакцина БЦЖ была создана Кальметтом и Гереном в начале 20-х годов, прошло около 80 лет. И что?

Туберкулез как был, так и есть. Эта вакцина лишь несколько ограничивает развитие его генерализованных форм, несколько облегчает течение болезни, но не защищает от туберкулеза, иногда дает осложнения. Так что здесь для иммунологии огромное поле деятельности, и иммунологи этим занимаются.

При всех социальных катаклизмах туберкулез тут же начинает поднимать голову. Он особенно процветает при большой миграции населения, во время войн, при недостаточном питании, плохих жилищных условиях и нервно-психологических стрессах. У нас сегодня все эти факторы налицо. Вот во время первой мировой войны в России в тылу умерло больше людей от туберкулеза, чем погибло на фронте, но на это мало обращают внимания. На фронте человека убили мгновенно и все это увидели. От туберкулеза умирают медленно, к этой смерти привыкают. Но - на фронте погибло 1 250 000 человек, а от туберкулеза - больше 2 000 000!

#### **- А как обстоит дело с этой болезнью в других странах?**

В Западной Европе одно время туберкулеза было мало. Меньше всего в таких странах, как Швеция, Норвегия, Дания, Голландия, Бельгия. Мало его было и в Англии, несмотря на плохой климат. А в последние лет десять число заболевших туберкулезом увеличилось и в этих странах. Много мигрантов - турки, югославы. В США тоже в последние годы больных туберкулезом стало



### **Академик РАМН Михаил Израилевич Перельман - ведущий торакальный хирург страны, почетный член Международного общества хирургов**

гораздо больше, особенно в Нью-Йорке, где даже стоял вопрос о туберкулезной эпидемии. Но самое большое, подавляющее число больных в Африке, Юго-Восточной Азии, Индии, Латинской Америке. У нас официальная заболеваемость 74 на 100 000 населения. Это значит, что в год заболевает туберкулезом примерно 110 000 человек. Это много, но эта цифра, конечно, занижена. Особенно серьезное положение в пенитенциарной системе, там заболеваемость в 60 раз превышает среднестатистическую. Люди эти недисциплинированные, покидая тюрьмы и колонии, на учет не встают, не лечатся, пропадают, как говорится, несут инфекцию в массы.

Без улучшения социальных условий справиться с туберкулезом нельзя! Когда-то академик Е. М. Чазов сформулировал положение о том, что состояние здоровья населения зависит от медицины не больше чем на 20 - 25%. А все остальное - это социальные условия, экология, культура. Вода, пища, воздух, условия и стиль жизни. То же самое можно сказать о туберкулезе. Наивно думать, что хорошо поставленное лечение может решить задачу.

#### **- А какова доля собственно хирургии в лечении туберкулеза?**

- Я вам скажу довольно точно. На сегодня оперируют около 3% всех больных. Мы же считаем, что цифра эта должна быть поднята до 8 - 10%. Конечно, основной метод лечения туберкулеза - специфическая антибактериальная терапия. Раньше она длилась до двух лет, сейчас - по новым схемам лечения - от 6 до 8 месяцев. Но есть ряд больных, которых антибактериальной терапией вылечить невозможно. Сюда относятся больные с мультирезистентными формами туберкулеза, больные с осложненным течением и с некоторыми последствиями туберкулеза. Если взять суммарно, то это и будет почти каждый десятый больной. Иногда, для ускорения терапии и для более полноценного излечения можно и шире применять хирургические методы. Так называемые малые резекции легких в наше время стали операциями почти безопасными для жизни. Благодаря успехам анестезиологии, хирургии, показания к этим операциям можно ставить широко - практически 8 - 10% больных от всех впервые заболевших, нуждаются в хирургическом

лечении. Однако в мире это лечение распространено мало, по одной причине - дорого.

Мы провели в 1997 году в Москве первую Международную конференцию по хирургии туберкулеза легких, которая прошла с большим успехом в Доме ученых Российской академии наук. Среди участников были представители 22 стран мира.

Возможности хирургии в лечении туберкулеза достаточно широки: можно, при необходимости, удалить все легкое, долю легкого, сегмент легкого, но иногда бывает достаточно удалить лишь маленькие участки легочной ткани, отдельную туберкулему. Хирургам по силам ликвидировать плевральный гнойный мешок, сделать резекцию ребер для спадения легкого, провести коррекцию искусственного пневмоторакса при помощи видеоторакоскопии.

#### **- Михаил Израилевич, я знаю, что вы из династии врачей. Расскажите немного о своем пути в медицине.**

- Да, отец у меня был хорошим общим хирургом. Почти всю жизнь проработал в Белоруссии, лишь после войны короткое время - в Ярославле. Там я и окончил медицинский институт, стал заниматься хирургией. Сначала я был тоже классическим общим хирургом - с головы до ног. Легочной хирургией стал профессионально заниматься в Новосибирске у Евгения Николаевича Мешалкина, а с 1963 г. - в институте у Бориса Васильевича Петровского. Он предложил мне заведовать торакальным отделением. Конечно, его школа очень хороша! Самое главное, чему мы все у него научились - клиническому подходу к больному. Спустя год Петровский, который был главным хирургом Кремля, привел меня в Центральную Клиническую Больницу и сказал главному врачу: "Отныне операции на грудной клетке будет делать этот молодой человек". И с тех пор, вот уже 34 года, я там оперирую и консультирую.

**Интервью с академиком и репортаж из института  
подготовил специальный корреспондент газеты Ми-  
хаил Кукулевич. Фото Владимира Афанасьева.**

Этому замечательному архитектурному ансамблю скоро исполнится двести лет. На фронтоне одного из зданий стоит дата - 1805 год. Другое сооружение, возведенное на средства Московского присутствия Опекунского совета учреждений императрицы Марии Федоровны, с самого начала предназначалось больнице для бедных. Божий дом - так окрестила ее народная молва. В 1821 - 1837 годах в больнице работал штаб-лекарем М. А. Достоевский, отец великого писателя. Федор Михайлович родился здесь же, во флигеле для персонала, где жили его родители. Об этом напоминает мемориальная доска на флигеле, музей-квартира и памятник писателю перед фасадом одного из корпусов, а улица, которая раньше звалась Божедомкой, теперь носит имя Достоевского.

Сегодня в этих стенах сражаются с одним из самых страшных недугов человечества - туберкулезом. Учреждение, о котором мы хотим рассказать, называется НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова. Совсем недавно это был Российский НИИ туберкулеза МЗ РФ. Но перемена титула не изменила главного - это действительно настоящий национальный штаб борьбы со страшным недугом. Чем же занимаются его подразделения?



## МИЛОСЕРДИЕ ИЗ ВЕКА В ВЕК

Отделом эпидемиологии и организации противотуберкулезной помощи населению руководит доктор медицинских наук профессор М. В. Шилова. Отдел уже давно выполняет роль головного, с этими функциями не расстанется и сейчас. Он осуществляет связь с регионами, работает над медицинской статистикой и по эпидемиологии, и по организации противотуберкулезной службы. Сотрудникам приходится проводить работу с представителями территорий, чтобы данные, передаваемые из регионов, соответствовали реальному положению дел. Разработаны методики, которые позволяют определить, если где-то, случайно или умышленно, искажают правду. Допустим, территория показывает высокую эффективность лечения, но там растет смертность. Или - процент раннего выявления больных туберкулезом. Если одновременно растет число больных с за-



пущенным, фиброзно-кавернозным туберкулезом, то раннее выявление, конечно же, страдает. Сопоставление различных показателей - ранней выявляемости, смертности, эффективности лечения, количество запущенных форм - и дает истинную картину качества лечения и уровня профилактической работы на той или иной территории.

Заболеваемость по России в 1997 году составляла 73,9 на 100 000 населения. Самая низкая заболеваемость - в Северо-западном регионе, самая высокая - в Западной Сибири. Но

этот регион отнюдь не является самым плохим - там просто лучше налажена регистрация больных туберкулезом. Профессор М. В. Шилова в последние годы проводила интенсивную работу по включению в заболеваемость больных, которых раньше не фиксировали. Это все пенитенциарные учреждения МВД, лица без определенного места жительства, мигранты, беженцы. Раньше, когда они не включались в статистику, создавалось впечатление некоего благополучия. Западная Сибирь была как раз одной из тех территорий, которые улучшили свою статистическую работу одними из первых. Сейчас по предложению профессора Шиловой вычисляют два показателя - заболеваемость всего населения и заболеваемость постоянного населения. Разница в этих показателях равна примерно 30%. Эта работа, впрочем, еще не закончена.

Не все территории спешат включить в статистические отчеты показатели заболеваемости заключенных, бомжей и мигрантов.

А задача состоит в том, что каждый больной туберкулезом должен учитываться так, как учитывают другие инфекционные заболевания.

Конечно, по сравнению с ситуацией конца 80-х годов, положение с туберкулезом стало значительно более серьезным. Показатель заболеваемости увеличился почти в два раза, смертность - больше чем в два раза, то есть мы возвратились к уровню 1972 года. Причем, М. В. Шилова отмечала нарастание этих отрицательных



изменений в начале 90-х, когда показатели заболеваемости еще снижались, но уже начала расти смертность, заболеваемость детей, стали ухудшаться показатели излечения. Именно в это время перестали проводить флюорографические обследования, снизился охват населения прививками.

Однако в последние год - два наметилась определенная стабилизация: некоторые основные показатели, например смертность, начали снижаться. Это говорит и о том, что противотуберкулезная служба страны, кстати сказать, лучшая в мире, преодолела некоторую растерянность и, несмотря на почти полное отсутствие федерального финансирования, приспособилась к новым условиям.

Кто же страдает в первую очередь при обострении ситуации с туберкулезом? Прежде всего, самый незащищенный контингент - женщины и дети. Несмотря на то, что туберкулез, в основном, мужское заболевание (мужчины и заболевают и умирают от него в 10 раз чаще, чем женщины), при ухудшении ситуации этот разрыв существенно снижается.

Есть и еще одна проблема, волнующая организаторов здравоохранения. Это состав диспансерных групп, и, прежде всего, так называемая 6-я группа наблюдения, куда входят дети с выражением туберкулиновых проб. В последнее время она дает половину всей детской заболеваемости туберкулезом.

Встает вопрос - хорошо ли ведется за ними наблюдение? Правильно ли проводится предупредительное лечение? Эти вопросы нуждаются в научном обосновании.

А как в отделе относятся к утверждению некоторых СМИ о том, что Россия стала угрожать всему миру благодаря росту туберкулеза на ее территории? Мягко говоря, как к сильному преувеличению. Судите сами. Несмотря на рост заболеваемости и смертности, появление большого количества распространенных форм, устойчивость возбудителя и сопутствующей флоры к антибиотикам, несмотря на снижение профилактической работы в общей сети (уровень флюорографии снизился в целом по стране с 82 до 41%), цифры здесь следующие. Население России составляет 3% от мирового. В то же время, если в мире по данным ВОЗ болеет туберкулезом 20 миллионов человек, то в нашей стране - 0,4% от этого количества. Смертность от туберкулеза также не превышает 0,3%. То есть, она в 10 раз ниже мировой. Основную же угрозу, по-прежнему, составляют страны Азии и Африки. Так, например, в Индии "отсутствует проблема детского туберкулеза" - там каждый заболевший младенец просто умирает, не дойдя до врача.

Конечно, успокаиваться нельзя, туберкулез - прекрасный маркер социального состояния общества. Ухудшается ситуация, появляются мигранты, переполняются тюрьмы,

увеличивается количество бродяг - растет и заболеваемость. Еще неизвестно, как отреагирует население на нынешний экономический кризис. Но противотуберкулезная служба тоже не стоит на месте.

**Центр информационных медицинских технологий.** Руководит им Е. М. Белиловский.



Центр создан приказом МЗ РФ в июле 1997 года на базе подразделения, работающего в институте с тех пор, как в диспансерах страны начала появляться вычислительная техника. Сейчас примерно 80% учреждений такую технику имеют и сотрудники Центра не только создают программное обеспечение и адаптируют его к местным условиям, но и разрабатывают всю технологическую цепочку сбора данных. В настоящее время системой мониторинга охвачено 40% территорий (примерно 60 учреждений) и это число постоянно растет. Главная задача сотрудников Центра - с о з д а т ь

глобальную систему мониторинга по всей России, которая будет давать не только оперативную информацию, но и основания для краткосрочных и перспективных прогнозов. Это поможет правильно перераспределять средства для борьбы с туберкулезом, выделять приоритетные задачи.

**Диагностический отдел.** Его заведующий, профессор С. Е. Борисов, считает, что выделение диагностического отдела в составе головного института - вполне закономерно. Туберкулез лежит в начале диагностического ряда при распознавании большинства заболеваний легких, но и диагностика самого туберкулеза нередко представляет значительные трудности.



Отдел состоит из консультационного отделения, ведущего прием детского и взрослого населения (примерно 5,5 тысяч пациентов в год), двух клинических отделений (бронхологического и пульмонологического) и двух вспомогательных - иммунологической лаборатории и отделения функциональной диагностики. В составе консультационного отделения



работает и республиканский Центр по саркоидозу, иммунозависимому заболеванию, часто маскирующемуся под туберкулез.

Для чего нужны клинические отделения? Во-первых, не всегда возможно поставить диагноз в поликлинических условиях. Но и поставив диагноз, не всегда возможно сразу передать больного в профильное отделение - нужно назначить лечение, наметить его план на длительное время.

Профессор Борисов считает, что диагностика первичного туберкулеза в общелечебной сети ухудшилась из-за отказа от обязательной флюорографии. В то же время, ссылки на ее дороговизну не всегда оправданы. Так, в Саратовской области, где до сих пор охват этим видом обследования составляет 82%, стоимость одной флюорограммы не превышает 15 рублей, в то время как исследование мазка крови стоит восемь рублей. Но диагностическая ценность мазка по Цилю-Нильсену значительно снижается из-за слабых возможностей клинических лабораторий общей сети. Так, если лаборатория туберкулезной службы находит возбудитель туберкулеза в четырех мазках из 100 присланных, то лаборанты общей службы обнаруживают его в 100 раз реже.

Мне удалось побывать еще в одном подразделении отдела. Его руководитель, доктор медицинских наук В. П. Евфимьевский, показал мне прекрасно оснащенное отделение, которое дает возможность исследовать функциональное состояние важнейших систем - дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной. Данные, полученные с помощью многочисленных

приборов, очень точно выявляют степень поражения органов дыхания, помогают понять патогенез этих изменений и тем



самым поставить правильный диагноз. Оборудование в отделении, хотя и не самое новое, работает с полной нагрузкой. В этом заслуга самого заведующего и его давних связей с фирмами, особенно с австрийской фирмой "Егер", оказывающей институту посильную помощь.

В настоящее время без работы отделений функциональной диагностики в больницах и поликлиниках немислимо ни проведение анестезиологической помощи, ни качественной экспертизы трудоспособности, ни контроля за качеством лечения. Беда только в том, считает заведующий, что врачи плохо обучены основам функциональной диагностики, особенно пульмонологической, и зачастую не могут правильно интерпретировать полученные результаты. Этому их по-настоящему почти нигде не учат - ни в институте, ни на курсах повышения квалификации. Такое положение надо исправлять.

**В отдел терапии с экспериментальной фармакологией** (руководитель к. м. н. Г. Б. Со-

колова) входят два клинических отделения, лаборатория фармакокинетики и целый ряд лабораторий, обеспечивающих возможность проведения, наряду с клиническими и доклиническими испытаниями препаратов, исследования по токсикологии, мутагенезу, тератогенезу, канцерогенезу. Имеется большой виварий. Главная задача отдела - поиск путей повышения эффективности лекарственных препаратов. Отдел - база Фармакологического комитета МЗ РФ.



Не секрет, что эффективность лечения туберкулеза за последние годы заметно снизилась. Это связано с несколькими причинами. Одна из них - повышение числа больных с туберкулезной флорой, устойчивой к антибактериальным препаратам, причем устойчива к ним не только сама туберкулезная палочка, но и неспецифические возбудители. Другая причина - недостаток самих лекарственных средств. Отсутствие федерального финансирования и централизованного распределения препаратов, как это было в прошлые годы, вынуждает территориальные органы покупать самые дешевые медикаменты, невзирая на низкое их качество. Что и гово-

рить, лечение больных туберкулезом дело дорогое, но это не оправдывает того, что в некоторых территориях стремятся лечить малыми дозами, сокращенными курсами, зато - всех поровну.

Какие же пути выхода из этой ситуации? Один из основных - индивидуализация подхода к лечению. Вот один из примеров. Все люди делятся на быстрых и медленных ацетиляторов. У быстрых - процесс метаболизма и выведение изониазида и других препаратов (рифампицина, стрептомицина и др.) происходит с большой скоростью, поэтому им, для создания в крови нужных концентраций, нужен особый режим введения препаратов. Известно, что противотуберкулезный препарат пизинамид задерживает выведение препаратов. Таким обра-

зом, появилась возможность регулировать режимы введения комбинации препаратов, что позволяет преодолевать устойчивость микроорганизмов.

Второй, достаточно эффективный путь - поиск новых препаратов. К сожалению, в США и странах Западной Европы в 80-х годах, в связи с благополучной эпидемиологической ситуацией, были прекращены поиски новых противотуберкулезных средств. В последние годы ситуация изменилась и поиск возобновился, но количество новых препаратов невелико. У нас же есть масса активных к туберкулезной палочке соединений, но не хватает денег, чтобы довести эти препараты даже до доклинических испытаний. Среди импорт-



ных средств специалисты выделяют, прежде всего, фторхинолоны - максаквин, ципробай, такевид. Эти препараты действуют на устойчивую флору, но самое главное - они прекрасно зарекомендовали себя при казеозной пневмонии. Они хорошо и быстро рассасывают казеоз, действуют на сопутствующую флору, в то время как рифампицин и стрептомицин этим действием в 72% случаев не обладают. Казеозных пневмоний сейчас очень много, кстати, при них нельзя давать антиоксиданты - они препятствуют образованию фиброза и процесс не ограничивается, легкое "плывет".

Очень перспективен препарат рифабутин - производное рифампицина, синтезированный в США. Он проходил в отделе пострегистрационные клинические испытания. Этот препарат в отличие от рифампицина в 10 раз активнее и действует на сопутствующую флору. Правда, для наших пациентов пришлось откорректировать схему лечения.

Вот эти два направления - индивидуализация терапии и применение новых препаратов - должны увеличить снизившуюся эффективность лечения туберкулеза. Конечно, нельзя забывать и о чисто организационных мерах - контроле за приемом препаратов, доступности новой информации для врачей с периферии.

**Хирургические отделения** института занимают корпус, где когда-то располагалась Марининская больница для бедных. Первое хирургическое отделение - для костного туберкулеза - открылось в 1918 году, а уже в 1922 - торакальное отделение.

К 1930 году здесь уже делали операции торакопластики, перезажигались плевральные спайки для коррекции газового пузыря в плевральной полости и т. д. Сегодня отделом руководит профессор В. П. Стрельцов. Он много лет возглавляет клан торакальных фтизиохирургов и много сделал для развития этой службы в стране. Институт одним из первых поставил вопрос о раннем хирургическом лечении туберкулеза самой разной локализации. Сейчас в России насчитывается 106 отделений этого профиля, которые до недавних пор делали до 18 тысяч операций в год. В последнее



время число операций сократилось вдвое, в том числе и из-за множественных отказов больных. Причем, если раньше отказывались из-за страха перед операцией, то теперь из-за материальных трудностей, боязни надолго выбыть из строя. Некоторые асоциальные больные просто не хотят лечиться. И тем не менее, в 1996 - 97 годах наметилась тенденция к росту числа операций.

Отдел состоит из двух торакальных отделений, одно из которых занимается распростра-

ненными формами туберкулеза легких, а второе ориентировано на вопросы эндоторакальной диагностики, то есть берет на себя и часть пульмонологических больных. Есть также отделения фтизиоурологии и фтизиогинекологии, ортопедический спинальный центр и отделение анестезиологии и реанимации. Это обеспечивает возможность хирургического лечения туберкулеза всех локализаций.

Большое развитие получила хирургия костного туберкулеза. Если раньше такие больные годами были прикованы к кровати, а исход нередко был плачевным, то сейчас их широко оперируют. В отделении можно увидеть больных, ходящих по коридору спустя три недели после хирургического вмешательства - оперированы они были по поводу поражения нескольких позвонков. Активно оперируют здесь и при туберкулезном поражении суставов, в частности, тазобедренных.

Именно здесь, в этом здании, были разработаны многие уникальные операции и затем распространены по стране. В этом безусловная заслуга нескольких поколений фтизиохирургов.

**Детско-подростковое отделение.** Мы уже говорили о том, что детское население первым реагирует на ухудшение ситуации с туберкулезом в стране. Диагностика у детей, основанная на чтении туберкулиновых проб, не проста. Некоторые страны, например США, отказались от обязательной вакцинации новорожденных, платя за это несколькими сотнями смертей маленьких детей

от туберкулезного менингита. А как обстоят дела у нас? Руководитель детско-подросткового отделения, главный фтизиопедиатр МЗ РФ В. А. Аксенова много лет занимается этим воп-



росом. Она рассказала мне, что в России, как и еще в 96 странах мира, прививки новорожденным против туберкулеза обязательны. В США их тоже делают, но выборочно - детям из контактов и эпидочагов. Но отсутствие поголовной иммунизации действительно приводит к тому, что дети первых месяцев жизни сотнями умирают от распространенных форм туберкулеза, в основном, туберкулезного менингита. У нас таких детей по всей стране набирается не больше трех десятков. Это дети, которых по разным причинам не удалось привить.

Почему американцы так поступают? Они считают, что диагностика с помощью туберкулиновых проб, но маскируемая вакцинальной аллергией, становится более точной и, благодаря этому, остальные больные раньше выявляются и раньше начинают лечиться. Но опытный врач-фтизиатр, считает В. А. Аксенова, и так всегда сможет отличить вираж от поствакцинальной аллергии. Другое дело, что раньше, когда от туберкулеза прививали каждые пять лет до тридцатилетнего возраста, диагностика



действительно была затруднена. Профессор Аксенова и ее сотрудники проделали большую работу, результатом которой стало положение, зафиксированное в приказе МЗ РФ: дети вакцинируются в роддоме, в семь лет, когда они идут в школу, и в период гормональной перестройки - в 14 лет, когда они, если заболевают, буквально сгорают от распространенных форм. Надо сказать, что вакцинация вообще не столько предохраняет от заражения туберкулезом, сколько именно от развития самых распространенных форм. Позже 14 лет вакцинировать детей уже не нужно.

Что касается диагностики, то у детей нет никакой альтернативы туберкулиновым пробам. С их помощью диагностируется более 80% заболевших (имеются в виду дети, которым реакции Манту ставились в профилактическом порядке). Врачи общей сети должны приложить максимум усилий для ежегодного проведения проб в поликлинике.

Стоит выделить группу так называемых выраженных детей, у которых проба из отрицательной или слабо выраженной стала цветущей. Они дают примерно половину всей детской заболеваемости туберкулезом. По-видимому, дело здесь в том, что фтизиатры стали редко назначать таким детям профилактическое лечение изониазидом, а родители порой необоснованно от такого лечения отказываются.

Особую тревогу специалистов вызывают осложнения вакцинации - "бэцжиты" и генерализованные реакции. Отдел имеет многолетнюю статистику на все случаи таких осложнений, накопил большой опыт в их лечении. Цифра немалая - каж-

дый год таких детей по России около 500.

Как бороться с этими осложнениями? Один путь, который уже проводится - уменьшение количества ревакцинаций. Второй - улучшение самой вакцины. Вирулентность ее зависит, в частности, и от количества содержащихся в ней микробных тел. Поскольку никому в мире пока еще не удалось создать убитую вакцину, ученые пошли по пути уменьшения микробных тел. Стали готовить вакцину с половинным их содержанием, так называемую БЦЖ-м, и прививать ею ослабленных детей. Убедились в эффективности, а теперь готовятся использовать ее для вакцинации всех новорожденных. Безусловно, это тоже послужит уменьшению количества осложнений.

**Лабораторная диагностика** туберкулеза сложна, поэтому неудивительно, что отдел, возглавляемый профессором И. Р. Дорожкой, один из крупнейших в институте. Он включает восемь лабораторий различного профиля, которые принимают самое деятельное участие в научной работе. Однако основной их задачей является работа организационная: головной институт страны должен курировать все лаборатории России. Сейчас специалисты заняты разработкой методов, способных улучшить и ускорить выявление возбудителя туберкулеза. На первый план выходят микробиологическая диагностика, методы люминесцентной микроскопии. Дело в том, что существующий во всем мире и широко пропагандируемый для слабо развитых стран метод выявления возбудителя по Цилю-Нильсену дает возможность выявить возбудителя лишь при тяжелых прогрессирующих формах туберкулеза, когда его концентрация

достигает  $10^5$  на 1 мл мокроты. При начальных формах, когда бактерий выделяется недостаточно, этот метод не работает. При люминесцентной же микроскопии, разработанной и внедренной сотрудниками института, удается выявлять возбудитель при его концентрации в мокроте  $10^3$  на 1 мл мокроты, что почти соответствует культуральному методу. В отличие от последнего, метод люминесцентной микроскопии прост в использовании, а главное - более оперативен. Люминесцентные микроскопы успешно выпускаются нашей промышленностью, а их цена сопоставима со световыми. Красители - тоже отечественные, причем, высочайшей лазерной чистоты. Есть смысл лабораториям на местах обратить на этот метод внимания.

Лаборатория электронной микроскопии изучает возбудитель туберкулеза, его особенности, процессы фагоцитоза возбудителя, как лекарственно чувствительного, так и устойчивого. Лаборатория иммунной диагностики использует молекулярно-биологические методы (полимеразная цепная реакция, иммуноферментный метод, ДНК-зондирование и т. п.), разрабатывает и создает тест-наборы для практических лабораторий. Это новое течение в микробиологии. Отделение патологической анатомии, кроме практической деятельности, занимается исследованиями по патоморфозу туберкулеза. Там работает известный патоморфолог профессор И. П. Соловьева, ученица академика А. И. Струкова.

Таковы основные направления работы института - юбилея.

## Р.С. Официальная хроника

**Как выполняется федеральная целевая программа "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998 - 2004 годы"?**

Государственная Дума Федерального Собрания РФ, приняв ряд постановлений, добилась включения данной Программы в Федеральный закон "О федеральном бюджете на 1998 год", предусмотрев на ее финансирование 460 млн. рублей. Из информации, предоставленной Думе Министерством финансов РФ в октябре, следует, что за девять месяцев этого года на борьбу с туберкулезом выделено лишь 2,4 млн. на капитальные вложения, что составляет всего 0,5% от общего объема финансирования. Дума признала такое положение дел неудовлетворительным и предложила Правительству немедленно исправить положение, а также усилить контроль за целевым использованием выделенных средств.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано, в пределах средств бюджетов субъектов РФ, принять участие в реализации мероприятий Программы. Настоящее постановление направлено Президенту и Председателю Правительства РФ.

Данное постановление было внесено депутатами Н. Ф. Герасименко и Г. Р. Аскерхановым и принято Государственной Думой 5 ноября 1998 года.



# ЗЕМСКАЯ ПЕРЕДВИЖНАЯ ВЫСТАВКА - 85 ЛЕТ СПУСТЯ

Недаром говорят, что новое - это хорошо забытое старое. Вот перед нами небольшая пожелтевшая брошюра с длинным названием "Земская передвижная выставка в Богородском уезде по борьбе с заразными заболеваниями". Издана брошюра в далеком 1913 году врачом Г. А. Николаевым, представителем Богородской Уездной земской Управы, после успешного завершения профилактической акции земских врачей.

Инфекционные болезни в начале века представляли главную опасность для населения и распространение санитарных знаний среди простого народа, в большинстве своем неграмотного, было первоочередной задачей. Именно эти цели преследовала выставка земской Управы. Здесь можно было увидеть потрясающие вещи! Например, патологоанатомические препараты: тонкий кишечник человека - здоровый и пораженный язвами при брюшном тифе и дизентерии, желудок при бешенстве у кролика, пораженные туберкулезом легкие быка. Очень убедительно выглядела серия муляжей с проявлениями сифилиса в разных стадиях и многообразной локализации. Потрясали воображение посетителей модели мозга человека, глаза, уха, сердца. Заспиртованная рыба, рак, ящерица, крыса, лягушка, солитер - тоже мимо не пройдешь. Существенным дополнением к этой экспозиции были интереснейшие лекции, которые читали земские врачи уезда.

Выставка имела потрясающий успех! Подводя ее итоги, Г. А. Николаев писал: "...Много затрачивает земство денег на народную медицину, много строят больницы, тысячи больных содержатся в них с тем, чтобы, поправившись, снова заболеть и опять попасть в них. Слишком тяжела для земства такая затрата на народное здоровье... И вот в помощь земству явилась выставка; на первый взгляд она также является расходной статьей, но на деле, знакомя население с заразными болезнями и другими народными бедствиями (пьянство, эпизоотии и т. п.), популяризируя меры предохранения и борьбы с ними, открывает населению глаза и дает ему возможность предохранить себя от заразы и тем самым избежать возможности попасть в больницу".

Осенью этого года, спустя 85 лет, Главное управление здравоохранения администрации Московской области решило повторить акцию земских врачей.

К проведению мероприятия были привлечены ведущие научно-исследовательские клинические институты областного подчинения, областные лечебно-профилактические учреждения. Главным организатором этого непростого мероприятия стал Московский областной диспансер здоровья и медико-социальной реабилитации (главный врач - С. М. Крошнин). Большую роль сыграли руководители территориальных органов здравоохранения городов Чехов, Видное, Подольск, Серпухов, Ногинск, Павловский-Посад, Орехово-Зуево, Балашиха.

В ходе акции, которая проходила волной из одного города Подмосковья в другой, ведущие ученые проводили научно-практические конференции, семинары, лекции для врачей и фармацевтов. Помимо обычных лекций, использовались нетрадиционные формы устной пропаганды: презентации "школ" и "клубов" для больных и их родственников, шоу, дискотеки, классы, факультативы, открытые уроки для учащихся, встречи врачей с населением, устные журналы, "круглые столы". Но, конечно, самыми посещаемыми были консультации, которые проводили специалисты областных институтов и учреждений: через них прошли более 2,5 ты-



сяч человек. К проведению научно-практических конференций, семинаров и лекций для врачей было привлечено 22 доктора и 45 кандидатов медицинских наук. Врачи получили методические рекомендации по лечению и профилактике туберкулеза, бронхиальной астмы, сахарного диабета, ИБС, язвенной болезни, наркомании.

С большим энтузиазмом население посещало различные выставки и экспозиции. Их диапазон был весьма широк - от демонстрации новейших медицинских и информационных технологий, разрабатанных МОНИКИ, до детского рисунка на асфальте на темы здоровья и вредных привычек.

По мнению организаторов и участников акции - цель достигнута и поставленные задачи успешно выполнены. Методические подходы просветительского воздействия, использованные в акции, могут быть применены для распространения в других регионах и различных аудиториях.

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

*П. В. Власов, профессор, президент Российской Ассоциации радиологов,  
главный рентгенолог Минздрава РФ*

Болезни легких сегодня занимают первое место среди всех заболеваний у людей. Трудно найти человека, который бы время от времени или постоянно не предъявлял жалоб на кашель. Любая простуда, а для нашей северной страны мудрено не простудиться, ежегодные эпидемии гриппа - все это делает болезни легких присущей нашей стране и нашему климату краевой патологией. В нашей стране неблагоприятно обстоит дело с туберкулезом легких. За последние десять лет заболеваемость туберкулезом возросла в полтора раза. Весьма актуальной является проблема своевременного распознавания профессиональных болезней, в первую очередь пневмокониозов и токсико-химических фиброзов.

Изменилась структура болезней легких - растет число болезней, сопровождающихся диффузными и диссеминированными процессами в легких. Мелкоузелковые и интерстициальные процессы во врачебной практике представляют сегодня каждодневную проблему. Перестали быть редкостью такие болезни как саркоидоз органов дыхания, коллагенозы, фиброзирующий альвеолит и прочее и прочее. Каждое из упомянутых и неупомянутых заболеваний требует раннего выявления и точного дифференцирования, потому что ранняя диагностика является залогом успешного выбора патогенетического лечения.

Какими возможностями, какими средствами мы сегодня располагаем для ранней диагностики заболеваний легких? Рентгенология сегодня, как и прежде, играет ведущую роль в диагностике заболеваний легких. Несмотря на огромные достижения в области средств визуализации, создание таких систем, как компьютерная и магнитнорезонансная томография, рентгенография, как и прежде, представляет "золотой стандарт" в диагностике заболеваний легких.

Однако для диагностики многих болезней легких старая традиционная рентгенография недостаточно эффективна в силу ограниченной разрешающей способности. Разработчики новой рентгеновской технологии приложили много усилий по улучшению традиционной рентгенографии легких: создали высокочувствительные усиливающие экраны с повышенной разрешающей способностью, разработали отсеивающие растры для устранения вредного рассеянного излучения, создали мощные острофокусные рентгеновские трубки и т. д. Однако все перечисленные усовершенствования не смогли пере-

шагнуть порог разрешающих возможностей, необходимый для выявления тонких структур измененного легочного рисунка. Кроме того, обычная рентгенография обладает сравнительно узким динамическим диапазоном. По этой причине на одном снимке невозможно получить высокоинформативное изображение структур разного объема и плотности. Динамический диапазон можно было бы расширить с помощью супервольтовой рентгенографии, однако при этом падает контрастность изображения, вследствие чего мелкие структуры оказываются за

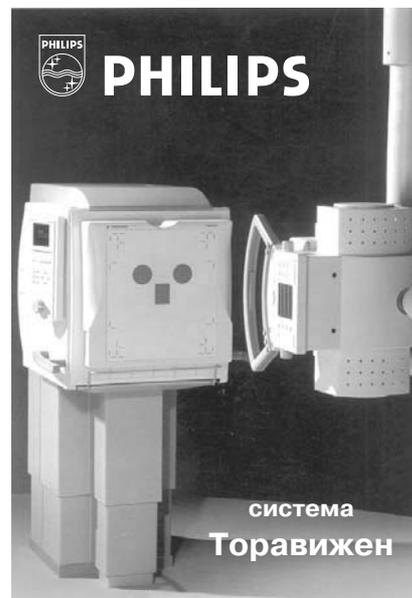
сочетании с цифровой обработкой рентгеновского изображения, впервые использован фирмой Филипс в ее новой системе Торавижен, предназначенной для рентгенографии грудной клетки.

Преимущества селеновых приемников рентгеновского излучения заключаются в том, что квантовая эффективность селеновых детекторов превосходит эффективность других детекторных систем. Селеновые приемники обладают более высокой квантовой абсорбцией и низким уровнем шумов. Селеновые рентгенограммы показывают значительное превосходство в обнаружении низкоконтрастных мелкоузловых образований в легких по сравнению как с обычными пленками, так и с фосфорными экранами-накопителями. Это можно отнести за счет более высокой квантовой эффективности детектирования селенового приемника излучения, и как результат, снижения оптических помех.

Возможность цифровой обработки изображения является важным преимуществом всех средств интроскопии. Улучшение качества изображения достигается за счет увеличения модуляционно-передающей функции для тонких деталей изображения, за счет увеличения местного контраста путем подчеркивания контуров, краевого эффекта и путем сжатия динамического диапазона. Вследствие снижения различия оптических плотностей в области легких и средостения последнее становится более "прозрачным". Малые оптические плотности при этом повышаются, а высокие снижаются. Происходит, так сказать, гармонизация изображения. Его фотографические характеристики переводятся в зону наибольшего благоприятствования для человеческого зрения.

В цифровой рентгенографии имеется почти линейная зависимость - между дозой и сигналом в широком диапазоне экспозиций, в зависимости от экспозиционной дозы и анатомии пациента, большие или маленькие различия в поглощении. При этом используется только небольшая часть динамического диапазона, поэтому соответствующий сигнальный диапазон преобразовывается в цифровые величины. Эта процедура ("нормализация сигнала") формирует базу для оптимизации оптической плотности независимо от экспонируемой дозы.

Изображение в цифровой форме поддается количественной обработке, легко меняется контрастность, осуществляется преобразование изображения из негативного в



пределами восприятия человеческого глаза. С другой стороны высококонтрастные снимки легких не дают структурного изображения средостения. Вот почему для того, чтобы получить изображение мелких патологических объектов в легком и структуры средостения приходилось делать несколько снимков в разном режиме, а это поднимало стоимость исследования и повышало лучевую нагрузку на пациента.

Решение проблемы, как всегда, пришло неожиданно. Фирма Филипс создала рентгеновский аппарат на принципиально новой основе путем сочетания двух элементов современной технологии: высокочувствительного селенового приемника рентгеновского излучения и цифровой компьютерной обработки изображения.

Селен давно используется в качестве приемника рентгеновского излучения. На этом принципе основана ксерорентгенография. Однако, принцип ксерорентгенографии, в

позитивное, возможно уменьшение и увеличение, сложение и вычитание, (называемое также субтракцией) изображений. Такое изображение вместе с сопровождающим текстом вводят в память персональных компьютеров и передают по линиям связи, что значительно облегчает оказание консультативной помощи.

Благодаря новым цифровым системам отпадает необходимость в фотолабораторном процессе (включая пленку и дорогие проявочные автоматы) который в рентгенологии всегда являлся дорогим и наиболее “узким” местом технологического процесса получения рентгеновского изображения. Полученное изображение можно по желанию преобразовывать, хранить в электронной памяти неограниченно долго и в любое время вызывать его из памяти компьютера. Так решается еще одна важная организационная проблема - архивирование рентгеновской документации. Вывод изображения, то есть получение твердых копий, осуществляется на термобумагу, обычную бумагу лазерным принтером или на пленку с помощью мультимедийной камеры.

Клинические исследования на аппаратах Торавижен, а также антропоморфные фантомные исследования показывают, что изображение всех структур легких и средостения с помощью селеновых детекторов лучше по сравнению с обычной рентгенографией. Селеновые приемники обладают преимуществами в обнаружении изменений в паренхиме легкого, в обнаружении легочных, интерстициальных, плевральных и медиастинальных изменений, а также значительно снижают лучевую нагрузку на пациента.

Таким образом аппарат Торавижен является наивысшим достижением в области рентгенодиагностики заболеваний органов грудной клетки. Он обеспечивает лучшее выявление практически всех структур легких и средостения при сравнительно меньших дозовых нагрузках.

Использование селеновых приемников и цифровой обработки изображения повышает разрешающую способность рентгеновского изображения, обеспечивает выявляемость тонких структур нормального и патологически измененного легочного рисунка, мелкоузловых солитарных и множественных образований в легких, инфильтративных изменений в легких, плевре и средостении, а также патологических образований в участках легких, скрытых за сердцем и диафрагмой.

**Представительство фирмы “Филипп медицинские системы”:** 107078; Москва, Докучаев переулок, 5, стр. 3; тел.: 797 3131, факс: 797 3125.

## DOTS ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В 1992 году Всемирной Организацией Здравоохранения были предложены меры, отвечающие нуждам борьбы с туберкулезом в глобальном масштабе - так называемая стратегия DOTS (лечение коротким курсом под непосредственным контролем). В чем же ее преимущества?

Прежде всего, применение стратегии DOTS позволяет добиться выздоровления в 95% случаев ТБ, даже в самых бедных странах. По мнению специалистов ВОЗ, основной причиной успеха стратегии DOTS является то, что ответственность за положительный результат лечения возлагается не на больного, а на медицинскую систему. При этом должны быть реализованы следующие пять ключевых моментов.

**Подтверждение наличия или отсутствия МБТ.** Прежде всего, необходимо направить ресурсы на выявление больных с БК+ в мазке, являющихся источником инфекции. И пока не будет достигнут высокий показатель их излечения, программа не должна активно выявлять других больных ТБ, так как это приводит к отвлечению средств от основной задачи.

**Контроль приема лекарств больными.** Он особенно важен в первые два месяца лечения, когда больной находится в наиболее тяжелом состоянии, существует риск развития лекарственной устойчивости и сохраняется угроза передачи инфекции. Больных, не явившихся на очередной прием к медработнику, следует немедленно разыскать и помочь им возобновить лечение.

**Ведение журналов регистрации.** Для подтверждения успеха терапии больного с заразной формой ТБ, как известно, нужно исследовать мокроту через два месяца после начала лечения и в конце курса. Но кроме того, нужна система регистрации и отчетности для осуществления мониторинга эффективности лечения. Путем анализа результатов, полученных в каждой группе больных, эта система позволяет органам здравоохранения быстро обнаружить те районы и популяции, где не удается достичь запланированных 85% излечения и провести там дополнительные мероприятия.

**Лекарства.** В смертельный для МТБ “коктейль” входят изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол; в соответствии с рекомендациями ВОЗ, их принимают в течение шести или восьми месяцев. Необходимо бесперебойное обеспечение противотуберкулезными препаратами медицинских учреждений, работающих по стратегии DOTS.

**Финансирование.** Борьба с ТБ должна быть интегрирована в существующую в каждой стране систему здравоохранения и проводится под руководством центрального противотуберкулезного учреждения. Правительство и неправительственные организации должны обеспечить эту борьбу финансовыми средствами.

К настоящему времени уже около 70 стран применяют стратегию DOTS и получают хорошие результаты. С 1995 г. она внедряется и в нескольких регионах России: Томской области (при финансовой поддержке британской неправительственной гуманитарной организации “МЕРЛИН”), Ивановской области (с помощью ВОЗ), республике Марий-Эл (на собственные средства).

Первым этапом работы стало выявление бациллярных больных в клинико-диагностических лабораториях среди лиц, обращающихся с жалобами. Было установлено, что почти 50% таких больных выявляется в лечебных учреждениях общей лечебной сети. Из всего числа зарегистрированных больных 92 - 95% составили новые случаи, в том числе в 43% - с БК по мазку. Важное значение в эпидемиологии туберкулеза и его лечении имеет показатель частоты лекарственной устойчивости МБТ к антибактериальным препаратам. Однако в России до настоящего времени отсутствует такая статистика на федеральном уровне. В территориях, внедряющих стратегию DOTS, лекарственная устойчивость была обнаружена в 40 - 45%, что является очень высоким показателем.

За внедрением DOTS в России специальным приказом Минздрава РФ уполномочен наблюдать ЦНИИ туберкулеза РАМН (директор - академик А. Г. Хоменко).

На базе этого института организованы учебно-издательский центр, сотрудничающий с ВОЗ, и референс-лаборатория, осуществляющая контроль лабораторных служб и являющаяся центром изучения лекарственной устойчивости и исследований в области молекулярной эпидемиологии. К настоящему времени обучение методике DOTS в ЦНИИТе прошли 582 специалиста.

**Учебный центр Центрального НИИ туберкулеза РАМН проводит двухнедельные курсы усовершенствования фтизиатров, сертификационный курс, а также обучение специалистов на рабочих местах. Обучение платное. По окончании обучения выдается удостоверение установленного образца. Лицензия ГК РФ по высшему образованию № 16-133 от 06.03.94 г. Справки по телефонам: 963 8055, 968 4956, факс: 963 8044. Ерохина Анна Николаевна.**

## РУЛИД (РОКСИТРОМИЦИН) В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

С. В. Яковлев, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Инфекции дыхательных путей являются одними из наиболее частых бактериальных инфекций у людей всех возрастных групп. К ним относятся инфекции верхних дыхательных путей (средний отит, синусит, фарингит/тонзиллит) и нижних дыхательных путей (пневмония и бронхит).

Лечение этих инфекций представляет определенные сложности. Это связано в первую очередь с тем, что в последние годы изменился качественный состав возбудителей респираторных инфекций. Наряду с традиционными грамположительными и грамотрицательными бактериями (бета-гемолитический стрептококк группы А, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), все чаще стали выявляться *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, а также так называемые "атипичные" микроорганизмы (*Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*), которые развиваются внутри клетки и мало доступны для многих антибактериальных средств, в том числе наиболее часто назначаемых пенициллинов и цефалоспоринов. Трудности лечения обусловлены также тем, что многие штаммы бактерий вырабатывают бета-лактамазы (стафилококки в 95%, пневмококки - 20 - 30%, гемофильная палочка - 30%, моракселла - 60 - 90%) и устойчивы к бета-лактамам антибиотикам.

Диагностика заболеваний, вызванных этими возбудителями, достаточно сложна и не во всех клиниках возможна. По этой причине в последние годы в схемах эмпирической химиотерапии негоспитальных инфекций нижних дыхательных путей все чаще используют эритромицин, спектр антимикробной активности которого охватывает помимо "классических" и внутриклеточные возбудители инфекционных заболеваний. Наряду с определенными достоинствами эритромицин не лишен недостатков, ограничивающих его широкое использование. Он быстро распадается под влиянием желудочного сока и поэтому лишь малая часть из принятой дозы попадает в плазму крови и ткани. К эритромицину быстро развивается устойчивость микроорганизмов. Су-

точная терапевтическая доза достаточно высока и требует частого приема, что обуславливает большое количество побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим представляет интерес полусинтетический макролидный антибиотик рокситромицин (**Рулид**, Хехст-Руссель). Рулид интересен тем, что, будучи сходным с эритромицином по спектру действия, он превосходит его по химическим и фармакокинетическим свойствам и, в связи с этим, отличается лучшей переносимостью и более высокой эффективностью.

Одним из существенных преимуществ Рулида является его способность не разрушаться в кислой среде желудка, быстро проникать в плазму и ткани, что позволяет существенно снизить терапевтическую дозу препарата (150 мг два раза в день). Наиболее высоких концентраций Рулид достигает в тканях легких, бронхов, небных миндалин, аденоидной ткани, ткани носовых полипов, слизистой оболочке верхнечелюстного синуса, простате и гинекологических тканях. Рулид обнаруживают также в коже и мягких тканях.

Наряду с хорошим проникновением в ткани, Рулид проникает в клетки организма, где концентрация антибиотика достаточна для подавления роста микроорганизмов, паразитирующих внутри клеток.

Максимальное количество препарата обнаруживается в плазме крови уже через два часа после приема 150 мг Рулида, причем терапевтическая концентрация поддерживается в крови в течение 12 часов, что позволяет сократить прием препарата до двух раз в день.

Многочисленные клинические исследования показали, что Рулид, наряду с высокой клинической эффективностью, обладает хорошей переносимостью, в том числе у детей.

В многочисленных клинических исследованиях, проведенных у детей разных возрастных групп, показана высокая клиническая эффективность препарата. По сводным данным клиническая эффективность рокситромицина при среднем оти-

те составляет 67 - 75%, при синусите и тонзиллите/фарингите - 82 - 100%, при бронхите и пневмонии - 73 - 100%; бактериологический эффект в среднем достигается у 82% больных. Показано преимущество рокситромицина перед эритромицином в эффективности и переносимости. Общая частота побочных эффектов на фоне применения рокситромицина не превышает 4% (при применении эритромицина - более 10%).

Противопоказаниями к применению Рулида являются аллергия к макролидам, одновременный прием препарата типа эрготамина и дигидроэрготамина. Не рекомендуется назначать препарат беременным женщинам и кормящим матерям.

Рулид выпускается в виде таблеток (50, 100 и 150 мг), принимается независимо от приема пищи два, или даже один раз в сутки. У детей до 12 лет рокситромицин назначается в дозе 2,5 - 4 мг/кг два раза в день до или после еды, у детей старше 12 лет - по 150 мг два раза в день или 300 мг один раз в день. Длительность лечения составляет 7 - 10 дней при среднем отите, синусите, тонзиллите/фарингите, бронхите; при пневмонии антибиотик отменяется через 3 дня после нормализации температуры (минимальный курс - 5 дней).

Таким образом, высокая антимикробная активность в отношении большинства возбудителей респираторных инфекций, благоприятные фармакокинетические свойства, хорошая клиническая эффективность и переносимость, удобство лекарственной формы делают рокситромицин препаратом выбора при лечении инфекций верхних и нижних дыхательных путей в амбулаторной практике у взрослых и детей всех возрастных групп.

За дополнительной информацией обращаться: Хехст Марион Руссель, 125015, Москва, ул. Вятская, 70; тел.: 232 1925.

**Hoechst** 

## “АКРИХИН”: ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Масштабы эпидемии туберкулеза настолько велики, что ВОЗ объявила его мировой проблемой. Каждый больной, умирая, уводит за собой зараженных им людей.

По мнению специалистов по фтизиопульмонологии, туберкулез становится угрожающей медико-социальной проблемой. За последние пять лет заболеваемость населения России возросла на 70%, смертность повысилась на 87%, достигнув самого высокого уровня среди причин смертности, вызываемых инфекционными заболеваниями (16,8 на 100 тыс. человек). Заболеваемость детей возросла за этот период на 45,1%. Эпидситуация в значительной мере осложняется за счет прибывающих из заключения больных активными формами туберкулеза (заболеваемость туберкулезом в уголовно-исправительной системе в десятки раз превышает общие показатели). Кроме решения общих социальных проблем, которые сегодня заострены до предела, перед врачами остро стоит вопрос о лечении этого заболевания.

На практике применяются различные схемы химиотерапии, которые учитывают две группы больных: впервые выявленные и ранее лечившиеся (хронические формы туберкулеза). Лечение основывается на начальном использовании комбинации нескольких препаратов, затем проводят продолжительный курс, но меньшим количеством или одним препаратом. Данный принцип обосновывается тем, что устойчивость возбудителя развивается ко всем противотуберкулезным препаратам, если они используются по одному, но она отдалается или предотвращается при применении нескольких (исходная устойчивость сразу к двум препаратам встречается довольно редко). К наиболее используемым на первой стадии лечения препаратам относятся изониазид (базовый препарат), рифампицин, пипразинамид, этамбутол, в дальнейшем можно включать весь спектр имеющихся противотуберкулезных средств.

ОАО “Химико-фармацевтический комбинат “Акрихин”, одно из ведущих отечественных предприятий по выпуску готовых лекарственных средств, производит большую часть известных пероральных противотуберкулезных препаратов. В на-

стоящее время выпускаются: **изониазид, фтивазид, метазад, рифампицин**, а также **этамбутол** и **пиразинамид**. Кроме того, в ближайшее время может быть начато производство протионамида и этионамида, которые вместе с изониазидом входят в одну из обязательных комбинаций препаратов при лечении туберкулеза. По своей терапевтической эффективности эти препараты сравнимы, но протионамид и этионамид более перспективны в лечении туберкулеза, особенно в комбинации и изониазидом. Например, этионамид действует на устойчивые к изониазиду микобактерии, что позволяет эффективно лечить заболевание при их совместном применении. Для протионамида значительным преимуществом является то, что препарат переносится гораздо лучше изониазида. Это позволяет принимать его вместо изониазида при плохой переносимости последнего. Всемирный союз по борьбе с туберкулезными заболеваниями легких в своих рекомендациях последних лет по химиотерапии считает целесообразным создание комбинированных препаратов с фиксированными дозами, что позволяет снизить количество принимаемых таблеток, строго контролировать дозировку как в условиях стационара, так и при проведении амбулаторного лечения.

ОАО “Химфармкомбинат “Акрихин” совместно с НИИ фтизиопульмонологии подготовил к выпуску два комбинированных препарата - пипразид и этазид на основе изониазида, пиразинамида и этамбутола. Начат выпуск препарата группы фторхинолонов **ломфлокса** (ломефлоксацина), высокая активность которого позволяет использовать его при инфекционных заболеваниях один раз в сутки, в том числе в комплексной терапии туберкулеза.

Таким образом, в номенклатуре комбината практически все основные пероральные противотуберкулезные лекарственные средства. При этом ценовые показатели как выпускаемых, так и планируемых к производству препаратов, ниже аналогичных предложений зарубежных фирм.

Медицинская статистика показывает, что большинство больных туберкулезом страдает сопутствующими заболеваниями, прежде всего гипертонической болез-

нью (~ 12%), ишемической болезнью сердца (~ 15%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (~ 18%), хроническими неспецифическими заболеваниями легких (~ 37%). Комбинат выпускает большинство базовых лекарственных препаратов, используемых для лечения данных заболеваний (капотен, анаприлин, сибазон, нитронг-форте, сустак-форте, рибоксин, линкомицина г/х, эуфиллин, бромгексин, верапамил, ранитидин, фамотидин-Акри, венгер, никотиновая кислота, никотинамид, фолиевая кислота, тиреоидин и др.). Планируются к выпуску в 1998 - 1999 годах пентоксифиллин-Акри, галоперидол-Акри, аналприл-Акри и другие.

Сегодня в России тяжелейшая экономическая ситуация, и в первую очередь кризис отразился на обеспечении лекарственными средствами, причем, в равной степени и лечебных учреждений и всего населения страны. Российские производители фармацевтической продукции могут удовлетворить потребность нашего здравоохранения во многих препаратах, в том числе “Акрихин” готов поставить противотуберкулезные средства в любом количестве, при этом нужно только решить проблему государственной поддержки и сроков финансирования поставок таких жизненно важных лекарств, для чего необходимо срочно принять Федеральный закон о защите населения от туберкулеза и противотуберкулезной помощи.

Разработанная программа выпуска противотуберкулезных препаратов, наличие в номенклатуре лекарственных средств для лечения многих сопутствующих заболеваний, позволяет ОАО “Химико-фармацевтическому комбинату “Акрихин” стать базовым отечественным предприятием по обеспечению в полном объеме медицинских учреждений, занимающихся лечением туберкулеза.

По вопросам оптовых закупок препаратов обращайтесь по:

тел.: (095) 702 9387, 702 9360, 702 9524;  
тел./факс: (095) 702 9503, 702 9338.

 **Акрихин**

## ЭСПАРМА



Германская фармацевтическая фирма Эспарма ГмБХ предлагает коллекцию препаратов “Эвкабал”, которые эффективны для лечения простудных заболеваний. В основе **бальзама** лежит комплекс веществ естественного происхождения: эвкалиптовое и канифольное масла, **сиропа и капель** - экстракты тимьяна, подорожника, роснянки. Все формы Эвкабала эф-

фективны для лечения катаральных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхитов, легких случаев ларингита и фарингита, раздраженных состояний дыхательных путей различной этиологии. Бальзам хорошо растворяется в воде и поэтому пригоден также для приготовления ванн и ингаляционных растворов. По мнению специалистов кафедры детских болезней РГМУ, лечение с помощью ингаляций Эвкабалом способствует купи-

рованию кашля, уменьшает боли и першение в горле, уменьшает секрецию бронхов, предотвращает развитие ларингитов, трахеитов, бронхитов и других осложнений при ОРВИ. Кроме того, ванны, ингаляции и растирания бальзамом оказывают расслабляющее и успокаивающее действие, улучшают сон.

Эвкабал подходит для лечения не только взрослых, но и детей.

Препараты этой коллекции обладают мягким ща-

## ЭВКАБАЛ

дающим действием и практически не имеют побочных эффектов. И все же, при значительных повреждениях кожи и острых кожных заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой, инфекционных заболеваниях, сердечной недостаточности и гипертонии, особенно, если речь идет о детях младше 1 - 2 лет, ванны с добавлением бальзама Эвкабал следует принимать только после консультации с врачом.

**Спрашивайте препараты Эвкабал в аптеках города.**

## БИБЛИОТЕКА • LIBRARY

## ВЫБОР ДОКТОРА БОТКИНА

Многие годы имя доктора Евгения Боткина, добровольно разделившего трагическую судьбу Николая II и его семьи, было вычеркнуто не только из истории, но и из медицинских учебников и энциклопедий. Даже в книгах о знаменитом про-

Незадолго до этого со- бытия из печати вышла книга Александра Крылова “Последний лейб-медик”, посвященная доктору Боткину.

Опубликованные в книге документы, письма и дневники позволяют

Евгений Боткин родился 27 мая 1865 года в Царском Селе. В 1889 году он заканчивает курс Военно-медицинской академии с отличием. Работа в больнице для бедных, ночные дежурства, выхаживание тяжелых больных - Боткин на деле узнает цену человеческим страданиям. Вскоре он защищает докторскую диссертацию, одним из первых в России, занимается вопросами иммунологии.

С 1908 года Боткин - лейб-медик Николая II. Но это звание не только признание профессиональных качеств Евгения Боткина. Он был предан царской семье как человек, искренне любивший этих людей, и в июле 1918 года врач не колеблясь сделал свой выбор...

Особая привлекательность книги “Последний лейб-медик” в том, что она ненавязчиво знакомит нынешних молодых врачей с идеалами прошлых поколений русской интеллигенции, дает в образе доктора Боткина нравственный ориентир, которого так не хватает в наше время.



Книги, как и люди, имеют свою судьбу... В справедливости этой древней мудрости убеждаешься на примере книги о Е. С. Боткине. Подобно большинству некоммерческих изданий на пути ее выхода в свет стояли финансовые проблемы. Но судьба книги оказалась связана с судьбой руководителя МФК “Ренессанс” Бориса Иордана, близкого родственника внука Евгения Боткина - Георгия. Так, благодаря поддержке банкира, книга о замечательном враче увидела свет.

Избранным счастливым последние мгновения жизни отмерены стать вершиной их земного бытия. Евгению Боткину выпала именно такая доля. “Претерпевший до конца, да спасется...”

**Член-корреспондент РАМН Лев ХУНДАНОВ**



фессоре Сергее Петровиче Боткине имя его сына не упоминалось. И вот, 17 июля 1998 года, останки доктора Боткина были перезахоронены вместе с царской семьей в Санкт-Петербурге.

современному читателю стать свидетелем драматических событий, приведших Россию к бедам революции, гражданской войны, убийству одиннадцати человек ночью 17 июля 1918 года.

**ТРАНСАТЛАНТИК ИНТЕРНЕЙШНЛ ПТЕ. ЛТД.****Уважаемые господа!**

Фирма "Трансатлантик Интернейшнл ПТЕ. ЛТД." выражает Вам свое глубочайшее почтение.

Мы работаем на российском фармацевтическом рынке с 1993 года. Основной деятельностью фирмы является импорт медицинских препаратов.

Наша фирма является представителем фирм-производителей: "Хималайя Драг Ко" (Индия), "Лайка Лабс" (Индия), "Глаксо Индия", "Этифарм" (Франция) и официальным дистрибьютером фирм: "М. Дж. Экспортс" (Индия), "Алхсон" (Индия), "Новартис".

На российский фармацевтический рынок мы предлагаем широкий спектр медицинских препаратов (противотуберкулезные, антибактериальные, препараты растительного происхождения, инсулины, витамины и многие другие).

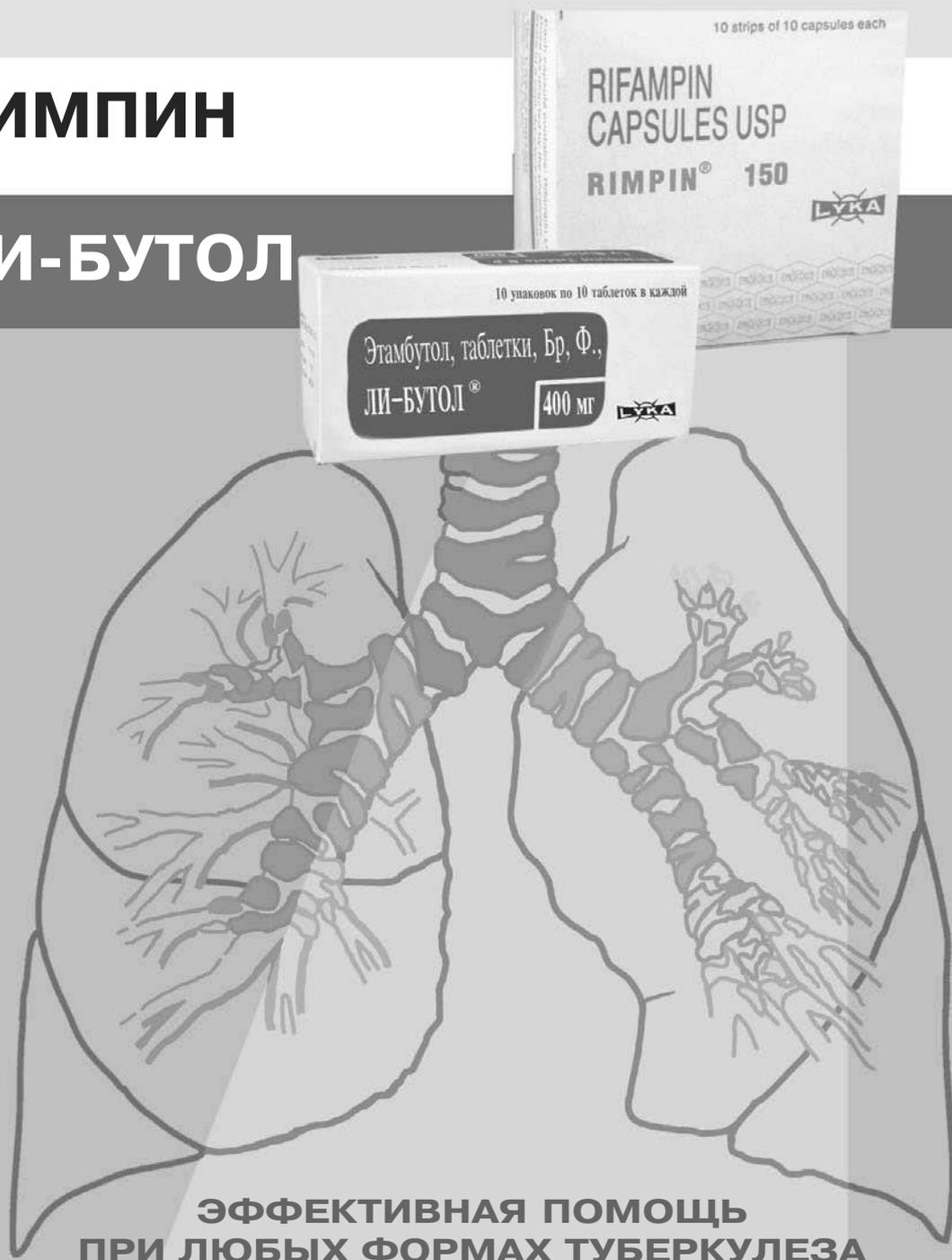
Фирма "Трансатлантик" работает по всей территории России и Беларуси, имеет своих представителей во многих городах Российской Федерации.

Наша фирма заинтересована в здоровье населения, мы считаем, что возможность приобрести наши лекарственные препараты должна быть у любого социального слоя, и именно поэтому мы проводим политику умеренных цен, участвуем и обеспечиваем поддержку медицинских конференций, осуществляем благотворительную деятельность, являемся постоянными участниками медицинских выставок и семинаров в Москве и регионах.

**Наш адрес: 107078, Москва, ул. Новая Басманная д. 12, стр. 2А.  
Тел.: (095) 265 9004/9132;  
(095) 265 9023/9169.  
Факс: (095) 267 7347, 261 2254.**

Противотуберкулезные препараты	
Римпин (рифампицин)	150 мг (100 кап.)
Либутол (этамбутол)	400 мг (100 таб.)
Линамид (пиразинамид)	500 мг (100 таб.)
Антибиотики	
Лизолин (цефазолин)	1000 мг (флакон)
Лифоран (цефотаксим)	1000 мг (флакон)
Кефзол (цефазолин)	1000 мг (флакон) 250 мг (флакон)
Этидоксин (доксациклин)	100 мг (10 кап.)
ГКС	
Преднизолон (преднизолон)	30 мг/1 мл (Замп.) 5 мг (100 таб.)
Флукорт-Н (флуцинолон с неомисином)	15 г (мазь/туба)
Флукорт-С (флуцинолон с ксиноформом)	15 г (мазь/туба)
Цитостатики	
Тамоксифен цитрат (тамоксифен)	10 мг (60 таб.)
Противогрибковые препараты	
Имидил (клотримазол)	20 г (крем/туба) 100 мг (6 ваг. таб.)
Витамины	
Гинвит (корень женьшеня с витаминами и минералами)	30 кап.
НПВП	
Вольтарен (диклофенак)	100 мг (30 таб.) 50 мг (20 таб.) 25 мг (10/свечи)
Препараты для парентерального питания	
Декстроза (глюкоза)	5%/500 мл (флакон)
Гипотензивные препараты	
Адельфан-Эзидрекс (комбинированный препарат)	250 таб.
Антидиарейные препараты	
Неоинтестопан (аттапульгит)	630 мг (20 таб.)
Антиконгестивные препараты	
Длянос-спрей (ксилометазолин)	0,1% - 10 мл (флакон)
Длянос (ксилометазолин)	0,05% - 10 мл (флакон)
Препараты растительного происхождения	
Глаксенна (слабительное)	500 таб.
ЛИВ-52 (гепатопротектор)	100 таб., 60 мл/флакон
Цистон (регуляция кристаллоколлоидного баланса мочи)	100 таб.
Спеман (стимуляция сперматогенеза)	100 таб.
Спеман Форте (улучшение потенции)	100 таб.
Тентекс Форте (восстановление половой активности у мужчин)	100 таб.
Химколин (улучшение эрекции)	10 г/туба

**ПРИГЛАШАЕМ К ВЗАИМОВЫГОДНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ!**

**РИМПИН****ЛИ-БУТОЛ**

**ЭФФЕКТИВНАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ ЛЮБЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА**



**Трансатлантик**  
ИНТЕРНЕЙШНЛ ПТЕ. ЛТД.  
Москва, Новая Басманная, 12, стр. 2а  
тел.: 265-9023, 9132; факс: 261-2254



**LYKA LABS LIMITED**  
**ЛАЙКА ЛЕБС ЛИМИТЕД**

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.

**Цена  
договорная**

Главный редактор Г. Денисова  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445  
[www.dataforce.net/~hospital](http://www.dataforce.net/~hospital); E-mail - [hospital@dataforce.net](mailto:hospital@dataforce.net)  
Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"  
© Газета "Больница"