

# ГОСПИТАЛ

# БОЛЬНИЦА

**NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!**

№ 9-10  
2000

**НАУКА  
И ПРАКТИКА  
РМАПО МЗ РФ  
Кафедра  
дермато-  
венерологии**

**СТР. 3-11**

**ЛЕКАРСТВА**  
Амиксин  
Эпиген интим  
Вильпрафен



**СТР. 12-14**

*Медицинская  
техника*



**СТР. 19**



**Эдуард Баткаев:**

*«Сегодня учеников кафедры дерматовенерологии РМАПО можно встретить практически во всех регионах России, странах СНГ и дальнем зарубежье. Это наша гордость и главное достижение».*

## НОВОСТИ



## В Министерстве здравоохранения России

25 октября в Министерстве здравоохранения России на заседании коллегии был заслушан и обсужден Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1999 г., представленный академиком РАМН О. П. Щепиным.

В Российской Федерации в 1999 г. наиболее острыми проблемами здоровья населения явились крайне низкий уровень рождаемости (8,8 в 1998 г. и 8,4 на 1000 населения в 1999 г.), более высокий, чем в 1998 г. уровень смертности (13,6 в 1998 г. и 14,7 на 1000 населения в 1999 г.), сохраняющийся отрицательный естественный прирост населения.

Отмечен высокий уровень заболеваемости отдельными инфекционными болезнями, особенно туберкулезом и сифилисом, вирусными гепатитами В и С, острыми кишечными инфекциями, а также анемией. Регистрируется высокий уровень психических расстройств, особенно алкогольных психозов, аллергических заболеваний, язвенной болезни. Более распространенными стали болезни поджелудочной железы, печени и желчного пузыря, заболевания мочеполовой системы, врожденные аномалии, сахарный диабет, снижение иммунитета. Все более сложной становится проблема наркомании и токсикомании, особенно в подростковом возрасте.

Тревожная ситуация в 1999 году сохранилась с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в 82 из 89 субъектов Российской Федерации зарегистрировано более 26 тысяч ВИЧ-инфицированных.

В 1999 году активно решались вопросы финансирования, взаимозачетов, заработной платы, повышения оснащенности и качества медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического надзора. Однако нарастает число сообщений о трудностях поддержания приобретенных высоких технологий, кадрового и финансового сопровождения их эксплуатации.

Сложившиеся в прошлом году тенденции, оценки современного состояния здоровья населения, развития отрасли и медицинской науки свидетельствуют о продолжающемся неблагополучии в формировании здоровья, которое может привести к ухудшению качества населения, ограничению его участия в созидательной деятельности по улучшению социально-экономической ситуации в стране.

При проведении мероприятий на государственном уровне, к числу приоритетных и нуждающихся в правовом обеспечении, необходимо отнести проблемы, выдвинутые в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. Это, прежде всего, изменение подходов к формированию политики в области здравоохранения, к оценке значимости ее вклада в экономику страны, совершенствование системы управления отраслью, государственная поддержка отечественной медицинской промышленности, всемерное развитие науки, как гаранта успеха намеченных преобразований, решение кадровых проблем с учетом современных потребностей отрасли, максимальное расширение социальной базы здравоохранения.

## Крупный не по возрасту



Московский Центр Диализа, отметивший на днях годовщину своего существования, даже по европейским меркам большой, а для нашей страны он самый крупный из всех. Его создание – своеобразный эксперимент по взаимодействию частных инвесторов (объем капиталовложений около 3 млн. долларов) и городской системы здравоохранения. В числе учредителей – известные российские артисты Лев Лещенко и Владимир Винокур, зарубежные компании London Medical Technologies и First Line.



Сегодня здесь проходят лечение 285 человек (это около 35 % всех диализных больных столицы). 36 аппаратов «искусственная почка» работают круглосуточно в четыре смены. Пациентов обслуживают 12 врачей-нефрологов, 22 медсестры. Заключен пятилетний контракт с Комитетом здравоохранения Москвы, который является единственным заказчиком и плательщиком Центра: все пациенты-москвичи получают диализные процедуры бесплатно.

Если учесть, что в России гемодиализный больной автоматически становится инвалидом I группы, понятна гордость медицинского персонала Центра за свою работу – все пациенты, проходящие здесь лечение, ведут активный образ жизни, а многие из них продолжают работать.

– За год своего существования, – говорит генеральный директор Центра Анна Азарнова, – наш Центр доказал свою жизнеспособность в российской медицинской практике. Наш пример – это еще один аргумент в пользу появления новых амбулаторных диализных центров с западными методами менеджмента и европейским стандартом оказания гемодиализной помощи в нашей стране. В ближайшие годы возможно привлечение инвестиций на сумму 5 млн. долларов для запуска проектов, аналогичных московскому, в других городах России.

## Первая в мире монография по ксенону

В издательстве «Пульс», Москва, вышла книга «Ксенон в анестезиологии». Ее авторы – доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Российской медицинской академии последипломного образования Н. Е. Буров, кандидат технических наук, директор по науке ООО «Акела-Н» В. Н. Потапов и кандидат физико-математических наук, старший научный сотрудник РНЦ «Курчатовский институт» Г. Н. Макеев.



Это первая в мире монография по клинко-экспериментальным исследованиям инертного газа ксенона – нового экологически чистого, сильного и безопасного газообразного анестетика. Патент на изобретение «Способ проведения анестезии ксеноном по масочному типу» принадлежит РМАПО.

В работе представлены основные физико-химические свойства ксенона, способы его промышленного производства, а также опыт применения нового газового анестетика в клинике: фармакокинетика, фармакодинамика, современные представления о механизме его наркотического действия, стадии наркоза, влияние на организм человека и животных. Определены показания и противопоказания к анестезии ксеноном в хирургической клинике, дана сравнительная характеристика ксенона с другими современными ингаляционными анестетиками, приведена методика низкочастотной анестезии, способы рециклинга ксенона и намечены перспективы его применения в широкой медицинской практике.

Книга рассчитана на врачей анестезиологов-реаниматологов, научных работников, инженеров и техников по анестезиологической аппаратуре.

По вопросам приобретения обращаться по тел.: (095) 252 1900, 185 0986.

**В прошлом году кафедра дерматовенерологии РМАПО отметила юбилей – 65 лет со дня своего образования. Тысячи врачей смогли здесь усовершенствовать свои знания, повысить квалификацию, получить новую специальность.**

**Сегодня кафедра проводит около 20 тематических циклов усовершенствования по различным разделам специальности, более 500 врачей ежегодно проходит переподготовку, сдают экзамен и получают сертификаты. Впервые в России при кафедре организован курс клинической лабораторной диагностики для врачей-лаборантов и лаборантов кожно-венерологических диспансеров, который можно без преувеличения назвать уникальным.**

**Мы хотим рассказать нашим читателям о работе коллектива кафедры, его сегодняшних возможностях и перспективах.**

**Слово – заведующему кафедрой профессору Э. А. Баткаеву.**

## НАДО ОБЪЕДИНИТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ И СОЗДАТЬ СИСТЕМУ ДЛЯ ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

**– Эдуард Алексеевич, несколько фактов из истории кафедры...**

– Вся наша история – это совершенствование системы последиplomного образования, поиск новых форм повышения квалификации и переквалификации врачей. Если в первые годы кафедра проводила главным образом 4–5 месячные циклы усовершенствования, то сегодня продолжительность наших сертификационных циклов всего около месяца, а четыре месяца теперь требуется для того, чтобы из врача-лечебника или педиатра сделать абсолютно нового специалиста – квалифицированного дерматовенеролога.

Важные для истории кафедры моменты, на мой взгляд, это: первые в СССР циклы усовершенствования по косметологии, повышение квалификации врачей-серологов, специализированные циклы для главных врачей КВД – это все начиналось еще в 50–60-е годы. С 1965 года кафедра стала проводить выездные циклы, на которых за эти годы прошли обучение более двух тысяч дерматовенерологов. В последние десятилетия для нас важной стала работа по созданию специализированных программ, учебных планов по профессиональному обучению, квалификационных характеристик для врачей различных категорий. Эту работу мы выполняли по заданию

Минздрава в тесном контакте с другими кафедрами РМАПО.

В научном плане кафедра тоже имеет свои приоритеты.

Наши сотрудники впервые в Союзе освоили и поставили реакцию иммобилизации бледных трепонем, внедрили методы эндолимфатической терапии сифилиса и осложненного урогенитального хламидиоза, методики лечения трихомониаза, бактериального вагиноза, генитального герпеса и других заболеваний, передаваемых половым путем. Много внимания у нас всегда уделяли научным основам врачебно-трудовой экспертизы при кожных и венерических болезнях, внедрению в практику новых лекарств и методов лечения таких как: электроанальгезия, оксигенотерапия, ультразвуковая терапия, гипербарическая оксигенация, рефлексотерапия, диетотерапия и многое другое. Под руководством сотрудников кафедры подготовлено и защищено более 200 кандидатских и докторских диссертаций, написаны и изданы многочисленные монографии, учебники и методические материалы.

Сегодня учеников кафедры можно встретить практически во всех регионах



России, странах СНГ и дальнем зарубежье. Это наша гордость и главное достижение.

**– Последние год-два наблюдается своеобразный «учебный бум». Высшее образование, повышение квалификации – получило свою реальную цену. Люди стали понимать, что надо вкладывать средства в свое будущее. Ваша кафедра это ощущает?**

– Не могу сказать, что произошел резкий всплеск – потребность во врачах нашей специальности растет постоянно. Ежегодно 20–30 врачей-лечебников или педиатров приходят к нам чтобы приобрести новую специальность. Четыре месяца углубленных индивидуальных занятий завершаются сертификационным экзаменом. Те, кто его успешно выдержит – получают государственный сертификат специалиста. А далее новоиспеченный дерматовенеролог может более углуб-



ленно изучить косметологию или, например, венерологию, детскую дерматологию, микологию – массу более узких специальностей.

Хозрасчетные циклы по усовершенствованию, в первую очередь, пользуются вниманием специалистов из коммерческих, хозрасчетных учреждений, частнопрактикующих врачей, врачей, которые временно не работают. Например, циклы по косметологии мы проводим раз в квартал. Программа, которую мы предлагаем, судя по отзывам курсантов, полностью их устраивает – они получают максимум необходимой информации. В этой программе, на договорной основе, участвуют косметологические фирмы: кафедра преподает клиническую часть, а они – аппаратную и профилактическую косметологию.

**– И все же основной ваш контингент – врачи из государственных лечебных учреждений?**

– Да, система последипломного медицинского образования в России предусматривает пятилетний цикл обучения. То есть, каждые пять лет врач должен пройти обязательный, а потом, если необходимо, специальный или углубленный курс усовершенствования. Этот ответственный заказ Минздрава мы стараемся четко выполнять и даже перевыполнять. Потребность в усовершенствовании знаний, повышении квалификации у врачей с периферии огромная! Все упирается в финансы. Конечно, средств, которые централизованно выделяются регионом на обучение, сегодня явно недостаточно. Поэтому нам вдвойне бывает обидно, когда узнаем о фактах использования их не по назначению. Руководители органов здравоохранения на местах могут, например, организовать учебу для себя и приближенных лиц где-нибудь в Испании или Израиле, устроить двухнедельный «семинар» на теплоходе, который сразу съест годовой «учебный» бюджет.

**– Какие обучающие циклы кафедры, на ваш взгляд, заслуживают особого внимания?**

– Учитывая эпидобстановку и сложности в диагностике заболеваний, передаваемых половым путем, кафедра открыла курс лабораторной диагно-

сти в дерматовенерологии. Это очень, на наш взгляд, важное начинание. Почему? Известно, что лабораторная база большинства наших лечебных учреждений очень слаба, врачи-лаборанты не знают современных технологий. Если раньше у них было две проблемы – диагностика сифилиса и гонореи, то сегодня они должны идентифицировать возбудителей девяти ЗППП: хламидиоза, микоплазмоза, гарднереллеза и т. д. Диагностика этих инфекций требует современных технологий, например, молекулярно-генетических методов, ПЦР-, ДНК-зондирования, иммуноферментного анализа, иммунофлюоресцентного метода и т. д. Врачи в основной массе к этому не готовы и специализированных учебных учреждений, которые могли бы им дать эти знания тоже нет. Мы начали с обучения столичных специалистов, надеемся, что этот курс по достоинству оценят и в регионах.

Наша традиционная работа – выездные циклы. Сейчас складывается так, что регионам выгоднее оплачивать наш приезд, чем посылать специалистов на обучение в Москву. Например, обздраву надо в течение двух-трех лет отправить на обучение 30–50 человек. Какая огромная нагрузка на бюджет! Здесь же предлагается обеспечить приезд и нормальные условия для работы пяти-шести специалистам. Рентабельность выездных курсов – в 10 раз выше традиционных.

Сейчас наша кафедра совместно с кафедрой экономики, планирования и управления РМАПО готовит обучающий цикл специально для главных врачей кожных диспансеров. Помимо профессиональных знаний они получают информацию по экономике здравоохранения, нормативной и юридической базе, основам менеджмента.

**– Что еще нового появилось в работе кафедры?**

– Последние два-три года мы стали активнее заниматься подготовкой методической литературы. В этом году запланировано подготовить 12 учебных пособий, половина из них уже вышла. Потребность в таких материалах огромная! С этой же целью мы издаем «Вестник последипломного медицинского образования», который призван помочь нашим читателям – дерматовенерологам, косметологам, гинекологам, урологам, врачам-

лаборантам и другим специалистам совершенствовать свои знания в аспекте непрерывного образования, а также быть в курсе научной и педагогической работы кафедры.

С целью углубления процесса непрерывного медицинского образования по дерматовенерологии мы создали Региональную общественную организацию содействия развитию последипломного медицинского образования, медицинской науки и практики. В числе основных задач этой организации – объединить специалистов и создать систему взаимодействия врачей всех специальностей, которым в большей или меньшей степени приходится иметь дело с нашими проблемами, например, урологов, гинекологов, инфекционистов, иммунологов, эндокринологов. Мы проводим ежегодные междисциплинарные симпозиумы «Новое в дерматовенерологии, андрологии, гинекологии». В феврале 2001 года состоится уже шестой такой симпозиум. Мы призываем коллег участвовать в его работе, чтобы выработать систему взаимодействия и преемственности, единые подходы и стандарты. Особенно это необходимо в отношении наиболее распространенных инфекций – урогенитального хламидиоза, трихомониаза и микоплазмоза, ведь они основные поставщики грозных осложнений: 50–70% больных бесплодием – результат воспалительных и инфекционных заболеваний мочеполовых органов.

Наша общественная организация должна также содействовать разрыванию профилактической работы среди населения, выступать с законодательными инициативами. Например, сегодня есть настоятельная необходимость повысить возможности анонимного обследования и лечения. Сейчас сложилась такая ситуация: если больной хочет анонимно лечиться – то он должен за это платить. Люди, у которых нет таких возможностей, занимаются самолечением, обращаются к теневой медицине. А это тупиковый путь, который приводит к осложнениям, хронитизации процессов. На мой взгляд, обследование и лечение ЗППП должно быть анонимным и бесплатным, тогда больные будут смело идти к врачам, и инфекция не будет так стремительно распространяться.



## ОСВАИВАЯ НОВОЕ, НЕ СТОИТ ЗАБЫВАТЬ И СТАРЫЕ НАДЕЖНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

**В развитии всех заболеваний, в том числе заболеваний, передаваемых половым путем, много особенностей. В ряду этих особенностей есть одна, которая играет весьма значительную роль – это вялое течение инфекционного процесса, отсутствие выраженной клинической симптоматики и специфических проявлений. По данным ВОЗ сегодня в мире ежегодно инфицируется хламидиями 89 миллионов человек. Поражения хламидиями по количеству случаев в два раза обгоняют гонорею, в 7,5 раза сифилис, но в отличие от этих венерических заболеваний приблизительно в 70 случаях из 100 у женщин и в 50 у мужчин они не проявляют себя болезненными симптомами.**

**Врачу-клиницисту сложно поставить диагноз лишь на основании жалоб, данных анамнеза и клинического объективного осмотра. Поэтому в диагностике урогенитальных инфекций так велика роль лабораторных методов.**

**О проблемах лабораторной диагностики рассказывает доцент кафедры Е. В. Липова.**



– Лабораторная диагностика за последнее время сделала огромный шаг вперед: появилась масса новых сложных исследований. Сложных не только технически, но в первую очередь – с точки зрения клинической интерпретации. Все методы обладают различной чувствительностью и специфичностью, каждый имеет свои особенности, достоинства и недостатки. Поэтому врачу-клиницисту, чтобы назначать те или иные исследования строго по показаниям и получать достоверную информацию, совершенно необходимо разбираться во всех тонкостях лабораторной диагностики. С этой целью на кафедре создан курс лабораторной диагностики для врачей кожно-венерологической службы.

Наш курс существует второй год. Несмотря на то, что в России есть масса кафедр, которые занимаются обучением и

сертификацией врачей-лаборантов, ни одна из них не занимается так прицельно методами диагностики урогенитальных инфекций.

У нас два вида циклов – сертификационные и тематические. Остановлюсь подробнее на тематических. На одном из них, например, врач занимается такой узкой проблемой как бактериологическая диагностика инфекции, передаваемой половым путем, на другом – еще более узкой: лабораторная диагностика сифилиса, на третьем – лабораторная диагностика вирусных инфекций, и так далее. То есть, у специалиста есть возможность досконально изучить наиболее актуальную для него тему. В тесном контакте с нашей кафедрой работают и профильные кафедры РМАПО – клинической лабораторной диагностики, микробиологии, медицинской вирусологии. Мы

даем основы и подходы, клиническую часть, предваряющую изучение специальных лабораторных методик. Прослушав теорию, курсанты уходят непосредственно к преподавателям-лаборантам на практические занятия, которые занимают около 70% учебного времени. Судя по отзывам наших слушателей – такая постановка обучения самая оптимальная.

Что предполагается нового на обучающих курсах? Мы готовим программу «Роль молекулярно-биологических методов исследования в диагностике урогенитальных инфекций». Почему именно так ставится вопрос – роль и значение всех существующих методов? Потому, что сегодня в России, я рискну это утверждать, наиболее современные и, если так можно выразиться, модные методы исследования, например, молекулярно-генетический, к сожалению,

### Учебно-производственный план по курсу «Лабораторная клиническая диагностика» на 2001 г.

1. **Лабораторная диагностика сифилиса.** Тематическое усовершенствование. Очное. 11.01 – 24.01, 28.03. – 10.04.
2. **Клиническая лабораторная диагностика.** Сертификационное усовершенствование. Очное. 30.01. – 26.02, 14.05. – 9.06
3. **Бактериологическая диагностика ИППП.** Тематическое усовершенствование. Очное. 14.03. – 27.03, 26.04. – 12.05, 11.06. – 23.06.
4. **Лабораторная диагностика микозов.** Тематическое усовершенствование. Очное. 12.04. – 25.04.
5. **Клиническая лабораторная диагностика (фельдшеры, лаборанты).** Сертификационное усовершенствование. Очное. 10.09. – 6.10, 8.10. – 3.11, 5.11. – 3.12, 4.12. – 31.12.

несколько профанируются. Да, этот метод перспективный, в медицине он используется очень широко – личность Николая II, кстати, была установлена с помощью молекулярно-генетического метода. Но надо знать – он тоже имеет свои плюсы и минусы, и прежде всего – его использование должно быть строго сертифицировано. При малейшем нарушении условий проведения полимеразной цепной реакции, например, при использовании несертифицированных праймеров, вероятны ложно положительные или ложно отрицательные результаты! Очень строги требования к техническому оснащению боксов для проведения исследований, обеспечению стерильности оборудования и прочего.

А как оснащены лаборатории наших лечебных учреждений мы прекрасно знаем. Поэтому, не отрицая нового, мы хотим предложить курсантам вспомнить старые, незаслуженно забытые, но надежные и простые методы.

Опытные врачи знают, что обследование больного надо начинать с хорошего бактериологического исследования, то есть, определения флоры данного участка урогенитального тракта. Потому что в каждом эпителие – уретре, цервикальном канале, влагалище – свой микробный пейзаж. Когда возникает заболевание, ассоциации нарушаются как в количественном, так и в качественном плане. Поэтому, перед тем как обследовать пациента на тот же хламидиоз и микоплазмоз очень дорогими молекулярно-генетическими методами, было бы целесообразнее внимательно изучить микробный пейзаж. Ведь условно патогенные микроорганизмы, в норме обитающие в урогенитальном тракте, подчас приобретают вирулентные свойства и становятся возбудителями кольпита, уретрита, эндометрита и т. д. Хорошая бактериологическая диагностика в лечебном учреж-

дении совершенно необходима, а этого, к сожалению, практически нет нигде. Молекулярно-генетические методы есть, а вот хорошей бактериологии – нет. Парадокс!

Повторюсь, методов лабораторной диагностики сегодня очень много, но одного единственного и абсолютно надежного нет. Прописная истина: получение положительного результата должно быть подтверждено исследованиями в двух не родственных методах. Это касается и сравнительно новых инфекций – хламидиоза и микоплазмоза, и старых по-прежнему широко распространенных.

...Раньше эту болезнь называли и молочницей, и плесневкой, и белым ящуром. Речь идет об урогенитальном кандидозе, который становится проблемой номер один во всем мире. В структуре воспалительных процессов нижних внутренних отделов женской половой системы он занимает 40%. Нет ни одной женщины в мире, которая хотя бы раз в жизни не перенесла урогенитальный кандидоз. Мужчины болеют реже (17–18%), но страдают так же тяжело.

Диагностика хронических форм кандидозной инфекции, протекающей вяло, атипично, иногда с малой и совершенно невыраженной симптоматикой, очень сложна. И лечение таких больных тоже большая проблема, так как урогенитальный кандидоз – показатель общего нездоровья человека, его течение слишком зависит от общего состояния организма.

Большие сложности поджидают врача-лаборанта и при диагностике папилломовирусной инфекции. Доказано, что определенные типы папилломовируса, прежде всего 16 и 18, высоко онкогенны. Поэтому сегодня в диспансерах обязаны осматривать женщину не только на предмет – сифилис, гонорея, трихомониаз и так далее, но не забывать и об этом

коварном вирусе. В развитых странах удалось снизить показатель заболеваемости раком только за счет всеобщего цитологического скрининга молодых женщин на папилломовирусную инфекцию.

Научно-исследовательская работа по папилломовирусной инфекции, которая проводится у нас на кафедре, выявила весьма тревожную тенденцию: многие молодые женщины в возрасте 18–25 лет уже имеют патологию шейки матки, то есть, мы обнаруживаем фоновые процессы на шейке матки. И во всех этих случаях выделяется папилломовирусная инфекция. Причем, при визуальном осмотре шейка выглядит совершенно здоровой, но, проводя кольпоскопию, обнаруживаем атипичные изменения. Сделав сразу цитологический мазок из эндо- и экзоцервикса – мы получаем ту или иную степень диспластических процессов в шейке. Это проблема очень серьезная! Потому что заболеваемость раком шейки матки неустанно растет и молодеет. К сожалению, сегодня эти диагностические услуги в большинстве медучреждений стали платными. А раньше, в 60-е годы, в любой женской консультации при первичном осмотре были обязаны выполнить расширенную кольпоскопию и цитологическое исследование мазков экзо- и эндоцервикса.

Врачам надо овладевать методами кольпоскопии, осваивать современную технику. Сегодня уже есть кольпоскопы с большой степенью увеличения, что позволяет провести фактически прижизненное морфологическое исследование эпителия! У нас на кафедре такой кольпоскоп есть – это наша гордость. Приглашаем врачей-лаборантов учиться на нем работать.



## СИФИЛИС: ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДОЛЖАЮТСЯ

**Кафедра дерматовенерологии РМАПО едва ли не с первого дня своего существования занимается изучением одного из основных заболеваний, передаваемых половым путем – сифилиса.**

**Возбудитель с помощью электронного микроскопа изучен вдоль и поперек, диагностика и лечение болезни врачам хорошо известны. Что нового может принести продолжение научных исследований?**

**Отвечает кандидат медицинских наук, доцент кафедры М. В. Шапаренко, который посвятил этой проблеме почти всю свою жизнь.**

– Да, казалось бы, возбудитель изучен досконально. Однако, как вы объясните такую ситуацию: каждый третий, а по некоторым данным даже каждый второй человек, будучи в половом контакте с большим активной формой сифилиса, не подвергается заболеванию? Наши наблюдения, наблюдения практических врачей в клиниках постоянно указывают на этот факт. Дело, видимо, в возбудителе, его вирулентности. Именно эта проблема, над которой бьемся и мы, и тысячи других ученых во всем мире, не решена и по сей день.

В чем причина снижения агрессивности нашего старого знакомого? То ли в макроорганизме – медицина утверждает, что в основе заражения любой инфекцией лежит макроорганизм. А может не стоит сбрасывать со счетов роль микроорганизма? В последние годы появились публикации, в которых ставится под сомнение 100% вирулентность бледных трепонем. Есть предположение, что по истечении какого-то периода времени, зарубежные коллеги считают это 17–19 лет, возбудитель сифилитической инфекции как бы ослабевает и происходит стихание эпидемии.

По данным отдела статистики и информации Минздрава РФ, самый высокий

пик заболеваемости сифилисом был у нас в 1997 году, а потом наметилась тенденция к ее снижению. В 2000 году, по крайней мере в отдельных регионах (в целом по России данных нет), эта тенденция сохраняется.

Итак, у каждого третьего человека, который находился в контакте, заболевание не проявляется. Между тем, по существующим инструкциям, все люди, находившиеся в контакте, подлежат превентивному лечению. То есть, мы априори причиняем здоровому человеку физические и моральные страдания, несем экономические потери – ведь это и антибиотики, и работа медперсонала, и шприцы, и спирт, в общем, затраты немалые. Особенно печально, когда речь идет о детях (дети до трех лет жизни подлежат обязательному превентивному лечению, даже если были в бытовом контакте). Представьте ситуацию: детское учреждение, например ясли-сад, где у одного из сотрудников выявили сифилис. Жуткая картина! Дети травмируются и психически, и физически – дополнительная аллергизация. Поэтому изучение биохимических, химических, физических особенностей возбудителя, исследования по выявлению факторов, влияющих на его вирулентность, так важны и актуальны.

Второе направление наших исследований – изучение особенностей течения сифилитической инфекции. В первую очередь нас волну-

ет клиническое проявление ранних форм сифилиса, ибо эти формы преобладают в общей структуре заболеваемости. И, как показывает опыт, наибольшее количество диагностических ошибок совершаются дерматовенерологами и врачами других специальностей именно при встрече с большими ранними формами сифилиса.

На большом клиническом материале больницы им. В. Г. Короленко и на основании данных ряда кожнодиспансеров, мы подтвердили факт небольшого удлинения инкубационного периода: не 3–4, а до 4–5 недель. Мы установили, что в последние годы характерно удлинение инкубационного периода не только при ранних, но и поздних формах сифилитической инфекции. Мы наблюдали уникальных больных, в частности в нашем отделении, с поражением легких, сердечно-сосудистой системы – при поздних формах сифилиса эта патология выходит на первое место. Заметили мы среди таких больных и некоторое учащение случаев заболевания нейросифилисом.

Теперь наша задача – поделиться со слушателями наших курсов усовершенствования этими наблюдениями, предостеречь от возможных диагностических ошибок.



Лечение. Сейчас сифилитическая инфекция лечится, в основном, в амбулаторных условиях несколькими инъекциями дюранных препаратов. Если говорить о статистике, то восемь больных из десяти можно и нужно лечить амбулаторно. Эффективность очень высокая – 94–96%. Лишь два–три человека из десяти направляются на лечение в стационар. Конечно, это сложные больные, с непереносимостью антибиотиков, соматически отягощенные, с патологическими процессами внутренних органов, нервной системы. Но и их пребывание в стационаре резко сократилось.

Печально, но как раньше, так и сейчас, мы фиксируем определенный процент неудач. В чем они заключаются? У некоторых пациентов, получивших лечение современными препаратами, спустя год, два, а то и три сохраняются положительные серологические реакции! В таких случаях мы объясняем пациентам, что и для них лично, и для окружающих эти реакции не опасны. Но людей не может не мучить вопрос: «Как избавиться от «черной метки?» Вот вам и еще одна тема для исследований.

Мы продолжаем работу по изучению причин серорезистентности, возможности ее устранения с использованием современных средств. В подготовленном кафедрой учебном пособии целый раздел мы так и назва-

ли: «Опыт кафедры в лечении и профилактике серорезистентности сифилиса».

Сифилис у беременных – тоже одна из острых проблем, которой мы давно занимались и занимаемся. У нас есть наблюдения, которые позволили несколько смягчить врачебную тактику по отношению к женщинам, переболевшим сифилитической инфекцией, которые вылечились и потом забеременели. В прежних инструкциях говорилось, что если женщина перенесла сифилитическую инфекцию задолго до беременности и вылечилась, то все равно во время беременности ей полагается провести так называемое профилактическое лечение.

Мы, анализируя истории болезни данных пациенток и их новорожденных младенцев, пришли к выводу, что не стоит вводить им антибиотики. Как показала практика, даже если матери не получили ни одной профилактической инъекции, дети рождаются свободными от сифилитической инфекции.

Что же касается детей, родившихся от матерей, болеющих сифилисом, леченных, достаточно хорошо леченных – то тут все бывает по-разному. Да, врожденный сифилис является тяжелым общим заболеванием, при котором поражаются все органы и ткани плода. Эта инфекция чаще всего приводит к внутриутробной гибели плода: до 80% случаев.

Но у нас есть ряд наблюдений, когда у больных матерей (во время беременности у них диагностируется сифилис и они получают противосифилитическое лечение) рождаются здоровые дети: не только без поражения кожи и слизистой, но и без поражения внутренних органов – все чисто. Только положительные реакции при анализе крови. Но, положительные тесты не всегда говорят о заболевании ребенка, ибо возможно прохождение реактивов и иммобилизинов через плаценту. Чтобы избежать гипердиагностики, важно сопоставить степень позитивности у матери и у ребенка. Если степень позитивности у ребенка ниже, чем у матери, то мы имеем возможность не спешить с антибиотиками. Но пока у наших врачей одна установка: лечить всех! И лечат, и перелечивают.

Сифилис сегодня является абсолютным медицинским показанием для прерывания беременности – это с юридической точки зрения. Но мы настояли, и на недавней конференции в Голицине было принято решение рекомендовать Минздраву – дать женщине право самой решать, как быть. А наша задача заключается в том, чтобы ее грамотно вылечить и помочь родить ребенка с минимальными поражениями.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Российская Медицинская академия последипломного образования**  
**Кафедра дерматовенерологии**  
**УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН**  
на 2001 год

№ п/п индекс	Наименование цикла и контингент курсантов	Вид обучения Форма обучения	Дата проведения
1	Сестринское дело. Медсестры КВД г. Москвы	сертификационное усовершенствование очное	4.01–28.03 прерывистый
2	Вирусные и другие инфекции, передаваемые половым путем. Зав. отделениями и дерматовенерологи	тематическое усовершенствование очное	8.01–20.01
3	Дерматовенерология. Содержание и методика преподавания. Преподаватели ГиДУВов и ФУВ	тематическое усовершенствование очное	25.01–7.02
4	«Новое в дерматовенерологии, косметологии, урологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика» шестой междисциплинарный симпозиум. Врачи всех специальностей	тематическое усовершенствование очное	21.02–24.02
5	Социальная гигиена и организация здравоохранения для руководителей КВД. Главные врачи КВД	сертификационное усовершенствование очное	26.02–26.03
6	Сифилис и другие венерические болезни. Зав. отделениями и дерматовенерологи	тематическое усовершенствование очное	28.03–10.04
7	Микрбы и паразитарные болезни человека. Зав. отделениями и дерматовенерологи	тематическое усовершенствование очное	12.04–25.04
8	Инфекции, передаваемые половым путем. Урологи, акушер-гинекологи г. Москвы	тематическое усовершенствование очное	26.04–12.05
9	Дерматовенерология. Зав. отделениями и дерматовенерологи	общее усовершенствование очное	14.05–9.06
10	Инфекции, передаваемые половым путем. Зав. отделениями и дерматовенерологи	тематическое усовершенствование очное	11.06–23.06
11	Сестринское дело. Медсестры КВД г. Москвы	сертификационное усовершенствование очное	27.08–24.11 прерывистое
12	Дерматовенерология. Зав. отделениями и дерматовенерологи	общее усовершенствование очное	3.09–29.09
13	Сестринское дело. Медсестры КВД г. Москвы	сертификационное усовершенствование очное	1.10–22.12 прерывистое
14	Дерматология. Зав. отделениями и дерматовенерологи	общее усовершенствование очное	12.11–7.12

Адрес учебной базы: 107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, тел: 964 1152





## КОСМЕТОЛОГ ДОЛЖЕН УЧИТЬСЯ ВСЕГДА!

**Кафедра дерматовенерологии РМАПО имеет давние традиции в косметологии. Один из первых ее заведующих, А. И. Картамышев, без преувеличения, является основоположником отечественной науки о красоте. Первый в СССР цикл усовершенствования по косметологии был проведен здесь в 1958 году. Здесь же, в ординатуре, учились И.Н. Кульгуненко и многие другие известные специалисты. Вообще, косметология как наука берет свое начало в дерматовенерологии. Нет такой специальности – косметолог. Для того, чтобы им стать прежде необходимо получить специальность врача-дерматовенеролога.**

**Почему так строго выполняется это требование? Об этом нам рассказывает кандидат медицинских наук ассистент кафедры Н. Ф. Яровая.**

– Очень часто, не зная кожных проявлений венерологических болезней, врачи начинают лечить какие-то сыпи, угри, аллергии вместо того, чтобы направлять больных на специфическое лечение. Много бывает ошибок и в диагностике онкологических заболеваний: в дерматологии есть большой раздел болезней, которые, при неправильно проведенном лечении, могут трансформироваться в онкологические. Здесь важно знать – что можно трогать, и чего нельзя. Сейчас возле косметологии очень много появилось «деятелей», которые, не имея медицинского образования, легко могут приобрести аппарат для электрокоагуляции и, чуть ли не в парикмахерских, удалять «лишние» кожные образования, не задумываясь о том, к чему это может привести. Количество онкологических заболеваний, возникших как следствие неправильных вмешательств, а значит – отсутствия компетенции у врачей, из года в год увеличивается. Поэтому основы дерматовенерологии и дерматоонкологии, которые преподаются у нас на кафедре, грамотному специалисту совершенно необходимы.

Вернемся к косметологии. Простая вещь – повседневный уход за кожей. Правильный

уход это прежде всего – профилактика кожных заболеваний, о чем надо заботиться с детства. Не тот крем, не то мыло и ...возникают проблемы. Особенно это актуально для молодежи, для тех, кто начинает свою трудовую деятельность. Мама приводит к нам в лечебно-консультативный центр сына и говорит: «Он у нас такой умный, институт с красным дипломом закончил, а его куда не берут, пока он не избавится от угрей».

Фирмы хотят видеть у себя в офисах здоровых и красивых людей – это понятно, но у данной ситуации есть и другая, более трагическая сторона. Болезнь, сделав человека изгоем, лишая возможности работать в коллективе, влияет на черты характера: он становится раздражительным, агрессивным, замкнутыми, впадает в депрессию. Согласитесь, это уже социальная проблема.

То же самое, конечно, относится и к людям зрелого возраста.

Моя кандидатская диссертация касается возрастных изменений кожи, методов воздействия, профилактики замедления этих изменений. Методов таких сейчас очень много, конечно, речь не идет о возвра-

щении молодости, но замедлить процесс увядания, сохранить то, что осталось – вполне реально.

Бывает, человек прилагает к сохранению своей внешности очень много усилий, но эффект – с точностью до наоборот. Есть такой термин – усталая кожа. Кожа не может до бесконечности реагировать на стрессовые воздействия – косметические массажи, маски, миостимуляции, у нее нет больших резервных возможностей. И вместо того, чтобы иметь красивый цветущий вид, она начинает реагировать иначе. Чтобы избежать этого, врач должен знать и морфологию, и гистологию кожи, и физиологию.

Лицензионная комиссия, при выдаче разрешения на работу косметологом, требует сертификат дерматовенеролога и свидетельство по усовершенствованию в области косметологии. Наши курсанты получают эти документы после прохождения соответствующих курсов и сдачи экзаменов.

Первичный курс по косметологии занимает не много времени, но эта специальность так бурно развивается, постоянно появляются масса новых методик – за один месяц все их освоить просто невозможно. Поэтому



косметолог, на мой взгляд, должен учиться всегда!

Особый разговор – косметические средства. В последнее время появились фирмы, которые предлагают не только сами препараты, но и методики их применения. Внедрение технологии идет одновременно, поэтому нельзя сказать, что для нас первично, а что вторично. Кроме того, фирмы специализируются на определенных направлениях: одни выпускают гигиенические профилактические средства, другие больше внимания уделяют лечебному направлению, третьи спешат охватить все проблемы сразу. Наша задача – помочь начинающему специалисту разобраться, что к чему. Например, профессиональные косметические средства предназначены исключительно для работы специалистов-косметологов: они их могут приобрести и использовать только при условии знания методики.

Фирма обучает врача, а потом предоставляет ему возможность приобретать данные препараты по льготной цене. Как правило, это сильнодействующие средства, которые нельзя продавать непосредственно пациентам.

Интерес к косметологии со стороны дерматовенерологов вполне объясним: сейчас кожевдиспансеры стараются открывать на своей базе кабинеты косметологии. Это надо всячески приветствовать, ведь специалисты там работают в большинстве своем опытные и грамотные. Усовершенствование по косметологии не составит для них особого труда, а значит и пациенты за свои деньги получат качественную услугу, не будут рисковать здоровьем.

На занятиях мы можем подсказать – с чего начать, какое оборудование для кабинета надо закупить в первую очередь. Если у врача,

например, есть знания по дерматовенерологии или дерматоонкологии, значит, он может приобрести сначала недорогой коагулятор, чтобы удалять папилломы, коагулировать сосуды, проводить вспомогательное лечение при различных кожных заболеваниях. Криотерапия – это тоже не дорого, прибор может себе позволить районный кожевдиспансер. Но провести криомассаж, криодеструкцию – надо уметь, значит, надо получить какие-то знания. Следующий этап – формирование косметического кабинета. Хорошо, если у врача будет косметическое кресло и лампа-лупа – это минимум, еще лучше – если смогут приобрести небольшой комбайн, позволяющий проводить чистку, ионоферез. Техники сейчас много, цены разные, мы ориентируемся своих курсантов где можно купить недорогое и надежное оборудование, научим на нем работать.

## НАДО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАТЬСЯ!

**ГКБ №14 им. В. Г. Короленко – главная клиническая база кафедры дерматовенерологии РМАПО. Женское кожное отделение – один из основных полигонов, если так можно выразиться. Именно здесь курсанты могут увидеть весь спектр кожной патологии: псориаз, герпес, экзему, обострения атопического дерматита, уникальные случаи склеродермии, эритематоза, лимфомы, буллезного эпидермолиза.**

**Союз науки и практики идет на пользу пациентам: больница имеет высокопрофессиональных консультантов, современную лабораторно-диагностическую службу, в числе первых осваивает новые лечебные технологии. Городские врачи активно участвуют в работе своих коллег-ученых.**

**Мы беседуем с ассистентом кафедры О. Б. Тамразовой.**

– Я курирую циклы по дерматовенерологии, сейчас как раз начался новый, сертификационный. В числе основных тем – псориаз. Многие курсанты, как оказалось, даже не видели некоторых форм этого весьма распространенного заболевания. Конечно, им интересно и полезно увидеть разнообразие форм болезни, ее осложнений. Но, в первую очередь, мы стараемся объяснить, как интерпретируются те или иные проявления, результаты биопсии и гистологии, других клинических исследований и, наконец, как выбирается тактика лечения. Тему стремимся повернуть под разными углами. Например, псориаз – неизвестное об известном, или – необычные проявления болезни. Берем и более узкие вопросы – проблема наследственности, онкологические осложнения, то есть, говорим о том, о чем практические врачи мало осведомлены.

Много внимания уделяем лечению. Новые методики, осваиваемые сотрудниками кафедры, проходят апробацию в этом отделе-

нии: в числе первых у нас появились ПУВО-терапия, лазеротерапия и другие лекарственные и приборные технологии. Для лечения обострений псориаза, например, помимо традиционной для нашей кафедры витаминотерапии, используются новые иммуносупрессоры и ретиноиды, сосудистые препараты, ферменты. Надо сказать, что наши пациенты в большинстве своем люди пожилые, помимо кожной, у них еще масса сопутствующей патологии. Поэтому выбрать оптимальную схему лечения не всегда бывает просто. Вместе с курсантами мы проводим обследования, анализируем истории болезни, намечаем схемы лечения.

Я заметила, что многие приезжие врачи, обладая большим опытом, отличаются, к сожалению, некоторой стереотипностью мышления. Они знают методики, ориентированные на наличие каких-то определенных лекарств. Однако у них нет комплексного подхода, представления о разнообразии методов в терапии одного и того же заболевания,



они не в полной мере используют широкий выбор имеющихся средств. Здесь, на циклах по усовершенствованию, на них обрушивается поток информации, который им не сразу удастся переварить и воспринять – в этом главная трудность. Врачи, пришедшие для повышения квалификации, слушают с открытыми глазами, стараются записать каждое слово, каждую рекомендацию. Да, с ними легко работать: что ни скажи – все интересно. Лекции для ординаторов мне читать бывает труднее: они больше задают вопросов, они более эрудированные, более начитанные.

Какой из этого можно сделать вывод? Наши врачи, особенно те, кто работает в глубинке, испытывают острую нехватку профессиональной информации. Учитывая стремительное развитие медицины, повышение квалификации раз в пять лет – явно недостаточно. Надо чаще встречаться!

**НША ПРОФЕССИЯ – ЭТО УМЕНИЕ ВИДЕТЬ**

**Дерматовенерология – необъятная специальность. Американская медицинская ассоциация решила как-то подсчитать – сколько существует болезней кожи? Две с половиной тысячи насчитали, а потом решили – хватит, достаточно.**

**Доцент кафедры В. Н. Шеварова отвечает за организацию учебного процесса. Мы попросили Викторию Никифоровну рассказать об основных программах переподготовки и усовершенствования.**

– Наша профессия – это умение видеть. Так я говорю начинающим – курсантам и ординаторам. Советую им больше ходить в художественные галереи и смотреть картины, например, Рубенса, Куинджи. Я их прошу: пойдите и обратите внимание, сколько оттенков красного цвета запечатлел художник на полотне, а потом вернитесь к картине через месяц, а потом еще через месяц. С каждым разом вы будете видеть все больше и больше. Различать десятки оттенков красного цвета очень важно в нашей профессии, но это умение приходит только с опытом.

С каждым годом поток курсантов, которые приходят в старые стены больницы им. Короленко – место дислокации нашей кафедры – растет. В прошлом году на разных циклах обучались более 500 врачей, в том числе на курсе лабораторной клинической диагностики прошли переподготовку 42 человека. Среди них были не только врачи-лечебники, но и дипломированные химики, биологи, педагоги – учителя биологии.

Профессиональная переподготовка – это четыре месяца упорных, напряженных занятий. Новая специальность, конечно, в основном, необходима врачам, вынужденным по тем или иным обстоятельствам изменить профиль деятельности, или просто недовольным своей старой профессией. Специальная учебная программа, объемом в 560 учебных часов, дает возможность приобрести знания, умения и навыки, достаточные для самостоятельной работы в должности специалиста-дерматовенеролога. Это первый этап обучения.

На втором этапе идет общее усовершенствование. Его цель – приобретение более

глубоких знаний по теоретическим вопросам специальности и практических навыков по диагностике, лечению и профилактике кожных и венерических болезней в соответствии с достижениями современной дерматовенерологии. Продолжительность общего усовершенствования 288 учебных часов. Периодичность – не реже одного раза в пять лет. На общее усовершенствование принимаются врачи-дерматовенерологи со стажем работы по специальности не менее двух лет. Общее усовершенствование проводится по программам: «Дерматовенерология», «Детская дерматовенерология», «Клиническая лабораторная диагностика».

Третий этап: тематическое усовершенствование. Его цель: глубокое теоретическое и практическое изучение отдельных разделов дерматовенерологии, необходимое для практической деятельности в соответствии с характером работы, занимаемой должностью и интересами врача. На тематическое усовершенствование принимаются врачи, прошедшие общее усовершенствование.

В унифицированную программу последипломного обучения врачей, разработанную кафедрой и утвержденную в прошлом году Департаментом научно-исследовательских и образовательных учреждений МЗ РФ, вошли 20 циклов тематического усовершенствования. Среди них: дерматовенерология и организация дерматовенерологической помощи; диагностика и лечение кожных болезней и болезней, передаваемых половым путем; кожные болезни и болезни, передаваемые половым путем у детей; медицинская миколо-



гия; врачебная косметология; инфекционные и паразитарные болезни кожи и так далее. Плюс к этому у нас есть специальные циклы для подготовки специалистов к сертификатным экзаменам и к экзаменам на 1-ю, 2-ю и высшую квалификационные категории.

Хочу отметить циклы, не вошедшие в унифицированную программу, но, на мой взгляд, представляющие интерес: сестринское дело – сертификационный цикл для медсестер кожнодиспансеров; социальная гигиена и организация здравоохранения – для главных врачей КВД с выдачей сертификата по организации здравоохранения; инфекции, передаваемые половым путем – для урологов, акушеров-гинекологов и врачей-лаборантов; дерматокосметология – для дерматовенерологов.

Кафедра проводит выездные циклы усовершенствования по любой из указанных программ, с учетом особенностей краевой патологии и заболеваемости.

Такой широкий набор тематических циклов позволяет удовлетворить не только потребности учреждений здравоохранения регионов, но и интересы конкретного врача.

**Хозрасчетный цикл для врачей: «Врачебная косметология» для врачей дерматовенерологов. Тематический цикл. Продолжительность 1 месяц. Периодичность 1 раз в квартал. Стоимость обучения 500 У. Е.**

**Хозрасчетный цикл для медсестер и лаборантов: «Терапевтическая косметология». Тематический цикл для медсестер по отпуску косметических процедур. Продолжительность 1 месяц. Периодичность 2 раза в год. Стоимость обучения 500 У. Е.**

Контактный телефон: 964 1152.



## АРСЕНАЛ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

**Было время, когда мы лечились в основном отечественными препаратами, иногда к ним добавляли лекарства из стран народной демократии. Сейчас картина иная – аптеки просто завалены «иномарками», а наши скромные таблетки теряются в их тени. Есть люди, которые довольны таким положением дел. Но все мы немножко патриоты, и нам хотелось бы иметь и перво-классные отечественные лекарства.**

**Есть ли сегодня в арсенале дерматовенерологов такие средства? Этот вопрос мы задали кандидату медицинских наук, доценту кафедры И. М. Корсунской.**

– Картина, описанная вами, близка к истине, а чувства, которые можно выразить словами из популярного фильма – «за державу обидно», понятны. Но в отечественной фармакологии в последние годы наметились положительные сдвиги – стали появляться оригинальные лекарства, которые по эффективности не уступают «хитам» западной фармакологии, а иногда и превосходят их.

**– Речь идет именно об оригинальных лекарствах, разработанных и внедренных в России?**

– Да, именно об оригинальных, а не о дженериках – аналогах оригинальных лекарств. Кстати, не так уж плохи и отечественные дженерики, наша фармацевтическая промышленность их тоже начала выпускать очень активно, и они все чаще вытесняют как супердорогие оригиналы, так и их дешевые копии, сделанные в странах третьего мира.

Что касается оригинальных препаратов, произведенных в России, то среди них, пожалуй, одно из первых мест занимает препарат Амиксин. Это лекарство появилось чуть более трех лет назад, но уже очень широко используется врачами. Причем, врачами самых разных специальностей.

Дерматовенерологи сегодня с помощью Амиксина лечат генитальный герпес и хламидиоз, все чаще его применяют и в терапии сифилиса. Инфекционисты очень широко используют препарат при хронических и острых гепатитах. А уж при гриппе и ОРВИ Амиксин – одно из самых популярных и эффективных лекарств. Его используют как для лечения, так и для профилактики. Мы, конечно, не занимаемся лечением гриппа, но сами используем Амиксин для профилактики респираторных инфекций во время эпидемии. Обратите внимание, все эти позиции Амиксин завоевал всего за три года.

**– Как получилось, что препарат помогает при таком широком спектре заболеваний?**

– На самом деле этот спектр гораздо больше. И, я уверена, очень скоро появятся новые показания для его применения – клинические испытания проводятся сейчас достаточно интенсивно. Интерес к нему понятен. Амиксин – синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона с широким спектром противовирусной активности, обладающий иммуномодулирующим эффектом. Как известно, при многих заболеваниях, в том числе и нашего профиля, у пациентов существенно снижается иммунный статус. Например, исследование, проведенное на кафедре, выявило у 2/3 больных урогенитальным хламидиозом, преимущественно при вялом клиническом течении, снижение как общего количества Т-лимфоцитов и Т-хелперов, так и коэффициента Тх/Тс. У больных рецидивирующим генитальным герпесом, наряду со сниженными показателями тканевого иммунитета, отмечалось уменьшение уровня сывороточного интерферона (до 2 ед/мл). Это свидетельствует о сильном иммуносупрессивном влиянии хламидийной и герпетической инфекций.

Поэтому сегодня в комплексном лечении урогенитального герпеса Амиксин используется практически всегда, особенно при тяжелом рецидивирующем течении болезни.

**– Рецидивирующий генитальный герпес – очень распространенное заболевание. Расскажите о нем подробнее...**

– Инфицированность взрослого населения этим вирусом достигает 73%. В 10–20% случаев у больных развивается рецидивирующий генитальный герпес (РГГ). Это очень тяжелое заболевание, которое не только снижает качество жизни и социальную активность, но и просто изматывает свою жертву. Количество рецидивов достигает 10 и более раз в течение года. У некоторых больных из-за него появляется склонность к суицидам.

Специалисты нашей клиники используют четырехэтапную схему лечения РГГ, на трех этапах используется Амиксин. Такое лечение позволяет добиться хорошего эффекта у боль-

шинства больных – до 70%. Для рецидивирующего генитального герпеса это очень хороший результат. При впервые возникшем генитальном герпесе, в комплексе с препаратами типа ацикловира, Амиксин позволяет прервать болезнь гораздо быстрее, чем при использовании какого-либо одного препарата.

**– А как ведет себя Амиксин при урогенитальном хламидиозе?**

– Это тоже очень коварная болезнь. Хламидии «прячутся» внутри клеток и становятся практически неуязвимыми для лекарств. Из-за этого болезнь очень трудно поддается лечению и часто приобретает хронический характер. Одна из предлагаемых схем лечения УГХ: Амиксин по 0,25 г в сутки в течение 2-х дней, затем по 0,125 г через 48 часов – 4 недели. На третий день от начала лечения Амиксином присоединяется Клацид в дозе 500 мг (на 1-й прием), затем через каждые 12 часов по 250 мг в течение 10 дней.

К концу лечения почти у всех больных отмечается клиническое выздоровление.

**– Вы говорили, что Амиксин используют и в терапии сифилиса.**

– Для лечения сифилиса сегодня существуют очень эффективные антибиотики. Благодаря им с этой болезнью справиться гораздо легче, чем с герпесом или хламидиозом. Но при сифилисе, как и при других заболеваниях, передаваемых половым путем тоже страдает иммунная система и, чтобы ее восстановить, используется Амиксин. Кстати, в нашей клинике скоро состоится защита диссертации по применению Амиксина при сифилисе.

**– Амиксину чуть более трех лет, и он, наверное, еще не успел войти в учебники?**

– Российская медицинская академия последипломного образования и наша кафедра уже выпустили несколько учебных пособий, в которые включены схемы лечения с Амиксином. Врачи, которые проходят курсы усовершенствования на нашей кафедре, их получают.

## ЭПИГЕН ИНТИМ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН

*Е. В. Липова, Н. И. Сюч, кафедра дерматовенерологии РМАПО, ГКБ № 14  
им. В. Г. Короленко*

Большое количество осложнений с тяжелыми последствиями, такими как поражение внутренних органов, нарушение репродуктивной функции, инфицирование плода, врожденные заболевания у детей, определяют заболевания передаваемые половым путем как социально значимые. Среди мер борьбы с ними, наряду с ранней диагностикой, важное место занимает терапия, основными требованиями которой являются: эффективность, доступность, гарантированное излечение в максимально короткие сроки. Современные лекарственные средства, которые появились сегодня в арсенале дерматовенерологов, позволяют успешно выполнять эти требования.

Под нашим наблюдением находилось 18 женщин в возрасте от 18 до 36 лет, поступивших в ГКБ № 14 с диагнозом сифилис вторичный. При дополнительном клинико-лабораторном обследовании в условиях стационара у всех 18 больных были обнаружены влагалищные трихомонады. Идентификация *T. vaginalis* производилась с помощью микроскопических (нативный препарат, мазки, окрашенные метиленовым синим и по Грамму) и культуральных исследований. При поступлении, до начала антибактериальной терапии сифилиса, семь из 18 женщин предъявляли жалобы на выделения, чувство дискомфорта в области наружных и/или внутренних половых органов. Из них клинико-лабораторные признаки кольпита и эндоцервицита обнаружены у трех пациенток, признаки изолированного эндоцервицита – у двух, изолированного уретрита – у двух.

В мазках, окрашенных по Грамму, определялась обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная флора, лейкоцитоз 65–100 в поле зрения в отделяемом цервикального канала и/или заднебокового свода влагалища, лейкоцитоз от 20 до 45 в отделяемом уретры у двух больных с клиническими проявлениями уретрита. У 11 из 18 обследованных женщин при первичном осмотре отсутство-

вали клинические (субъективные и объективные) и лабораторные признаки воспаления со стороны урогенитального тракта. При бимануальном исследовании патологии органов малого таза не выявлено ни у одной пациентки.

Лечение сифилиса (по методике, утвержденной МЗ РФ) и урогенитального трихомониаза всем 18 больным проводилось одновременно.

Для терапии урогенитального трихомониаза был использован противовирусный препарат для наружного и местного применения фирмы «Хеминова Интернейшнл С. А.» – **Эпиген интим**, который представляет собой жидкий гель и выпускается в виде спрея.

По данным его создателей, препарат активен в отношении ДНК- и РНК-содержащих вирусов, включая различные штаммы вирусов *Herpes simplex*, *Varicella zoster*, вирусов папилломы человека, цитомегаловирусов. Штаммы вирусов, резистентные к ацикловиру и йодоуридину, высокочувствительны к глицирризиновой кислоте, которая является основным действующим веществом. Эпиген прерывает репликацию вирусов на ранних стадиях, вызывает выход вириона из капсида, тем самым не допуская его проникновения в клетки. Препарат может взаимодействовать со структурами вируса, изменяя различные фазы вирусного цикла. Он ингибирует вирусы в концентрациях, нетоксичных для нормально функционирующих клеток.

При наружном и, особенно, местном применении глицирризиновая кислота обладает высоким средством к инфицированным вирусом клеткам и накапливается в очагах поражения. Системная абсорбция происходит медленно. Эпиген интим оказывает также противовоспалительное, анальгезирующее и улучшающее регенерацию тканей действие как при ранних проявлениях вирусной инфекции, так и при язвенных формах.

Методика применения Эпигена заключалась во введении препарата в уретру, влагалище и прямую

кишку путем инстилляций, влагалищных ванночек и микроклизм. Процедуры выполнялись медицинским персоналом ежедневно, один раз в сутки в течение десяти дней. При этом побочных явлений или аллергических реакций в процессе местной терапии Эпигеном не отмечали. Никаких других специфических системных или местных антитрихомонадных препаратов не применяли.

Клинико-лабораторный контроль эффективности лечения осуществляли после пяти, десяти процедур и через семь–десять дней после окончания местного лечения. Отмечено значительное уменьшение клинических проявлений воспаления после одной-двух процедур и полное их отсутствие после пятой процедуры Эпигеном. Контрольные исследования продемонстрировали клиническое и этиологическое излечение мочевого трихомониаза у всех 18 женщин. Анализ результатов бактериоскопического исследования выявил положительную динамику состава микрофлоры, уменьшение числа лейкоцитов при исходно высоких показателях.

Полученные нами результаты исследований позволяют сделать вывод об эффективности местного лечения мочевого трихомониаза препаратом Эпиген у женщин, одновременно получающих пенициллинотерапию по поводу сифилиса.

Препарат хорошо переносится, выявленных противопоказаний для его назначения нет за исключением случаев повышенной чувствительности – аллергии. При появлении признаков раздражения кожи или слизистых оболочек применение препарата следует прекратить.

В экспериментальных исследованиях эмбриотоксическое и тератогенное действие препарата не установлено, следовательно, по абсолютным показателям возможно его применение в периоды беременности и лактации. Во время проведения курса лечения Эпигеном не рекомендуется применять индукторы синтеза интерферона.

## ПРИМЕНЕНИЕ ВИЛЬПРАФЕНА (ДЖОЗАМИЦИНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

С. Ю. Калинин, Г. И. Козлов, Л. Ф. Курило, Эндокринологический научный центр РАМН

В структуре общего бесплодия на долю мужского бесплодия приходится около 45% случаев и в последнее время отмечается тенденция к его постоянному росту. За последние 50 лет концентрация сперматозоидов в 1 мл снизилась более чем на 50%, что потребовало изменения нормальных показателей эякулята. Одной из причин прогрессивного увеличения частоты мужского бесплодия является несвоевременное или недостаточно эффективное лечение заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП), поскольку генитальные инфекции как у мужчин, так и у женщин создают угрозу для нарушения репродуктивной функции. С одной стороны ИППП и их осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре общего бесплодия, с другой – данные формы бесплодия наиболее хорошо поддаются лечению с помощью эффективных антибактериальных препаратов, которые занимают главное место в терапии. Вопрос в подборе эффективного средства и его дозировки, что зачастую является нелегкой задачей, учитывая значительное количество различных препаратов, представленных на российском фармацевтическом рынке.

Каков механизм возникновения бесплодия у мужчин при наличии ИППП?

Во-первых, любой воспалительный процесс с вовлечением нижних отделов мочеполовой системы может вызывать обструкцию семявыносящих протоков. Во-вторых, воспалительный процесс приводит к изменению pH эякулята, со сдвигом в щелочную сторону, агглютинации сперматозоидов и нарушению их подвижности, вплоть до тотальной некроспермии, что затрудняет, а нередко делает невозможным проникновение сперматозоида в яйцеклетку.

Среди мужчин, наблюдаемых в ЭНЦ РАМН по поводу бесплодия, на долю бесплодия, обусловленного воспалительными процессами нижних отделов мочеполового тракта, приходится до 40% случаев (60% составляют эндокринные формы бесплодия).

Препарат **Вильпрафен** (джозамицин) применялся у 30 пациентов, обратившихся по поводу бесплодия в браке, наблюдавшихся от 1 до 5,5 лет (в среднем  $3,7 \pm 1,4$  года), у которых проведенное гормональное обследование с определением уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, ТТГ, тестостерона, эстрадиола позволило исключить наличие эндокринной патологии. При проведенном физикальном обследовании никаких заболеваний (крипторхизм, варикоцеле и др.) органов мочеполовой системы обнаружено не было. На I этапе диагностического поиска всем пациентам был проведен анализ спермограммы. У всех пациентов были обнаружены характерные, однотипные изменения, свидетельствующие о наличии воспалительного процесса. Всем пациен-

там была проведена диагностика уретральной флоры путем ПЦР. В 60% случаев имела место ассоциация нескольких возбудителей. В 40% имела место моноинфекция: 20% *chlamydia trachomatis*, 10% *ureaplasma*, 10% *mycoplasma*. По данным обследования всем пациентам был поставлен диагноз бесплодия на фоне воспаления, вызванного конкретным возбудителем. Интересно отметить, что среди пациентов обратившихся в наш центр, ни у одного из мужчин не было яркой клинической картины, свидетельствующей о наличии генитальной инфекции. Ведущей жалобой при обращении являлось бесплодие. У пациентов с *mycoplasma genitalium* в 100% случаев наблюдалась астеноспермия. Известно, что *mycoplasma genitalium* обладает выраженной способностью абсорбироваться на клетках, поэтому нельзя исключить возможность ее абсорбции на головке или средней части сперматозоида, что и приводит к снижению подвижности, а следовательно, и оплодотворяющей способности сперматозоидов. У пациентов с *chlamydia trachomatis* наблюдалась астенотератозооспермия в 95% случаев, причем патологические формы сперматозоидов составляли более 80% (с каплей на шейке – 30%, с каплей на головке – 20%, гетероактивные – 20%, с закруженными жгутиками – 10%, дефектами акросомы – 10%, двуядерные 3%, двужгутиковые 2%, с круглыми головками – 5%). Показано, что хламидии могут прочно прикрепляться к наружной мембране сперматозоида в области головки, шейки и проксимального отдела хвоста. Тесный контакт хламидии с акросомой половой клетки приводит к морфологическим изменениям акросомы. Также показана возможность проникновения элементарных телец хламидии в цитоплазму сперматозоида в местах локального разрыва наружной мембраны. В 50% случаев у пациентов с наличием генитальной инфекции мы наблюдали легкий блок сперматогенеза на стадиях профазы I мейоза – до пахитены. У ряда пациентов наблюдались конгломераты лейкоцитов со сперматозоидами и агглютинация сперматозоидов.

Таким образом, преобладающим возбудителем, встречающимся в 50% случаев у мужчин с бесплодием, является *chlamydia trachomatis*. Наиболее эффективными препаратами для лечения хламидиоза являются антибиотики различных классов: тетрациклинового ряда и макролиды. Однако, препараты тетрациклинового ряда обладают бактериостатическим действием, а также известно, что они оказывают негативное действие на сперматогенез за счет снижения секреции тестостерона на 20%, поэтому препаратами выбора у мужчин с бесплодием, обусловленным ИППП являются макролиды.

Все пациенты получали препарат Вильпрафен (джозамицин) – антибактериальный препарат из класса макролидов, оказывающий бактерицидное действие, имеющий широкий спектр активности, в том числе активный в отношении грамположительных аэробных кокков (*Staphylococcus*, *Streptococcus*), грамотрицательных аэробных кокков (*Neisseria gonorrhoeae*), аэробных бактерий, а также *Chlamydia*, *Mycoplasma* и др. Вильпрафен быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта после перорального приема и имеет 16-членное лактановое кольцо, соединенное с длинной боковой цепочкой, содержащей аминокликозид, эстерифицированный с алифатической угольной кислотой. Пик концентрации в сыворотке крови отмечается примерно через 1 час после приема препарата, а период полувыведения составляет около 2 часов. Вильпрафен имеет более благоприятный профиль безопасности по сравнению с другими макролидами. Он вызывает гораздо меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Объясняется это особенностями метаболизма препарата. Различные макролиды метаболизируются разными ферментами печени. Метаболиты, образующиеся при этих процессах, влияют на функцию кишечника, увеличивая его перистальтику. Вильпрафен не связывается с цитохромом P-450, важным компонентом метаболических систем и, в отличие от эритромицина, не оказывает на них влияния.

Вильпрафен применялся в дозе 500 мг 2 раза в сутки, а в случаях выраженной лейкоспермии по 500 мг 3 раза в сутки, в течение 14 дней, совместно с леворином. Выраженных побочных явлений отмечено не было, у 2-х пациентов наблюдалась аллергическая реакция на 10-й день приема препарата в виде точечных папулезных высыпаний в области локтевых суставов, купирующаяся приемом антигистаминных препаратов (гистадин 60 мг 2 раза в сутки). При повторном проведении диагностики уретральной флоры с помощью ПЦР положительный результат лечения был достигнут у 25 пациентов. У 5 пациентов было дополнительно определена чувствительность флоры к антибактериальным препаратам, показавшая нечувствительность ко многим препаратам, в том числе и к макролидам (в анамнезе имело место неоднократное бесконтрольное применение антибиотиков по поводу ИППП). После проведенного лечения у 20% сохранялась незначительная астеноспермия ( $c + d = 55 - 60\%$ ). Таким образом, проведенное исследование показало, что Вильпрафен (джозамицин) является высокоэффективным препаратом для лечения хламидийной и смешанной инфекции, не оказывающим токсического действия на сперматогенез, и его можно широко использовать для лечения бесплодия.

## ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ АППАРАТНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

*А. П. Безуглый, к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории аппаратной косметологии РНЦВМиК МЗ РФ, директор АНТА-Мед, г. Москва*

Аппаратная косметология усиленно развивается в последние годы. Спектр данных услуг в клиниках и салонах красоты очень широк, однако результаты лечения не всегда удовлетворяют пациентов.

Целью наших исследований, которые мы ведем на протяжении последних 7 лет, является поиск, апробация и модификация наиболее перспективных методик электротерапии, предназначенных для аппаратной косметологии.

На применении импульсных токов низкой частоты базируется ряд эффективных методов, направленных на электростимуляцию мышц.

Миостимуляцию применяют для миолифтинга, электронного лимфодренажа и нормализации метаболизма. Миолифтинг – это электростимуляция мышц лица и шеи с целью улучшения обменных процессов, а также коррекции формы лица: уменьшения выраженности носогубных складок, изменения формы рта и глазной щели, а также терапии функциональных и органических асимметрий. Миолифтинг показан для коррекции морщин, двойного подбородка, повышения эластичности и тургора кожи. По нашим данным наиболее целесообразным является применение динамических методик электростимуляции мимической мускулатуры импульсными токами с частотой от 10 до 500 Гц с частотными и амплитудными модуляциями и автоматической инверсией полярности. Интенсивность может быть подпороговой от 10 до 100 мкА, так и пороговой и надпороговой от 100 мкА до 1,5 мА. Очень важным условием является форма импульсов. Для увеличения тонуса мимических мышц применяют прямоугольные импульсы, а для релаксации треугольные и трапецевидные.

Электронный лимфодренаж – это специальная методика электростимуляции, направленная на ускорение оттока лимфы по лимфососудам. Для эффективного лимфодренажа в области лица и шеи оптимальным является использование импульсных токов с частотой 10 Гц и интенсивностью 0,1 мА.

Электростимуляция скелетных мышц широко применяются для коррекции формы фигуры, комплексной терапии целлюлита и лимфодренажа на конечностях. Однако использование устаревшей аппаратуры и методик обуславливает ряд отрицательных моментов. Процедуры сопровождаются значительной болезненностью, часто не удается достичь устойчивого положительного эффекта. В последнее время разработаны и

апробированы принципиально новые методы электростимуляции скелетных мышц, а именно нейромышечная электростимуляция (НМЭС). В первую очередь происходит возбуждение двигательных нервов, далее возбуждение физиологическим путем через синапсы передается на мышечные волокна. Процедура, в отличие от традиционных методов, практически безболезненна. Стимуляцию скелетных мышц мы рекомендуем проводить с частотами в диапазоне от 1 до 12 и от 75 до 100 Гц, токами модулированными по частоте, амплитуде и с автоматической инверсией полярности.

При нейромышечной электростимуляции резко ускоряются обмен веществ и потребление энергоносителей. При этом происходит стимуляция не только эфферентных но и афферентных нервных волокон. В связи с этим перестраивается деятельность центральных мотонейронов, регулирующих тонус и моторику скелетных мышц. Данные перестройки на уровне ЦНС способствуют длительному закреплению положительного эффекта. Сокращения мышц способствуют ускорению венозного оттока. При проведении курсовой терапии уменьшается объем жировой ткани, т. к. повышенные энергозатраты ускоряют утилизацию жиров. За счет сложнорефлекторных процессов улучшаются микроциркуляция и метаболизм в коже и укрепляются ее соединительнотканые структуры. Использование специальных методик НМЭС – лимфодренажных программ, направлено на ускорение оттока лимфы. Этот эффект достигается за счет следующих факторов: сокращение мышц способствует продвижению лимфы, благодаря наличию клапанного аппарата в лимфососудах, импульсные токи с частотой 100 Гц вызывают сокращение гладкомышечных элементов в стенках лимфатических сосудов, отток лимфы ускоряется по направлению от положительного полюса к отрицательному.

НМЭС показана для коррекции формы фигуры: уменьшения объема талии и бедер, лифтинга ягодич, лифтинга молочных желез, уменьшения объема жировой ткани, терапии целлюлита. Положительный эффект проявляется после первых процедур, что благотворно влияет на субъективную оценку результатов терапии пациентом.

Один из наиболее эффективных методов терапии морщин – гальваноридупунктура. Игольчатые электроды вводят на глубину, соответствующую сосочковому слою дермы. Используют отрицательный постоянный и им-

пульсные токи с интенсивностью не более 0,1 мА. Общее время воздействия составляет от 2 до 5 мин. Наблюдается уменьшение выраженности морщины от 50 до 100% после 2–9 процедур. В основе положительного эффекта лежит увеличение объема внеклеточной жидкости за счет повышения концентрации ионов калия и натрия, смещение рН в щелочную сторону, а также краткосрочная локальная гипоксия. Совокупность этих процессов моделирует картину кратковременного, обратимого воспаления, что вызывает активацию фибробластов и синтеза коллагена. Соединительнотканые структуры кожи и ее рельеф восстанавливаются. К противопоказаниям относят склонность пациента к формированию келлоидных и гипертрофических рубцов. Кроме терапии морщин гальваноридупунктуру применяют для коррекции атрофических рубцов после ветряной оспы и *stria gravidarum*.

Эта недорогостоящая методика проста в применении и часто может служить альтернативой введению коллагена, синтетических полимерных гелей и гиалуроновой кислоты.

Большинство и представленных методик составляют стройную систему, необходимую для подготовки пациентов к пластическим и реконструктивным операциям и реабилитации после них. Считаем необходимым, рекомендовать данные методы в клиниках пластической хирургии, что позволит обеспечить комплексный междисциплинарный подход и преемственность между терапевтической косметологией и пластической хирургией, и конечно будет соответствовать интересам пациентов.

Представленные Вашему вниманию методы разработаны и апробированы совместно с немецкой фирмой COSMOMED, которая производит полный спектр оборудования для медицинской косметологии, и клиникой АНТА-Мед, с использованием медицинского косметологического оборудования COSMOMED.

**Представительство COSMOMED в России: Москва, проспект Маршала Жукова, д. 2, тел.: (095) 191 8279, факс (095) 191 3517, e-mail antamed@cityline.ru, сайт в интернете www.cosmomed.de.**

**Подготовка специалистов по аппаратной косметологии на базе кафедры дерматологии РМАПО МЗ РФ и лаборатории аппаратной косметологии РНЦВМиК МЗ РФ, совместно с клиникой АНТА-Мед: Москва, Преображенская площадь, Та, строение 1, тел.: (095) 964 8479.**

В любой области человеческой деятельности есть крепкие профессионалы, есть середняки, есть люди вообще непонятно почему выбравшие то или иное поприще. И, наконец, есть те, у которых жизнь, талант, профессия составляют гармоничное целое.

Вера Ивановна Козлова и Александр Федорович Пухнер – врачи, ученые от Бога. И еще – на редкость счастливая семейная пара. А если сплусовать их медицинский стаж, получится, что вместе они отдали лечению людей более ста лет.



## ТРУДНО ПЕРВЫЕ СТО ЛЕТ

### Дороги, которые выбирают нас

Знакомые и друзья четы Козловых, проча будущее их дочери Верочке, не сомневались, куда она будет поступать. Конечно в медицинский.

Отец – известный всей Мордовии организатор здравоохранения, стоявший у истоков создания Пастеровской станции, фельдшерско-акушерских школ, Республиканской больницы и кожно-венерического диспансера в Саранске. Помимо этого – превосходный специалист-венеролог. Мама – акушер-гинеколог, без которой не обошелся ни один сложный случай родовспоможения в области. Часто, выезжая для оказания экстренной помощи в дальние районы, она брала с собой и дочь. Приобщала к медицинским навыкам с младых ногтей.

Но во всех нас частенько сидит дух противоречия, и иногда, чтобы понять очевидные вещи, требуется определенное время.

Вера поехала в Ленинград и поступила в текстильный институт, который, конечно, успешно окончила бы (проблем с учебой у саранской отличницы никогда не было), но началась война.

Блокада, голод, рытье окопов, тушение зажигательных бомб, похороны товарищей. Наконец – контузия во время дежурства на Ленинградском мосту. Дорогу жизни через Ладожское озеро преодолела лишь одна из трех машин госпиталя. Именно та,

на которой в числе раненых везли и Веру.

Впрочем, дорога судьбы еще немного вильнула в виде Казанского авиационного института, куда, на факультет самолетостроения, она поступила, оправившись от блокадного ужаса.

– После третьего курса пошла на практику на завод, – вспоминает с улыбкой Вера Ивановна. – В светлом платье, на каблуках. А они там все в моторном масле, в робах. Как начальник цеха меня увидел, как заорал матом, так я оттуда и убежала.

Неизвестно, что потеряла отечественная авиационная промышленность, но медицина матерщиннику-мастеру, несомненно, должна быть благодарна. Потому что после этого случая все вернулось на круги своя, и Вера пополнила ряды лечебного факультета Казанского медицинского института.

Путь студента Казанского МЕДа Александр Пухнера извилистым не был. По крайней мере, сколько он себя помнил – всегда хотел стать врачом. Учеба давалась легко, он писал научные работы по офтальмологии и... стихи Верочке. После института Александр был зачислен на клиническую ординатуру по кафедре глазных болезней, сдал кандидатский минимум.

В 1947 году ординатор акушерско-гинекологической клиники Вера Ивановна Козлова вышла замуж за подающего большие надежды офтальмолога Александра Федоровича Пухнера

и с тех пор они неразлучны. Но его судьбе, медицинской судьбе, еще предстояло сделать свой поворот.

### Охотники за микробами

Читая некогда популярную, а ныне основательно подзабытую книгу американца французского происхождения Поля де Крюи «Охотники за микробами», диву даешься, как это могли взрослые люди, пусть даже ученые, убежденные в правоте своих гипотез, опробовать все эти вакцины-сыворотки на человеке. Как правило, на себе.

Это, конечно, благородно, но знаете... По крайней мере, сравнение с русской рулеткой не кажется мне слишком уж преувеличенным. И происходило-то все не каких-нибудь двести – триста лет назад.

...В 1949–50 году в СССР вспыхнула эпидемия трахомы (заболевание, следствием которого является частичная или полная потеря зрения). Молодого, но уже доказавшего свою высокую квалификацию, офтальмолога Александра Пухнера, призвал под свои знамена член-корреспондент АМН Михаил Петрович Чумаков, возглавивший всю работу по ликвидации этого заболевания.

И дорога судьбы Александра Федоровича повернула на минное поле отечественной вирусологии. Это было время бодрых рапортов об успехах отечественной науки. Все, что им предшествовало, как правило, оста-



валось за кадром. И действительно, можно ли судить победителей? О том, что ожидало человека в случае неудачи, лучше было не задумываться. Но это – к слову.

Пока же Александр Пухнер в составе московских выездных отрядов колесит дороги эндемичных по трахоме регионов Чувашской, Мордовской, Татарской, Удмуртской, Марийской и Кара-Калпакской АССР. Борется с эпидемией, применяя новые советские антибиотики – левомицетин, синтомицин, биомидин, их комбинации. Появляются обнадеживающие результаты, вырисовывается методика их оптимального применения. Молодая супруга – рядом с ним, принимает роды в отдаленных сельских районах, консультирует женщин, совершенствует свою акушерскую специальность.

В 1953 году выкристаллизовывается оптимальная на тот момент методика лечения трахомы. Нужно лишь ее решающее подтверждение. И Александр Федорович Пухнер добровольно производит эксперимент на своем левом глазу, инфицируя его возбудителем трахомы.

Здесь позволю себе отступление в повествовании. Мы сидим в небольшой квартире на улице Академика Челомея и беседуем с двумя уже не молодыми людьми. Их рассказу о событиях долгой жизни в медицине свойственны юмор и какая-то удивительная беспардонность. Как будто то, что они делали – просто обычная, нормальная работа. Ни разу не проскользнули в их воспоминаниях словосочетания «смертельный риск», «гражданский подвиг», «беспримерное мужество».

– «Когда-нибудь монах трудолюбивый откроет свой архив и вспомнит обо мне...» – эти строки Пушкина очень любил цитировать мой отец, – говорит Вера Ивановна. Думаю, что, наверное, в них и кроется ключ к пониманию этой породы бессребреников, которую в наше меркантильное время встречаешь все реже и реже. Все, что им нужно – чтобы хоть когда-нибудь вспомнили.

А вспомнить есть что... Экспериментальную трахому левого глаза удалось успешно излечить. Что засвидетельствовали профессора Чумаков, Авакян и старший научный сотрудник НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Шлыкова. И в 1955 году трахома, как массовое эндемичное заболевание, в СССР была ликвидирована. Годом ранее Александр Федорович успешно защитил кандидатскую диссертацию и... чуть было не погиб.

Проводя исследования на животных в виварии лаборатории нейроинфек-

ций Института вирусологии им. Д.И. Ивановского, Александр Федорович заболел лихорадкой-Q. Протекала она очень тяжело, сопровождалась двусторонней пневмонией, массой других осложнений. Помог Михаил Петрович Чумаков, доставший дефицитное по тем временам лекарство.

Вообще, как мне кажется, Михаил Петрович был для семейства Пухнер-Козлова и ангелом-хранителем и злым гением одновременно. Хотя это мое, сугубо личное мнение. И Александр Федорович и Вера Ивановна отзываются об этом выдающемся человеке как об Ученом, Учителе с большой буквы.

Когда он возглавил институт по изучению полиомиелита (позже – НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР) под его началом стал работать и Александр Федорович, перешедший из разряда офтальмологов в ранг «охотников за микробами».

В 1958 году в институте была разработана живая полиомиелитная вакцина. Оставалось лишь опробовать ее на человеке. Михаил Петрович Чумаков собирает ближайших научных сотрудников с предложением – испытать вакцину сначала на себе, а потом и на их детях. Честь, на мой сегодняшний взгляд, крайне сомнительная. Сам Чумаков принял вакцину первым. Так он и его соратники, в числе которых был и Александр Федорович, и Вера Ивановна, золотыми буквами вписали себя в книгу отечественной вирусологии. Никто из сотрудников и их детей не пострадал. К счастью, обошлось.

К счастью не только для них и их семей. Более 150 миллионов граждан нашей страны было иммунизировано, что привело к стократному снижению заболеваемости полиомиелитом, к счастью и для граждан 40 стран Европы, Азии, Африки и Южной Америки, куда в срочном порядке доставлялась изготовленная советскими людьми вакцина.

И все же ходьба по минному полю не может продолжаться бесконечно. В результате внутрилабораторного заражения Александр Федорович перенес менинго-арахноидит. Заболевание протекало остро и тяжело, а его последствия еще очень и очень долгое время сказывались на здоровье.

Но и внутренний стержень, и поддержка супруги позволили ему преозмочь недуг, не сломаться и вернуться к врачебной профессии.

### Неимператорская мантия

– Вот, посмотрите, как они выглядят. – На фотографиях, сделанных при помощи специальной аппарату-

ры, – невидимые простым человеческим глазом культуры. – Вот эта, похожая на мантию – хламидия. Но она, как и всякая дама, не любит путешествовать одна. Ее спутником, как правило, является гонококк – вот он. Именно поэтому, очень важно определить патологию в комплексе, а не гнаться за быстрым лечением очевидного заболевания.

Снимков, подобных этим, у Веры Ивановны и Александра Федоровича за долгие годы работы накопилось великое множество. На целую книгу хватило. Она так и называется «Атлас вирусных, хламидийных заболеваний гениталий и цитопатологии». К сожалению, – говорят они, – многие врачи не знают «врага в лицо». Отсюда – ошибки в диагностике, тяжелой и малоэффективный процесс лечения.

Долгое время считалось, что вирусные заболевания не поражают организм «ниже пояса», то есть, проявляются в борьбе с человеком определенное благородство. Сейчас уже доказано, что это не так. И одними из первых это открытие сделали Вера Ивановна Козлова и Александр Федорович Пухнер.

– В начале шестидесятых, – вспоминает Вера Ивановна, – я работала в НИИ акушерства и гинекологии Минздрава России. Оттуда молодых мам с детьми обычно выписывают на седьмой день после родов. Конъюнктивит у новорожденных – не такая уж редкая вещь. Обычно он появляется на третий день после родов. Его достаточно быстро лечат. А это мальчик родился чистый, прекрасно себя чувствовал. И вдруг – время выписываться, а у него появился конъюнктивит. И неоткуда этой болезни было взяться – только от матери. Взяла у ребенка и у роженицы мазок на анализ. Жили мы в то время на территории института полиомиелита, и я вечером в свободной лаборатории смотрела эти мазки. Михаил Петрович Чумаков очень интересовался – кто у него в институте сверхурочно работает. В 12 ночи делал обход тех лабораторий, где свет горел. Там он меня с моими изысканиями и застал. А у меня у самой уверенности не было, что такое я под микроскопом наблюдаю. Вот, – говорю, – Михаил Петрович, даже и не знаю... Он стал смотреть, долго смотрел и говорит: «А, знаете, Вера Ивановна, это, по всей видимости, вирус!».

С этого все и началось. В изысканиях помог супруг – взял фибробласты и начал культивировать клетки тканей. Накапливался научный и практический материал.

И в 1965 году ими было сделано первое сообщение о вирусной приро-

де хронических цервицитов и негонококковых уретритов, о роли вирусных и хламидийных инфекций в воспалительных заболеваниях гениталий.

Здесь же, может быть несколько монотонно, следует перечислить их заслуги в области, основоположниками и первопроходцами которой они являются – в изучении роли вирусов и хламидий в инфекционной патологии мочеполовых органов человека, плода и новорожденных.

Ими доказано, что вирусы и хламидии могут передаваться со спермой, а инфицированная вирусом яйцеклетка нежизнеспособна и чаще всего погибает. Именно этим в ряде случаев можно объяснить бесплодие и самопроизвольные выкидыши у женщин.

Ученые впервые в гинекологии разработали комплексный метод обследования больных на вирусные заболевания, изучили биологические свойства выделенных из гениталий вирусов и хламидий и применили собственные этиотропные методы лечения с помощью лейкоцитарного интерферона, поливалентной герпетической вакцины.

Вера Ивановна апробировала такие оригинальные отечественные противовирусные препараты как оксалин, флоренал, бонафтон, полудан.

Спустя десять лет после первого сообщения о данной проблеме в печати, вышла в свет их монография «Вирусные заболевания гениталий» (1975), которая была признана конкурсной комиссией лучшей научной работой в РСФСР. На днях увидело свет уже пятое расширенное и дополненное издание этой работы.

В нашей стране, да и за рубежом долгое время аналогов этой книге не было.

### Парадоксы отечественного здравоохранения

Казалось бы, за долгую жизнь вообще, а за медицинскую жизнь в частности, можно перестать чему-либо удивляться. Однако, некоторые вещи, если и не поражают супругов-врачей, то, по крайней мере, вызывают недоумение.

– Нет у нас уже бесплатной медицины, – говорит Александр Федорович, – стало ли от этого здравоохранение лучше?.. Мой друг – хороший врач, но, конечно, циник организовал частную клинику. И как-то спрашивает меня: – Знаешь, как расшифровывается аббревиатура ЗППП?

– Заболевания, передающиеся половым путем, хотя термин неправильный – половым путем передается инфекция, а заболевание уже потом развивается.

– Не угадал, – говорит. – Заходишь – Плати – Показывай – Проваливай!

Смех смехом, но проходится часто нам с Верой Ивановной исправлять врачебные ошибки, которые, увы, не редкость, ни в государственном, ни в частном медицинском учреждении. (Последние шесть лет Вера Ивановна и Александр Федорович – консультанты в родильном доме № 4. Это клиническая база кафедры акушерства и гинекологии ММА им. Сеченова, кафедры педиатрии РГМУ им. Пирогова, а также медицинского центра по лечению бесплодия «Эмбрион»).

– Женщину лечили от генитального герпеса, в частной, кстати, клинике, – продолжает мысль профессор Козлова, – с полгода лечили. Сил и средств на процедуры пациентка очень много затратила – не помогло. Обратилась к нам. Я ее осмотрела и на РВ направила, а сама диагноз уже знаю. Так и есть – сифилис. А здесь в терапии ничего особо сложного нет, генитальный герпес значительно сложнее вылечить.

Был у нас пациент – не бедный, но и не сверхбогатый – фотограф. Он чуть ли не на последние деньги в Германию поехал – врачам показаться. Герпес у мужчины особенно болезненно протекал – случай запущенный. Ему стоило бы тамошнего лечения назвали – он за голову схватился. Врач ему подсказал – обратитесь за помощью на родине, и фамилии наши назвал. Так он окольным путем у нас оказался. В отчаянии человек был. Вылечить мы его взяли, но условие поставили – чтобы он в течение всего периода лечения снимки пораженного органа делал – нам они в качестве учебного пособия для врачей нужны были. Сейчас у него все хорошо, женился, ребенок растет.

Я с трудом воздерживаюсь от комментария, как легко, оказывается, можно попасть своей частью тела на скрижали медицинской истории и спрашиваю: с чем же все-таки связаны основные ошибки в диагностике венерических заболеваний?

– Расскажу еще об одном случае, – говорит Вера Ивановна. – Обратился мужчина. И справок целую папку принес из диагностической лаборатории. По ним – ничем он не болеет. И врачи, к которым обращался, затрудняются что-либо определить. Я горло у него посмотрела и предложила еще раз сделать анализ. А он все мне справки показывает. Еле уговорила. Оказалось – все тот же сифилис. Я, ради интереса, потом в ту лабораторию, где справки выписывают пошла. Разговорилась с врачом-лаборантом. Она поделилась: «В день физически я могу посмотреть не более сотни ана-

лизов. А их раза в полтора-два больше. Помощника не дают. Не устраивает – увольняйся, а возраст предпенсионный. Так вот первую сотню добросовестно смотрю, а у остальных пишу – все чисто. Что я еще сделать могу?».

Ну о какой врачебной ошибке тут можно говорить? Поэтому – первый диагноз зависит именно от врача, а не от лаборанта.

– Мне кажется, – продолжает Александр Федорович, – просто многие современные специалисты отмахиваются от прописной истины, что лечить нужно не какой-то заболевший орган, а в первую очередь человека. Ведь болезнь не только с помощью лабораторного анализа определяется. Наши земские врачи не имели компьютерного оборудования, а как лечили! Александр Васильевич Вишневский нам, студентам Казанского мединститута, объяснял: смотрите сначала на больного, а потом уже на бумагу. Человек только в клинику направляется, а преподаватель нам говорит: «у него паховая грыжа», или – «у пациента нефрит». По внешнему виду диагноз ставил. Мы, естественно, потом в лаборатории этих пациентов проверяли. Хоть бы раз ошибся!

...Конечно, такие заболевания как хламидиоз, микоплазмоз, цитомегалия, генитальный герпес для врачей уже не являются чем-то сверхновым. Последние годы по этой теме идет много публикаций. Однако и в диагностике, и в методике их лечения есть столько нюансов, что тот огромный опыт, который имеют Вера Ивановна Козлова и Александр Федорович Пухнер поистине уникален. И...не востребован? Да нет, есть ученики, есть благодарные пациенты, но вот что тревожит:

– В издательстве «Медицина», – рассказывают супруги, – которому мы предложили пятое, переработанное и дополненное издание книги «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий» нам предложили искать спонсора для ее выхода в свет. В Москве желающих не нашлось. И только когда выступили с докладом на выставке «Аптека-99», появились рекламодатели. Теперь она издана в Санкт-Петербурге. Сейчас есть материал для новой публикации, какая судьба его ожидает?

...Надеюсь, что все у них будет хорошо. Свой совместный столетний медицинский рубеж Александр Федорович Пухнер и Вера Ивановна Козлова перешагнули. А, как прочел в одном фантастическом романе – трудно бывает только первые сто лет.

Дмитрий Виноградов

# Nordic – КОМФОРТ И БЕЗОПАСНОСТЬ

С помощью продукции Нордик, производства фирмы Густавсберг, предназначенной для инвалидов, можно оборудовать вашу ванную комнату или помещение в лечебном учреждении в соответствии со специфическими нуждами и потребностями, как для временного пользования, в течение непродолжительной болезни, так и для постоянного использования, для людей с пожизненным ограничением подвижности. Все изделия компании Густавсберг сконструированы с целью облегчить людям с ограниченной подвижностью посещение и использование ванной комнаты. И также как и во всем остальном оборудовании, Густавсберг достиг сочетания прекрасного дизайна и первоклассной функциональности и в серии Нордик.

## Подвижная конструкция ваннных комнат и перекладины Нордик

Перекладки, прикрепленные к стене, являются основной идеей, применяемой в серии Нордик, предназначенной для инвалидов. Эта максимально гибкая система легко конструируется и позволяет сделать доступной для инвалидов любую ванную комнату. Вместо монтирования раковин, поручней для унитазов и унитазов непосредственно к стене или полу, вдоль нужной вам стены монтируются перекладины, к которым прикрепляются наше специальное оборудование. Благодаря этому, различные элементы можно передвигать вертикально или горизонтально лишь с помощью движения руки. Эта система также позволяет вам легко и просто добавлять и удалять элементы в соответствии с вашими потребностями.

Перекладки монтируются на болтах с фланцем, который уменьшает и перераспределяет давление веса на стену. Их также можно применять с оштукатуренными стенами. Единожды смонтированная ванная комната может быть дополнена впоследствии оборудованием и элементами, предназначенными для инвалидов, большинство которых могут быть прикреплены как горизонтально, так и вертикально. Элементы скользят вдоль перекладин и могут быть установлены в нужную вам позицию. Дополнительные поддерживающие подпорки не потребуются. Благодаря инновационной системе для инвалидов Нордик, вам больше не потребуются дорогое вспомогательное оборудование, например, подъемники и электроподъемники, в каждой комнате, их можно будет передвигать в соответствии с вашими потребностями. Так как ничего не крепится к стене навсегда, вы будете избавлены от неприглядных дыр и выцветания, уменьшается риск появления влажных пятен. Другими словами, система для инвалидов Нордик, не только дает больше свободы и гибкости в планировании ванной комнаты, но и экономит деньги.

## Подъемник для унитаза

Подъемник для унитаза Нордик сконструирован при тесном сотрудничестве с потребителями и обслуживающим медперсоналом. Людям, страдающим от повреждений спины, таза или мышц, подвижный и легко регулируемый подъемник дает возможность посещать туалет самостоятельно. Индивидуальная настройка подъемника идеально помогает человеку, как вставать, так и садиться. Он также помогает медперсоналу и людям, ухаживающим за инвалидом дома, избегать ненужные или неправильные поднимания больного.

Подъемник также делает легким монтаж и разборку унитаза. В серии Нордик от Густавсберг существуют унитазы специально адаптированные для системы для инвалидов Нордик.

## Поручни

Густавсберг может предложить множество различных поручней, предназначенных для монтажа на перекладину серии Нордик или непосредственно на главные стены. Поручни также могут быть укомплектованы вертикальными перекладинами, что позволяет передвигать их и регулировать по высоте.

Поручни Нордик могут крепиться непосредственно к унитазу. Они специально адаптированы для быстрого и простого крепления и не требуют отверстий в полу и стенах. Крепкие поручни дают устойчивую и безопасную опору даже на концах. Кроме того, каждый поручень можно опустить на нужный вам уровень. Поручни Нордик поставляются с эксклюзивным сиденьем Густавсберг из терморективной пластмассы.



## Монтажные секции для раковин

Регулируемые по высоте монтажные секции предназначены для того, чтобы облегчить пользование раковиной. Практичный дизайн делает их монтаж и эксплуатацию легкой задачей. В серию входят механизированные и ручные модели, и те, и другие могут крепиться как к перекладине, так и к стене. Кроме вертикальных моделей существуют монтажные комплекты для горизонтальной регулировки.

## Ванны и души

Система для инвалидов Нордик предлагает различные типы ванн. Сидячая ванна Густавсберг имеет достаточное место для душа в подножье, рельефное сиденье, а также две крепкие поддерживающие ручки для безопасного и легкого выхода из ванны. Все ванны серии могут быть снабжены анти-скользящим дном для дополнительной безопасности.

Густавсберг также предлагает ряд практичных изделий и аксессуаров для душа. Они могут крепиться к перекладинам Нордик или непосредственно к стене ванной комнаты. Широкий выбор моделей предоставляет потребителю множество возможностей по обустройству ванной комнаты в соответствии со своими ежедневными гигиеническими нуждами. Угловые души не имеют плитусов и открываются максимально широко, что облегчает доступ инвалидных кресел.

В серию также входят удерживающие поручни, опоры для вставания и откидные сиденья, регулируемые по высоте. Горизонтальные ручные и ножные опоры могут быть укомплектованы адаптером для регулирования по высоте.

Густавсберг предоставляет широкий выбор изделий из санфарфора, смесителей и другой сантехнической продукции.

Три главные черты, определяющие выбор продукции Густавсберг: дизайн, неподвластный времени, высокая функциональность, экономия природных ресурсов.

За дополнительной информацией обращайтесь в Московское представительство компании Густавсберг: тел.: 946-2844, факс: 946-2834.

Эл. почта: [info@gustavsberg.ru](mailto:info@gustavsberg.ru)



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

Тел./факс: 399 8493

ВИРТУАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА-МАГАЗИН

Медицинской продукции и услуг

WWW.MEDTEX.RU

## НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ МЗ РФ

*Руководителям кадровых служб органов  
здравоохранения, главным урологам, главным  
врачам лечебных учреждений*

Научно-исследовательский институт урологии МЗ РФ проводит ежемесячные 2-недельные курсы повышения квалификации врачей по программе:

1. Современные методы диагностики и лечения МКБ (дистанционная литотрипсия).
2. Эндоскопические методы диагностики и лечения урологических заболеваний и новых уротехнологий.
3. Андрология: диагностика и лечение ДГПЖ, эректильная дисфункция, мужское бесплодие, лабораторные методы исследования.
4. Ультразвуковые методы диагностики и лечения урологических заболеваний.
5. Детская урология: эндоскопическая детская урология, диагностика и лечение острых и хронических воспалительных заболеваний у детей и т. д.
6. Уродинамические методы исследования.

**Занятия будут проходить в НИИ урологии МЗ РФ по адресу: г. Москва, 3-я Парковая ул., д. 51**

Заезд на семинар: первый понедельник каждого месяца.  
Справки по тел. 367 84.18 с. н. с. Т. А. Носова

### ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им. В. П. СЕРБСКОГО

Объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

- **руководителей** (докторов наук) Отделения проблем реабилитации Отдела пограничной психиатрии и Лаборатории клинической нейрофизиологии;
- **ведущих научных сотрудников** (докторов наук) Отделения экзогенных психических расстройств Отдела судебно-психиатрических экспертиз и Лаборатории клинической нейрофизиологии;
- **старших научных, научных и младших научных сотрудников** Научно-организационного отдела; Отдела эпидемиологических и организационных проблем; клинических отделений и лабораторий.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Москве и ближнем Подмосковье. Срок подачи документов – 1 месяц с момента публикации объявления.

**Адрес: 119839, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.**

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

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

**Москвичей мы приглашаем в редакцию.**

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

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года

Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

**Главный редактор Г. Денисова**

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

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

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ**