

# НОСПИТАЛ

# БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 3  
2000

## НАУКА И ПРАКТИКА

Кафедра  
педиатрии РМАПО.  
Тушинская  
городская  
детская  
больница

СТР. 3–4

Гематологические,  
ревматологические  
и кожные  
заболевания  
у детей

СТР. 5–9



Не  
только  
лекарства

СТР. 12–13



*Нина Алексеевна Коровина – профессор, заведующая кафедрой педиатрии РМАПО, главный детский нефролог Минздрава РФ, заслуженный врач Российской Федерации.*

## НОВОСТИ

В ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ прошло первое заседание школы лечащих врачей. Оно было посвящено теме «Головная боль и боль в спине». Проблема актуальная, ведь с жалобами на боль в спине к врачам обращаются 16–20%, а с головными болями – 90% всех пациентов клиник.

На вопросы слушателей отвечали д. м. н. профессор А. М. Вейн, д. м. н. профессор А. Б. Данилов и др. Были определены основные причины, вызывающие боль, названы варианты ее профилактики и лечения в разных возрастных группах.

Как правило, головная боль сопровождается не только эмоциональным дискомфортом: в 60% случаев она порождает депрессию, хотя имеется и обратный вариант. По этой проблеме специализируется недавно открытая в Москве «Клиника головной боли» профессора Александра Вейна.

Занятия школы в Центре профилактической медицины (Петроверигский пер., д. 10) будут проходить регулярно – каждый 3-й четверг месяца, в 17.00. Их цель – повышение знаний врачей по актуальным проблемам медицины. Приглашаются все желающие.

\* \* \*

По сообщению пресс-службы, Ассоциация фармацевтических предприятий (АФП) начала реализацию Программы предоставления льгот на приобретение лекарств потребителям из социально незащищенных слоев населения. Так, в аптеках №№ 246, 264, 272, 277, 411, 414 начат эксперимент по продаже медикаментов со значительной скидкой. Список льготных средств состоит более чем из 130 наименований. Кроме того, АФП планирует создать собственную справочную службу, где можно будет получить информацию о наличии льготных препаратов в аптеках и их стоимости.

Учредителями Ассоциации фармацевтических предприятий являются компания «СИА Интернейшнл» и более 40 аптек Москвы. В дальнейшем в АФП планируют войти представители всех сегментов фармацевтического рынка.

\* \* \*

Сердечно-сосудистые заболевания – острейшая проблема современной медицины. Ей и был посвящен круглый стол в Центральном доме журналистов: «Профилактическая кардиология – желаемое и действительное».

За последние 30 лет динамика смертности, связанная с этими заболеваниями, в России и развитых странах стала сильно отличаться. У нас она сегодня в два-три раза выше, чем в благополучной Европе. Основную роль в развитии этих болезней играют вредные привычки (курение, алкоголь, переедание) и наплевательское отношение к своему здоровью. Выступавшие на конференции ученые (проф. Р. Оганов, В. Аникин, А. Александров) рассказали о новом в лечении сердечной патологии, напомнили о мерах профилактики. Ученые считают, что высокое благосостояние – не единственное условие хорошего самочувствия человека – богатые тоже плачут, главное – бережное отношение к своему сердцу и здоровый образ жизни.

\* \* \*

Ассоциация «Трамполин Камера» (Франция) провела пресс-конференцию на тему: «Культура и психиатрия. Обмен опытом между психиатрами Франции и России по проблеме аутизма и перспективы сотрудничества двух стран». Эта акция была приурочена к концерту-акции французской музыкальной группы «LES TRAVAILLEURS DU DIMANCHE» («ВОСКРЕСНЫЕ РАБОТНИКИ»). С сообщением выступил главный врач госпиталя «Антони», президент Ассоциации «Трамполин Камера» Жиль-Ролан-Манюэль.

Люди, страдающие аутизмом, одной из форм психического заболевания, как правило, лишены возможности полноценно участвовать в жизни общества: им трудно общаться с другими людьми, они живут в специализированных учреждениях. Участники этой музыкальной группы пытаются прорвать изоляцию. Молодые люди находятся под опекой госпиталя «Антони» (предместье Парижа). То, чем занимается госпиталь – эксперимент, попытка нестандартного подхода к лечению больных. Жиль-Ролан-Манюэль доказывает, что его пациенты не только могут участвовать в жизни общества, но и воздействовать на него, возвращая нас к таким порой забытым ценностям, как сочувствие, любовь, милосердие...

Спец. корр. Ольга Логинова



**Приглашаем Вас принять участие в VII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство», который состоится 10–14 апреля в Москве в Российской академии государственной службы при Президенте РФ**

**Основные научные направления Конгресса:**

- Российские национальные формуляры и их внедрение в практику; Российский национальный формуляр для педиатра; Российский национальный формуляр для стоматолога. Для обсуждения на Конгрессе планируется выпуск первого Федерального руководства (формуляра) по использованию лекарственных средств для врача общей практики.
- Новому тысячелетию – здоровое поколение: охрана здоровья матери и ребенка; лекарство и дети; перинатальная фармакология; болезни подросткового возраста; репродуктивное здоровье человека; педиатрическое образование в России.
- XXI век – век новых технологий: геном человека и фармакотерапия; наиболее распространенные социальные заболевания (сердечно-сосудистые, бронхолегочные, психические, туберкулез; заболевания, передающиеся половым путем, профессиональные заболевания) – их лечение.
- Государственная политика в здравоохранении: медицинское страхование; развитие законодательной базы в Российской Федерации в области лекарств и лекарственного обеспечения; перспективы развития отечественной фармацевтической промышленности; лекарственное обеспечение населения России в новых экономических условиях.

**Научная программа Конгресса включает:**

актовые лекции, пленарные доклады, клинические разборы, научные симпозиумы, сателлитные симпозиумы, образовательные семинары, рабочие совещания, лекции для практических врачей, школы молодых специалистов, конкурсы молодых ученых, конкурс студенческих работ.

**Контактные тел./факс: (095) 267 6175, 267 4301.**

**Оргкомитет Конгресса.**



*«Плохой иммунитет», «слабая иммунная система» – эти словосочетания уже прочно вошли в лексикон родителей часто болеющих детей. Освоить их помогли участковые педиатры, которые на вопросы мам – почему болеет ребенок, не долго думая отвечают – слабый иммунитет. Закаливание, физкультура, режим труда и отдыха, полноценное питание – все, о чем когда-то педиатры не уставали твердить, отходит на второй план. Слабый иммунитет – но что с этим поделаешь? С легкой руки некомпетентных специалистов упрощается и девальвируется представление о работе иммунной системы, у людей появляется ощущение фатального исхода при малейших ее нарушениях.*

*Да, среди болезней, которые поражают детей, есть особая группа – заболевания с иммунным механизмом развития, очень тяжелые, трудно диагностируемые. Но они встречаются достаточно редко, гораздо чаще врачам приходится сталкиваться с реакциями организма ребенка на неблагоприятные факторы окружающей среды, которые никакого отношения к иммунодефицитам не имеют. Сегодня мы поговорим и о тех, и о других.*

## НОВОЕ В НЕФРОЛОГИИ

**Откроет наш заочный симпозиум Н. А. Коровина – профессор, заведующая кафедрой педиатрии РМАПО, главный детский нефролог Минздрава РФ, заслуженный врач Российской Федерации.**

– В Российской медицинской академии последипломного образования (ЦИУВ) кафедра педиатрии была создана одной из первых – 67 лет назад. Долгие годы кафедрой возглавлял ее основатель – академик Георгий Нестерович Сперанский. Он определил направления нашей лечебной, научной и педагогической деятельности. В течение 40 лет кафедра действовала на базе 9-й детской больницы, а последние 15 лет – Тушинской городской детской больницы. Здесь в клинических отделениях работают сотрудники 12 кафедр педиатрического факультета нашей академии.

Клинической базой кафедры являются отделения новорожденных, гастроэнтерологии, кардиопульмонологии, нефрологии

и оксигенированное грудное отделение. Мы работаем в тесном контакте с сотрудниками больницы, которую возглавляет В. Ф. Смирнов. Клинический опыт ординаторов больницы и научные исследования кафедры являются основой для разработки и внедрения новых диагностических и лечебных технологий.

Наша гордость – отделение нефрологии, которое возглавляет врач высшей категории М. М. Литвак. Здесь есть подразделения и для грудных детей, и для детей старшего возраста, страдающих заболеваниями почек и мочевой системы. В отделении применяются самые современные методы диагностики, включая биохимические, иммунологические, морфологические, ультразвуковые, рентгенологические методы исследования (проф. М. А. Филиппкин). В нашей больнице впервые у детей применена доплерография дуговых и сегментарных сосудов почек (проф. М. И. Пыков). Функциональные исследования мочевых путей про-

водятся урологами больницы совместно со специалистами кафедры детской хирургии Академии.

К сожалению, в последнее время отмечается увеличение числа врожденных и наследственных заболеваний. Это связано в первую очередь со здоровьем родителей, с неблагоприятной экологической ситуацией в стране и, прежде всего – плохим состоянием воды, воздуха, продуктов питания. В настоящее время у детей выделяется группа заболеваний, которые называют эконефропатиями, но, видимо, их правильнее было бы назвать заболеваниями, связанными с микроэлементозами. Это новый раздел детской нефрологии. Он разрабатывается, в основном, институтом педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ, медицинскими институтами в Оренбурге, Самаре, Воронеже и других регионах России.



### СОЗДАЕТСЯ РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Для получения подробной информации и рассмотрения возможности участия в регистре обращаться в отделение трансплантации почки Российской детской клинической больницы.

Тел: (095) 936 9313, 936 9309 –  
Молчанова Елена Александровна,  
936 9213 – Васильева Лариса  
Владимировна.

Должна отметить, что «традиционные» заболевания почек, с которыми мы встречаемся в нынешних условиях, имеют в определенной степени новое и необычное течение. Мы констатируем все более тяжелые формы гломерулонефрита, пиелонефрита, нарастание резистентных штаммов бактерий к существующим антибактериальным препаратам, применяемым при лечении ИМС.

Как главный детский нефролог Минздрава России не могу не отметить, что распространенность заболевания почек в нашей стране составляет от 29 до 187 на тысячу детского населения – в зависимости от региона, экологической обстановки и состояния нефрологической службы. Это, по меньшей мере, тревожные цифры. Среди больных, которые поступают в отделение – значительная часть детей с тяжелыми вариантами острого и хронического гломерулонефрита. Это определяет направленность как диагностического, так и лечебного процесса.

Наша больница одна из немногих в городе, где осуществляется биопсия почек, которая дает возможность использовать международную (морфологическую) классификацию гломерулонефрита.

Благодаря сотрудничеству с кафедрой клинической радиологии нашей академии (проф. Ю. Н. Касаткин), мы широко ис-

пользуем современные радиоизотопные методы исследования, в частности нефросцинтиграфию, которая дает нам возможность судить о кровотоке в почке, оценивать отдельно функции правой и левой почки и следить за динамикой их функционального состояния, что не всегда доступно в других больницах.

Усилиями руководства больницы клиники достаточно хорошо оснащаются лекарственными препаратами. В этом нам очень помогает Комитет здравоохранения города. Мы – одна из немногих больниц в Москве, которая имеет в своем распоряжении современные иммуносупрессанты, в частности, циклоспорин А (Сандиммун). Без поддержки Комитета здравоохранения бюджет больницы вряд ли мог бы себе позволить назначать его бесплатно.

Сегодня этот препарат у нас получают шесть детей, на очереди – еще двадцать шесть. Его применение перспективно при рецидивирующем гормонозависимом и гормонорезистентном нефротическом синдроме у детей. Это для нас как свет в конце тоннеля. Потому что таких больных нам очень трудно вести, ведь побочное действие повторных курсов глюкокортикоидов и цитостатиков широко известны. Сандиммун назначают в стационаре, затем дети продолжают его получать дома в течение 6–24 месяцев под контролем сотрудников клиники. Препарат не угнетает кроветворение и в этом его несомненное преимущество перед цитостатиками.

Следует отметить изменение подходов к терапии инфекций мочевой системы у детей. При разработке «ступенчатого» выбора антибактериальных препаратов при пиелонефрите мы определили группу антибиотиков первого ряда и группу альтернативных препаратов в зависимости от того, какая микробная флора выделяется из мочи больных. У нас очень хорошо оснащенная бактериологическая лаборатория (зав. М. В. Калинина), данные которой мы используем для обоснования применения антибиотиков. Мы считаем, что среди этих препаратов в настоящее время

первыми являются антибиотики пеницилинового ряда, защищенные клавулоновой кислотой (т. е. не разрушаемые бета-лактамазами бактерий). На втором месте – препараты цефалоспоринового ряда второго-третьего поколений, вводимые парентерально или энтерально. Необходимо отметить, что у педиатров-нефрологов должны быть «запасные», резервные лекарства, к которым относятся цефалоспориновые антибиотики четвертого поколения, фторхинолоновые антибиотики и аминокликозиды.

Говоря о лечении наиболее распространенной у детей патологии (инфекции мочевой системы и пиелонефрита), должна отметить, что сотрудниками кафедры разработан и внедрен первый в детской нефрологии формуляр антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях мочевой системы. Он был одобрен на 2-м Всероссийском съезде нефрологов, президентом ассоциации детских нефрологов РФ профессором М. С. Игнатовой и нефрологами других клиник России. Сейчас формуляр является рабочим документом в нашей больнице.

Следующий момент, на который хотелось бы обратить внимание – это диагностика и лечение больных с тубоинтерстициальным нефритом (ТИН), который часто имеет латентное течение. Этими вопросами мы занимаемся давно и выяснили, что дети, страдающие ТИН, нуждаются в длительном применении препаратов, улучшающих почечный кровоток. Уже накоплен опыт применения ангиопротекторов, ингибиторов АПФ, антиоксидантов, которые способствуют уменьшению склеротических процессов в почечной ткани.

В настоящее время мы считаем перспективным ведение детей с вегетативной дисфункцией, детей, имеющих заболевания почек с артериальной гипертензией с помощью суточного мониторинга артериального давления. Это позволяет подобрать индивидуальные препараты и их дозы, которые нормализуют артериальное давление и улучшают почечный кровоток.



Широкое использование УЗИ с доплерографией почек позволяет на ранней стадии обнаружить нарушение кровообращения в почках, причем, не только в почечных артериях, но и в дуговых, сегментарных артериях, которые повреждаются в первую очередь. Это редко где сейчас осуществляется у детей, а между тем – коррекция кровообращения именно на этом уровне дает возможность определить профилактические мероприятия для предупреждения хронической почечной недостаточности.

Для оптимизации лечения больных на базе нашего нефрологического отделения

работает нефрологическая школа для родителей и детей. В ней мы знакомим взрослых с вопросами клиники заболеваний, ранней оценки изменений состояния детей, особенно в экстремальных условиях (при респираторных и других интеркуррентных заболеваниях), с тем, чтобы своевременно провести коррекцию терапии. Детей обучаем режиму мочеиспускания, режиму дня, питания, что имеет очень важное значение для достижения ремиссии и ее сохранения при заболеваниях почек.

Хотелось бы обратить внимание родителей на необходимость внимательного отношения к самым незначительным на пер-

вый взгляд изменениям в анализах мочи у детей. К сожалению, большая часть заболеваний почек и мочевыводящих путей развивается постепенно и протекает без специфических симптомов. Поэтому у детей первого года жизни ухудшение сна, аппетита, появление беспокойства (особенно при мочеиспускании), расстройство стула, лихорадка должны служить поводом для исследования мочи. Изменение объема выделяемой мочи, отеки век, лица, конечностей, боли в животе, пояснице требуют исключения врожденных или приобретенных заболеваний почек и мочевыводящих путей.

## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГЕМАТОЛОГИИ

*На вопросы корреспондента отвечает А. А. Масчан, заместитель директора НИИ детской гематологии МЗ РФ, руководитель Центра гематологии и трансплантации костного мозга Российской детской клинической больницы.*

– Сфера нашей деятельности – лечение злокачественных и незлокачественных, но от этого не менее тяжелых, заболеваний крови, различных генетических синдромов, в том числе и иммунодефицитных.

Множество заболеваний в гематологии связано с нарушением иммунитета. Как правило – это извращенные реакции иммунной системы, которая ошибочно распознает чужеродными свои собственные клетки, к которым, в принципе, она должна быть толерантна.

К числу таких болезней относятся гемолитические анемии, апластические анемии, тромбоцитопении и другие синдромы. Кроме того, существуют так называемые первичные иммунодефицитные синдромы, когда один из многочисленных генов, которые регулируют разные звенья иммунного от-

вета, мутирован, и, соответственно функция кодируемого белка выпадает.

Коль скоро существуют заболевания, связанные с выпадением или извращением иммунных функций, существуют и методы их контроля, которые могут заключаться либо в подавлении избыточного, не нужно пациенту иммунного ответа, или, наоборот – в привнесении недостающей функции иммунной системы.

**– Существует ли статистика такого рода заболеваний?**

Да, но основана она в основном на данных зарубежных исследований, потому что там медицинская статистика и ведение регистров значительно лучше развиты, чем у нас. Заболевания эти не так уж и редки. Например, такая болезнь как тромбоцитопеническая пурпура встречается не менее чем у 30–40 детей на сто тысяч населения.

А иммунодефициты встречаются с частотой от 1 до 6 случаев на сто тысяч детей. Другое дело, что их диагностика очень слаба. Многие так и умирают без диагноза. В нашей стране это одна из проблем.

**– Какие рекомендации по диагностике этих болезней вы могли бы дать практическому врачу?**

**– Есть болезни, которые очень легко заподозрить на любом этапе. Если говорить о первичных иммунодефицитах, то врача в первую очередь должны насторожить частые и тяжелые бактериальные инфекции, которым подвержен пациент. (Я имею в виду не острые респираторные заболевания, которыми дети часто болеют, а именно тяжелые инфекции раннего возраста). Их достаточно просто заподозрить, и, главное, – с помощью подсчета лейкоцитов и определения формулы, анализа сывороточных иммуноглобулинов, выявить. Это те тесты, которые позволяют провести скрининг для большинства иммунодефицитов. Более тонкие формы распознавания болезни участковому врачу, как правило, недоступны – нужны специальные иммунологические исследования, которые сегодня, кстати, можно провести практически повсеместно. Спектр тестов – не более десяти. Другое дело, что результаты необходимо правильно интерпретировать. Потому-то в народе, даже во врачебной среде, бытует мнение, что сейчас очень много так называемых вторичных иммунодефицитов, которые на самом деле таковыми не являются – не имеют под собой никакой морфологической основы.**



### СОЗДАЕТСЯ РЕГИСТР ПО ИЗУЧЕНИЮ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Для получения подробной информации и рассмотрения возможности участия в регистре обращаться в НИИ детской гематологии МЗ РФ к Самочатовой Елене Владимировне.

Тел./факс: (095) 936 9078, факс: (095) 937 5032 (для Самочатовой Е. В.).

E-mail: evs@niidg.dol.ru

#### – Возможна ли профилактика этих болезней?

– Абсолютно невозможна. Нужно четко представлять себе, что это все же не массовые болезни – не ангина, не гастрит, не грипп. Тем более, если речь идет о генетических синдромах.

#### – Какие методики лечения этих болезней приняты в нашей стране, за рубежом? Можно ли их как-то сопоставлять?

– Врожденные иммунодефицитные синдромы поддаются коррекции только при пересадках костного мозга. И это очень важно понимать, потому что никакого влияния иммуностимуляторы, типа интерферона, виферона, столь сейчас популярные, при лечении этих болезней не оказывают. Пересадка костного мозга помогает только при клеточных иммунодефицитах.

В случаях нарушения функции так называемого гуморального иммунитета хорошие результаты приносит заместительная терапия иммуноглобулинами.

Что же касается лечения болезней, связанных с избыточной функцией иммунной системы, то здесь важную роль играют препараты, которые ее подавляют. На этом поле первыми появились цитотоксические препараты, просто убивающие «агрессивные» клетки. К сожалению, они не обладают избы-

чительным действием: вместе с больными погибают и необходимые организму клетки.

Сегодня в нашем арсенале есть и другие лекарства, которые не обладают цитотоксическим действием. Поскольку взаимодействие между клетками иммунной системы осуществляется на уровне так называемых растворимых медиаторов иммунного ответа типа интерлейкина 2, интерлейкина 4, интерлейкина 10, гаммаинтерферона (я назвал те медиаторы, которые задействованы в развитии аутоиммунных заболеваний), то естественно, если мы подавляем выработку этих медиаторов, то патологического взаимодействия не происходит. Одним из первых препаратов в этой группе появился Сандиммун, который мы сегодня с успехом используем при лечении апластических анемий, различных иммунных цитопений, гемофагоцитарных синдромов. В нашей практике этот препарат прочно занимает свое место. Кроме того, он еще используется после пересадки донорского костного мозга – чтобы подавить избыточную иммунную агрессию, которая появляется после трансплантации.

Что же касается другой иммунотропной терапии – ее арсенал сейчас огромен и простирается от преднизолона, который является классическим иммуносупрессантом, до высоких доз иммуноглобулинов и ингибиторов рецепторов интерлейкина-2. Думаю, что мы стоим на пороге революции именно в области иммунорегуляции. Появилась надежда, что станет возможным более специфично и направленно влиять на взаимодействия внутри иммунной системы.

#### – Если не ошибаюсь – вскоре у института десятилетний юбилей. Как выживал он все эти годы, ведь и препараты, и оборудование – вещь дорогостоящая?

– Нам действительно в следующем году исполнится десять лет. На каком-то этапе институту очень помогла чета Горбачевых. С их помощью мы получали гуманитарную помощь, Михаил Сергеевич и своими деньгами участвовал в строительстве отделения по пересадке костного мозга.

Какое-то время выживали только благодаря спонсорской поддержке – до 95 процентов препаратов, которые получали лечившиеся у нас дети, поступало за их счет. Сейчас заработала программа «Детская гематология и онкология» и значительно лучше стало с обеспечением лекарствами за счет государства. Но без поддержки спонсоров – а это и фонды, и частные лица – все равно было бы крайне трудно. Хорошо, что такие друзья у института есть.

#### – Сколько детей получают помощь в институте детской гематологии?

– Ежегодно у нас проходят лечение много сотен детей. Проблема в другом – даже при полной загрузке один центр не в состоянии обеспечить помощь нуждающимся в ней детям со всей России. Нужно создавать качественные отделения по стране. По лечению лейкозов такие отделения созданы на хорошем, близком к международному, уровне. В отношении других заболеваний – предстоит еще много сделать.

#### – Есть ли у вас информация о том, каким образом получают медикаменты и лечение дети, от вас выписавшиеся?

– Для детей с лейкозами – лекарства бесплатны, поскольку покрываются за счет Федеральной программы. В отношении других – сложнее. Кто-то получает лекарства по месту жительства по бесплатному рецепту, некоторые вынуждены эти лекарства покупать, кому-то мы сами можем обеспечить поддерживающую терапию.

#### – Сможет ли ребенок, попавший «в сферу вашего внимания», поправиться абсолютно, или же пожизненно останется инвалидом?

– Практически все дети, попадающие к нам – формально – на инвалидности. Но все зависит от заболевания. Есть такие, которые в течение всей жизни нуждаются в коррекции – ближайший аналог инсулинозависимый сахарный диабет, а есть те, кого вылечили специфическими иммунотропными препаратами, и в дальнейшем они обходятся без лекарств, становятся полноценными социально активными людьми.





## ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

**Е. И. Алексеева, доцент кафедры детских болезней ММА им. И. М. Сеченова, сотрудник специализированного отделения по изучению ювенильного ревматоидного артрита:**

– Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – это одно из наиболее часто встречающихся ревматических заболеваний у детей. По данным разных авторов заболеваемость ЮРА варьирует от 9 до 16 случаев на сто тысяч детского населения в возрасте до 16 лет в зависимости от региона. Ревматоидным артритом чаще болеют девочки.

Этиология ЮРА неизвестна. Есть предположение, что одной из причин болезни может быть персистирующая инфекция и, соответственно, нарушение механизма распознавания системой иммунологического надзора собственных и чужеродных антигенных структур. Заболевание развивается вследствие перекрестного иммунного цитоксического ответа: как на инфекционный антиген, так и на собственные антигены тканей сустава.

Факторов, провоцирующих развитие ревматоидного артрита, достаточно много. Наиболее частыми являются травма, бактериальная или вирусная инфекция, инсоляция, профилактическая прививка, сделанная на неблагоприятном фоне – во время или сразу после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции.

В настоящее время выделяют два варианта течения ЮРА: суставной и системный. При суставном варианте поражаются преимущественно суставы, а при системном – развиваются также и внесуставные проявления.

В большинстве случаев суставной вариант дебютирует с поражения одного сустава, чаще всего коленного. Как правило, родители связывают артрит с травмой и обращаются к хирургам. Нередко таким больным накладывают гипсовый лангет, что приводит к довольно тяжелым последствиям. В обездвиженном суставе патологический процесс идет еще быстрее, у детей развивается сгибательная контрактура, ликвидировать которую бывает очень

сложно. Многие наши тяжелые пациенты – следствие этой первоначальной ошибки. При поражении одновременно нескольких суставов правильный диагноз ставится достаточно быстро.

Наиболее тяжело протекают системные варианты ЮРА. Для них характерно поражение сердца (миоперикардит), серозных оболочек (полисерозит), легких (пневмонит), а также лихорадка, сыпь и др.

Эти дети, как правило, очень долго ходят по разным врачам: в диагнозе им ставят инфекционные и даже онкологические заболевания. И только когда суставной синдром появляется, они, наконец, попадают к ревматологам.

Терапия ЮРА с тяжелыми системными проявлениями, как правило, начинается с применения глюкокортикоидов (ГК) для орального приема, в частности, преднизолон в дозах, превышающих 1 мг/кг массы в сутки, а нередко 2–3 мг/кг в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Применение ГК позволяет достигнуть быстрого улучшения у большинства больных, вплоть до клинко-лабораторной ремиссии. Такой выраженный эффект дает основания для врача снизить дозу ГК, а часто и полностью их отменить в надежде на то, что процесс полностью купирован. Однако, отмена ГК приводит к развитию выраженного обострения практически у всех больных через 2–3 месяца, а часто и раньше. Повторное назначение преднизолон в первоначальных дозах, как правило, не достаточно эффективно, его доза повышается, затем опять снижается и больной попадает в своеобразный гормональный плен. Он становится гормонорезистентным и гормонозависимым одновременно. Это проявляется тем, что, с одной стороны, низкие дозы преднизолон (0,2–0,5 мг/кг в сутки), которые дети получают годами, мало вли я ю т н а

активность заболевания, оно рецидивирует и прогрессирует. С другой стороны, попытка снизить дозу преднизолон приводит к развитию синдрома отмены, что требует проведения заместительной терапии, то есть, введения в организм ребенка ГК. Длительная гормональная терапия вызывает развитие инвалидизирующих детей побочных эффектов. Наиболее тяжелые из них – подавление активности системы гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников, задержка роста (нанизм), остеопороз позвоночника, синдром Кушинга.

Иммунодепрессанты, препараты второго ряда, детям часто назначают на поздних стадиях болезни. Это связывают с выраженной токсичностью иммуносупрессоров и сложностью прогнозирования тяжести течения ЮРА в его дебюте.

Системные варианты ювенильного ревматоидного артрита, как правило, характеризуются агрессивным течением.

Маркерами неблагоприятного прогноза являются: начало заболевания в раннем детском возрасте; системный характер дебюта заболевания; быстрое формирование симметричного генерализованного или полиартикулярного суставного синдрома; непрерывно-рецидивирующее течение заболевания; стойко повышенные лабораторные показатели (СОЭ, СРБ, IgG в сыворотке крови); прогрессирующее нарастание функциональной недостаточности пораженных суставов с ограничением способности к самообслуживанию в течение первых 6–12 месяцев болезни.

У пациентов с наличием указанных маркеров уже на начальном этапе заболевания можно прогнозировать агрессивное течение ЮРА, при котором риск развития деструктивных изменений в суставах и инвалидизации к концу первого года болезни может достигать 50%, а к концу второго года – 95%.

Традиционная тактика лечения таких больных с использованием в качестве препаратов первого



ряда НПВП и ГК для орального приема и локального введения, а в качестве препаратов второго ряда – хинолиновых производных, при наличии маркеров неблагоприятного прогноза, оказывает лишь временный терапевтический эффект. Такое лечение не предотвращает прогрессирования костно-хрящевой деструкции и инвалидизации детей.

Из этого следует, что тактику лечения ЮРА необходимо менять. Да, глюкокортикоиды до настоящего времени остаются самыми мощными и быстро действующими противовоспалительными препаратами – без них нельзя обойтись при лечении системных вариантов ЮРА. Однако сегодня надо использовать альтернативные пути их введения. Иными словами, ГК, при грамотном их применении, могут и не вызывать развития тяжелых побочных эффектов. Результаты наших исследований показали, что пульс-терапия метилпреднизолоном в низких дозах – 5–10 мг/кг коротким курсом и внутрисуставное введение глюкокортикоидов пролонгированного действия обеспечивают высокий терапевтический эффект, который позволяет быстро купировать воспалительные изменения в суставах и системные проявления заболевания. Только необходимо помнить, что парентеральное введение ГК оказывает быстрый, но кратковременный эффект. Вследствие этого, у больных с опасными для жизни системны-

ми проявлениями пульс-терапию метилпреднизолоном и внутрисуставное введение ГК целесообразно использовать в сочетании с внутривенным иммуноглобулином в низких дозах (0,3–1 г/кг на курс). Такое сочетанное применение альтернативных оральному путей введения ГК и ВВИГ стойко купирует системные проявления, позволяет не повышать дозу преднизолона, а иногда его и не назначать. Такая терапия может служить переходным этапом к последующей терапии иммунодепрессантами.

Выбор иммунодепрессивной терапии у каждого конкретного пациента с тяжелыми системными вариантами ЮРА определяется особенностями течения заболевания. Основной целью лечения является предотвращение развития деструкции суставов и инвалидизации ребенка, а также снижение воспалительной активности заболевания.

Наиболее широко в настоящее время для этих целей применяется метотрексат в низких дозах (5–10 мг/м<sup>2</sup> в неделю). Как показали результаты наших исследований, метотрексат в низких дозах целесообразно назначать больным с преобладанием суставного синдрома, отсутствием опасных для жизни системных проявлений, не получающим преднизолон перорально. При условии снижения показателей активности воспаления у этого контингента больных препарат повышает функциональный статус и замедляет прогресси-

рование костно-хрящевой деструкции.

Тяжелые системные варианты ЮРА являются показанием для назначения циклоспорина А в дозах 3,5–5 мг/кг в день. Лечение циклоспорином А снижает активность заболевания, повышает функциональный статус, существенно уменьшает скорость нарастания структурных изменений в суставах. Он стимулирует репаративные процессы в хрящевой и костной ткани суставов независимо от динамики лабораторных показателей активности как на ранних, так и на поздних сроках заболевания. Высокий терапевтический эффект циклоспорина А позволяет отменять преднизолон гормонозависимым больным.

Вне зависимости от выбора, иммунодепрессанты всегда целесообразно использовать как препараты первого ряда и назначать на ранних сроках заболевания при наличии у больных маркеров неблагоприятного прогноза, до появления структурных изменений в суставах и инвалидизации. Нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды у этих больных применяются как дополнительные средства лечения к иммунодепрессивной терапии.

Комплексное лечение ювенильного ревматоидного артрита позволяет в конечном счете значительно улучшить качество жизни ребенка, а в дальнейшем сделать его социально адаптированным членом общества.

## АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

**Н. Г. Кочергин, к. м. н., доцент кафедры кожных болезней ММА им. И. М. Сеченова:**

– Одна из самых больших проблем детской дерматологии – атопический дерматит, прежде называемый нейродермит. А в народе эту болезнь именуют детский диатез.

Первый, наиболее правильный термин указывает на то, что эта болезнь наследственной предрасположенности. У супругов,отягощенных аллергическими заболеваниями, риск рождения ребенка с атопическим

дерматитом намного выше, чем у родителей без патологии.

В детском возрасте заболевание (им болеют и взрослые люди), как правило, протекает наиболее тяжело. Этой фазе присущ экссудативный характер – выраженность воспаления, гиперемия, но самый главный симптом, который больше всего беспокоит родителей и причиняет страдания ребенку – зуд. Он откладывает отпечаток и на нервную систему: ребенок развивается немного по-

другому, нежели его здоровый, не страдающий этим заболеванием, сверстник.

По данным разных авторов атопическим дерматитом в той или иной степени болеют от 30 до 40 процентов детей. Вообще же на Земном шаре этому недугу подвержено 3–5 процентов всего населения.

Проблема терапии этого заболевания достаточно серьезна. Ведь любую болезнь можно лечить на трех уровнях.





Лучший из них – этиологическое лечение. То есть воздействие непосредственно на причину болезни. При том же сифилисе, прописанные пациенту антибиотики убивают возбудитель, и патология проходит.

Другой, наименее эффективный – симптоматический. При том же atopическом дерматите все лечение зачастую сводится к воздействию на симптомы болезни – то есть, какими средствами снять, красноту, зуд. Результат такого лечения иногда кратковременен, иногда – более длителен. Все зависит от индивидуальных особенностей ребенка и метода лечения.

И средний, между этими двумя – лечение на уровне патогенеза: попытка воздействовать не на причину и симптом, а на механизм заболевания.

Механизм atopического дерматита заключается в особом функционировании иммунной системы. В чем это проявляется в жизни? Организм ребенка, особенно в первые годы жизни, бурно реагирует на разнообразные пищевые аллергены, ряд медикаментов. Их список, как правило, хорошо известен всем врачам. И при atopическом дерматите первая из всех рекомендаций, конечно же, соблюдение диеты. Но одним этим избавить ребенка от зуда не удастся и приходится прибегать к различного рода медикаментозным средствам. Очень часто и широко в этих случаях используют группу антигистаминных препаратов – супрастин, диазолин, тавегил – их очень много. В последнее время появляются очень удобные лекарственные формы – в сиропах, например. Родителям удобно, и дети принимают с удовольствием.

Широко используют в ряде случаев примочки из шалфея, ромашки, дубовой коры. Но все то, что я пока называл, не обладает сильным терапевтическим действием, а лишь помогает облегчить течение болезни – уменьшить зуд, гиперемию.

Эффективными считаются кортикостероиды – диперзолон, лоринден, недавно появившийся элоком. Эти средства приносят хороший эффект **при редком применении**.

Медицина не стоит на месте – разрабатываются новые, более эффективные средства, которые воздействуют именно на ме-

ханизм болезни. Здесь следует отметить появившийся в последние годы циклоспорин А (Сандиммун-неорал) – иммуносупрессор избирательного действия. Он не подавляет всю иммунную систему, как, например, преднизолон, и почти лишен побочных эффектов. В последнее время при лечении atopического дерматита специалисты его используют в тех случаях, когда болезнь не поддается лечению другими методами.

В применении этого препарата есть свои особенности. Лечение должно проводиться под тщательным врачебным контролем, предварительно больной должен быть всесторонне обследован. Побочные действия, которые редко, но могут быть связаны с повышением артериального давления (что естественно чаще бывает у взрослых) и влиять на функцию почек. Но это только в тех случаях, когда лечение проводится в высоких дозах, при сопутствующих заболеваниях, которые не были учтены.

Сандиммун удобен в практическом применении, его выпускают в виде сиропа, который смешивается с тем видом сока, который ребенок хорошо переносит. Дают препарат дважды в день – утром и вечером. Для детей обычно начинают лечение с дозы 3 миллиграмма на килограмм веса в сутки, в течение одной-двух недель эта доза держится на одном уровне. При наступлении явного эффекта дозу можно снижать до 2,5–2 мг, так как длительный прием одной и той же дозы нерационален.

По моим наблюдениям и данным зарубежных источников, снизив дозу до минимума – 0,5–1 мг в сутки, добившись какого-то эффекта, можно и нужно длительно держать больного на минимальной дозе – это не причинит ему ущерба.

Существует несколько схем приема препарата, которые подбираются индивидуально, в соответствии с результатами обследования ребенка, его самочувствием.

Повторюсь, при atopическом дерматите Сандиммун не безальтернативный препарат, для него существуют определенные, абсолютно четкие показания. Это тяжелые, упорные к другим видам терапии состояния.

Впервые в дерматологии Сандиммун был применен при лечении псориаза. Но поскольку эта болезнь у детей встречается крайне редко, нет смысла останавливаться подробно на методике лечения.

Еще одно достаточно редкое заболевание – пузырчатка, при которой циклоспорин А также может быть применен. Болезнь крайне тяжелая, при неадекватном лечении может привести к летальному исходу: человек погибает от интоксикации и сопутствующих инфекций.

Традиционно пузырчатку лечат кортикостероидными гормонами, тем же преднизолоном, которые при длительном приеме вызывают многочисленные побочные явления. Мы пытались лечить ее Сандиммуном – опыт такой у нас в клинике есть, препарат показал себя достаточно эффективным. К счастью, это заболевание тоже у детей практически не встречается.



Материалы этого номера подготовил Д. Виноградов, фоторепортаж из отделений Тушинской городской детской больницы – В. Афанасьев.



## ЦИКЛОСПОРИН А ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

*Н. Кочергин, к. м. н., доцент кафедры кожных болезней ММА им. И. М. Сеченова*

Один из распространенных дерматозов у детей и взрослых – атопический дерматит (АД) – может иногда принимать затяжное, торпидное ко многим видам терапии течение. Именно для таких форм в последнее время все чаще применяется избирательный иммуносупрессор циклоспорин А (Сандиммун-неорал). Наш опыт применения этого препарата при АД подтверждает его высокую клиническую эффективность и позволяет сформулировать ряд общих рекомендаций по его использованию.

Всего под нашим наблюдением находилось 53 больных: 28 взрослых в возрасте от 19 до 31 года и 25 детей предпубертатного и пубертатного возраста (9–13 лет). У всех больных АД имел классическую форму, отвечая основным критериям классификации Rajka. Общей клинической особенностью всех больных была особая резистентность кожного процесса к ранее проводимой классической терапии, а у взрослых в ряде случаев и к системным кортикостероидам. Именно резистентные формы заболевания и являются основными показаниями к применению неорала при АД.

В группе взрослых больных неорал назначали в виде раствора или капсул для приема внутрь по схеме стартовой дозы в 3 мг/кг веса в сутки, разделенной пополам для утреннего и вечернего приема.

Раствор неорала необходимо смешивать для улучшения вкусовых ощущений со стаканом фруктового сока, предпочтительно яблочного (за исключением грейпфрутового), в отдельных случаях по индивидуальным показаниям разрешается смешивать с водой.

Через неделю от начала лечения, в зависимости от динамики клинической картины, у каждого больного дозу подбирали либо в сторону повышения или понижения для получения нужного терапевтического эффекта с последующим ее постепенным снижением при сохранении положительной клинической динамики. В итоге средняя групповая доза составляла 2,5 мг/кг/сутки, а продолжительность курса колебалась от 5 до 7 недель.

В группе детей начальная доза раствора неорала составила 5 мг/кг/день, которую по мере улучшения состояния больного постепенно снижали, в ряде случаев до 2 мг/кг в день, при сохранении терапевтического эффекта. Среднесуточная доза составила, таким образом, 3 мг/кг при общей продолжительности лечения от 4 до 6 недель.

Какой-либо другой системной терапии

больные обеих групп не получали. Местно, по показаниям, разрешалось применение стероидных мазей, в основном для противозудного эффекта и для смазывания раздраженных участков тела. Каждые две недели больным проводили контроль сывороточного креатинина и регулярно измеряли артериальное давление.

Эффективность действия неорала оценивали по трем параметрам: первый – динамика 9 основных клинических проявлений с использованием индекса шкалы симптомов (ИШС), разработанного нами – эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость, шелушение, трещины и зуд; второй – дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ); третий – необходимость применения местных кортикостероидных средств в виде мазей или кремов с точки зрения частоты смазывания и количества используемой мази в процентах к исходной потребности.

Наиболее выраженной динамика угасания симптомов была в первую неделю приема препарата. Так, ощущение зуда в первые 5–7 дней ослабевало на 50–70% у большинства больных. В дальнейшем динамика процесса улучшения состояния больных становилась все более «пологой».

В результате лечения в группе взрослых больных общий клинический эффект в виде клинической ремиссии и значительного улучшения составил 60,7% и улучшение наблюдалось у 32,1%. У двух больных из-за очень незначительной начальной динамики процесса лечение было прервано и результат оценен как «без эффекта». Показатель ДИКЖ снизился с  $19,3 \pm 1,1$  перед началом терапии до  $4,1 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ) после ее окончания; ИШС упал к концу лечения с  $18,7 \pm 0,9$  до  $5,2 \pm 0,65$  ( $p < 0,001$ ), а необходимость в местных стероидах уменьшилась до 10%.

В группе детей из 25 больных у 19 достигнута клиническая ремиссия или значительное улучшение. Показатель ДИКЖ улучшился с  $23,6 \pm 1,5$  до  $5,0 \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ); ИШС – соответственно с  $16,7 \pm 0,8$  до  $3,1 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ), а потребность в местных стероидах снизилась до 12%.

При контроле концентрации сывороточного креатинина у трех взрослых больных имел место незначительная тенденция к его повышению. У остальных этот показатель в процессе лечения существенным колебаниям не подвергался. В целом переносимость неорала как взрослыми, так и детьми была хорошей. Единственные неприят-

ные субъективные ощущения в виде легкой тошноты и парестезий в кончиках пальцев наблюдалось у отдельных больных в первые два дня приема препарата и в дальнейшем исчезали.

Таким образом, многолетний опыт применения циклоспорина А (Сандиммун-неорала) при АД позволяет сформулировать следующие общепринятые правила его применения:

1. Эти препараты показаны прежде всего при тяжелых и упорных к другим видам терапии формах атопического дерматита и затянувшихся обострениях как у детей, так и у взрослых.

2. Всегда следует использовать минимальную эффективную дозу, которая не должна превышать 5 мг на 1 кг в день. Предпочтение отдается схеме со стартовой дозой 2,5–3 мг/кг/день с последующим ее подбором по принципу минимально эффективной в зависимости от индивидуального терапевтического ответа. Для получения более быстрого клинического эффекта стартовая доза может составлять 5 мг/кг/день с последующим ее быстрым снижением.

3. Необходим постоянный мониторинг концентрации креатинина сыворотки крови. При повышении уровня более чем на 30% от исходного доза препарата должна быть снижена на 0,5–1 мг/кг/день.

4. Рекомендуется регулярный контроль за артериальным давлением. При стабильной гипертонии необходима сопутствующая гипотензивная терапия или снижение дозы препарата.

5. Желательно избегать комбинаций циклоспорина А с препаратами, влияющими на его биодоступность. Это в первую очередь касается антибиотиков широкого спектра действия (доксциклин, эритромицин и другие макролиды), анальгетиков, гризеофульвина, интраконазола, флорокина, барбитуратов, высоких доз преднизолона, метотрексата, циметидина.

6. Отменять препарат рекомендуется постепенно снижая дозу, что удлиняет сроки наступления очередного рецидива.

В заключение следует сказать, что применение циклоспорина А при атопическом дерматите является безопасным, эффективным, хорошо переносимым методом лечения с невыраженными дозозависимыми побочными эффектами. Он может быть рекомендован в качестве метода выбора при тяжелых, распространенных, упорных к другим видам терапии формах АД как у взрослых, так и у детей.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЦИКЛОСПОРИНА А

Ю. И. Зимин, доктор медицинских наук

Циклоспорин – нейтральный, липофильный, циклический пептид впервые был получен в 1970 году из двух штаммов плесневых грибов *Tolypocladium inflatum* и *Cylindrocarpon lucidum*. При исследовании биологических свойств веществ, синтезируемых этими грибами, было установлено, что некоторые из них, обозначенные как циклоспорины А, С и G, обладают иммунотропной активностью. К 1976 году были накоплены многочисленные экспериментальные данные, свидетельствующие о выраженных специфических иммуносупрессивных эффектах циклоспорина А. Это позволило применять его в клинической практике сначала в трансплантологии, а затем при заболеваниях, развитие которых связано с нарушениями в системе иммунитета.

Циклоспорин А сегодня известен как лекарственный препарат **Сандиммун**. Его создателями являются сотрудники научно-исследовательского отдела еще существовавшей компании Сандоз Фарма (Швейцария). В последние годы на основе микроэмульсионной технологии создана новая лекарственная форма **Сандиммун-неорал** (NOVARTIS Pharma, Швейцария), отличающаяся улучшенными показателями биодоступности и стабильности фармакокинетики.

Циклоспорин А с успехом используют для лечения псориаза, ревматоидного артрита, заднего увеита, язвенного колита, нефротического синдрома, апластической анемии и др. Круг аутоиммунных заболеваний, успешно лечатся данным препаратом постоянно расширяется. По своей значимости открытие циклоспорина многие специалисты сравнивают с открытием пенициллина.

**Свойства и фармакокинетика.** Сандиммун-неорал представляет собой циклический полипептид, состоящий из 11 аминокислот. Исследования показывают, что он подавляет развитие опосредованных клетками иммунных реакций, в том числе иммунный ответ в отношении аллотрансплантата, кожную гиперчувствительность замедленного типа, экспериментальный аллергический энцефаломиелит, артрит, болезнь «трансплантат против хозяина», а также зависимое от Т-лимфоцитов образование антител. На клеточном уровне он подавляет продукцию и секрецию лимфокинов, в том числе интерлейкина-2.

Имеющиеся данные позволяют предположить, что Сандиммун-неорал действует

на лимфоциты специфически и обратимо. В отличие от цитостатических агентов, он не подавляет гемопоэз и не влияет на функции фагоцитирующих клеток.

После перорального применения Сандиммун-неорала максимальная концентрация в плазме крови достигается в пределах 1–3 часов, биодоступность составляет 40–60%. Препарат распределяется главным образом вне кровяного русла. Что касается крови, то 33–47% присутствует в плазме, 4–9% в лимфоцитах, 5–12% в гранулоцитах и 41–58% в эритроцитах. В плазме крови приблизительно 90% препарата связано с белками, преимущественно с липопротеидами.

Сандиммун-неорал подвергается глубокой биотрансформации с образованием около 15 метаболитов. Выделение происходит, главным образом, через желчь, только 0,1% выделяется с мочой в неизменной форме.

В детской практике можно применять, как правило, те же дозы и схемы назначения, как и во взрослой, хотя иногда детям требовались несколько более высокие дозы, чем взрослым, причем они и лучше переносились. Опыт применения препарата у больных старческого возраста ограничен, однако сообщений о каких-либо особых трудностях при использовании его в рекомендуемых дозах нет.

При использовании Сандиммуна-неорала при аутоиммунных заболеваниях следует придерживаться следующих общих правил:

1. До начала терапии следует достоверно определить исходную концентрацию креатинина в сыворотке (не менее двух измерений). В ходе лечения необходимо регулярно контролировать функцию почек для коррекции дозы.

2. Единственно приемлемый путь введения – пероральный, а суточную дозу нужно делить на два приема. За исключением больных эндогенным увеитом, угрожающим потерей зрения, и детей с нефротическим синдромом, суммарная суточная доза никогда не должна превышать 5 мг/кг. Для поддерживающей терапии нужно индивидуально подбирать наименьшую эффективную и лучше всего переносимую дозу.

3. Если у больного не удается добиться адекватных положительных результатов или если эффективная доза несовместима с установленными правилами безопасности, лечение неоралом надо прекратить. Сле-

дует избегать одновременного назначения других иммуносупрессантов.

Больные, получающие Сандиммун-неорал должны лечиться в учреждениях, располагающих адекватными лабораторными возможностями и подготовленным медицинским персоналом.

Сандиммун-неорал прочно занял позицию в группе наиболее эффективных средств в лечении тяжелых аутоиммунных заболеваний. Это дало возможность создать концепцию раннего иммунологического вмешательства, что сопровождается длительной стабилизацией патологического процесса и уменьшением клинической симптоматики. Суть концепции заключается в том, что энергичная терапия начинается уже на ранней стадии формирования патологического процесса, с появлением первых симптомов тяжелого заболевания. В этот период процессы деструкции только начинают проявляться, а фиброз и связанное с ним нарушение функции не являются ведущими в картине болезни. Полученный опыт показал, что при использовании доз препарата не более чем 5 мг/кг ремиссия достигается у большого процента больных. Накопление данных по длительному применению Сандиммуна-неорала продолжается, уже установлено, что лечение больных с длительностью более одного года безопасно при тщательном соблюдении правил дозирования и мониторинга функции почек.

Таким образом, обобщая все многообразие новых данных, можно считать, что Сандиммун стал первым селективным лекарственным соединением, обладающим иммунотерапевтическими свойствами при тяжелых аутоиммунных заболеваниях. Сандиммун-неорал является представителем второго поколения. Данную группу лекарственных средств можно назвать иммунологическим скальпелем - обоюдоострым инструментом, требующим от врача определенных усилий в познании клинической фармакологии.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в Представительстве фирмы по адресу: 103104, Москва, Б. Палашевский пер., 15; тел.: 969 2175, 969 2160; факс: 969 2176.

 NOVARTIS



## Не только лекарства

### Общий взгляд

Из коридора звонкий голос оповестил: «Ужинать! Ужинать!» Я спешно попрощался с другом. Около двери палаты обернулся и увидел, как он складывает помидорины в пакет. Поймав мой взгляд, друг объяснил: «Для всех, за столом». Я еще раз кивнул ему и вышел в коридор. К столовой тянулись ходячие. Навстречу двигалась «тележка-вагонетка» с тарелками для лежачих...

Во дворе я остановился и какое-то время смотрел на огромное вытянутое шестиэтажное здание. Почти все окна были освещены, темными оставались, наверное, «безработные» операционные, процедурные...

Больница... Скорбный дом... Недужница... Лечебница... Именно здесь со всею остротой выявляются самые остроугольные проблемы нашего сложного, противоречивого и переменчивого времени. Нет, не буду касаться вопросов управления, финансирования, обеспечения лекарственными средствами... К тому же и беседы мои называются «Не только лекарства». Постараюсь посмотреть на больницу с позиции общепсихологической и индивидуально-психологической, с позиции медицинской этики и этики пациента. В рассуждениях возьму некую «среднюю больницу». В пределах Москвы есть, даже при равных возможностях, при равной «внешней бедности», – больницы с прекрасно поставленной лечебно-оздоровительной (при бедности!) работой, внимательным отношением к больным, благоприятным психологическим климатом. Да что там больница! Два отделения. Поднялся этажом выше – будто другая «галактика». Настолько они разнятся по складу работы.

Больница – особый мир, даже несколько соприкасающихся, порою сливающихся в один мир. Для того, чтобы лучше понять этот мир, понять, как он живет, как в нем решается основная задача, предназначенная, определенная своим, скажем высоким стилем – Божественным предназна-

чением – лучше всего постараться соединить в одну точку три взгляда. Во-первых, посмотреть на Больницу изнутри, глазами того, кому она служит, глазами ПАЦИЕНТА. Постараться вникнуть в его мир. Во-вторых, посмотреть попристальной на ПОСЕТИТЕЛЯ. Именно на посетителя, пришедшего к пациенту. (Есть посетители и иного сорта – проверяющие состояние финансов, санитарно-эпидемиологическое благополучие и т. п. О них речи не будет).

В-третьих, каков мир тех, кто служит пациенту: младший и средний медицинский персонал, мир врачей, да и всех сотрудников больницы: гардеробщицы, сантехника, дежурного при входе и др.

Уверен, что можно, пользуясь документами, архивными данными, старинными гравюрами ярко описать жизнь средневекового замка. Но никогда, никто не сможет описать подлинную жизнь современной больницы, не поработав в ней, не посетив ее, не побывав в ней в роли рядового пациента.

### БЕСЕДА ПЕРВАЯ

## ОСОБЫЙ МИР

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

*В. И. Даль*

### Пациент

Пациент – невероятно разнолик, разнообразен. Можно выделить множество типажей. На первое место поставлю пациента-оптимиста с твердой установкой. Установку на лечение должны твердо дать поликлиника и семья. Врач поликлиники, по сути дела, есть и сотрудник больницы. Он говорит твердо: «Вам необходимо тщательное обследование и лечение в стационарных условиях. В больнице нашего района (номер такой-то) условия, конечно, не сахар, но там прекрасные врачи, специалисты».

Семья так же твердо: «Раз надо – значит надо, и без тебя дома управимся. Лечись хорошенько. Будем надеяться».

Пациент – оптимист знает, что он обязан вылечиться (подлечиться или поправить свое здоровье), он убежден, что в Больнице опытные врачи и медицинские сестры. Он также знает, что всеобщая неурядица коснулась и Больницы, что медики бедствуют и, что он будет терпелив и снисхо-



дителен; он с покорностью воспримет всякого рода трудности, он сам будет искать выход из трудного положения и поможет другим. Практика показывает, что пациент с психологическим настроением такого рода – отличный помощник врача. А если он еще и с общественной жилкой, то это вообще «находка». Он готов помочь своим соседям по палате, но тактично и ненавязчиво; он подает пример

скрупулезного выполнения процедур и всех врачебных рекомендаций; он умело разрешает мелкий конфликт: «открывать или не открывать форточку». Конфликт, который мог бы перерасти в скандал, с повышением артериального давления, тахикардией, бессонницей и т. п.

Мне очевидно повезло: за четыре мои пребывания в больнице (пятое – задолго до войны помню смутно) всегда находились именно такие люди. Однажды произошел приметный эпизод. К нам в палату пришел ординатор и попросил нашего неунывающего сопалатника, пациента-оптимиста, перейти в соседнюю палату, в которой царил раздор, весьма грозная ситуация. Скажу прямо: я искренне порадовался за проницательность доктора. Никогда не слышал о подобном. Знаю о переводах из одного в другой классученика (из взвода во взвод солдата и т. п.). Ну, а наш «переведенный», как оказалось позже, справился с поставленной перед ним задачей.

Есть и иная разновидность пациента-оптимиста – индивидуалист. Индивидуалист ограничивается только собственной персоной, он старается ничего и никого не замечать вокруг себя. Он сосредоточен лишь на одном – на стремлении поправить свое здоровье.

Другой тип пациента, в последнее

время становится все более частым. Это обычно люди пожилого или весьма пожилого возраста, имеющие более или менее тяжелые хронические заболевания. Иногда даже «букет» возрастных отклонений. Эти пациенты всячески стремятся попасть в больницу и не очень стремятся ее покинуть. Некоторые из них страдают от одиночества, отсутствия общения, непонимания близких. Эти пациенты любят лечиться. Они охотно обмениваются больничными новостями, неплохо осведомлены о жизни врачей и медицинских сестер. Сам процесс лечения, выполнение процедур, посещение столовой – для них чуть ли не торжественные ритуалы. В былые годы, когда были приняты «мероприятия для больных»: беседы, лекции, концерты и т. п., они охотно занимали удобные места.

Несколько отличаются те пожилые люди, которых в больницу загоняет нужда в буквальном смысле этого слова: недоедание, отсутствие тепла и в смысле температурного режима, и тепла со стороны близких. Что там тепла! Бывает, что стариков и инвалидов просто выгоняют из дома. Проходит время, они оттаивают: стремятся угодить и младшему, и сестрин-

порция, каша вкусная». После осмотра врача: «Ишь, покрасилась, лучше бы о больных думала». И так до бесконечности по разным поводам.

...Лежачий неподвижный больной. Глаза устремлены в потолок. Уже изучены все полоски, щербинки, пятнышки... Остается уходить в себя, в свои мысли, воспоминания. Но и это не удается. В ухо настойчиво влезает очередное «бу-бу-бу» пациента-брюзги.

#### Палата и ее окрестности

Все столь разные пациенты оказываются в одном замкнутом пространстве – палате. Настрой ее зависит от многих, порою неожиданных, причин. Моя бывшая студентка, ныне врач-ординатор, привела мне интересные наблюдения. В тех палатах, где в центре стоит большой стол для общей трапезы, чаще устанавливается доброжелательный коллективизм. Больные все едят, что называется, из «общего котла», делятся друг с другом, или просто все принесенное из дома складывают вместе. Другое дело, если все питаются «со своих тумбочек», просто, нет места установить стол, а помещение буфета (даже не столовой) – мало, тут каждый сам по себе. Еще одно немаловажное об-

подробно. В больничных условиях и негативные и позитивные стороны просмотра телепередач обостряются. Для пожилых людей обсуждение событий бесконечных сериалов будет отвлекать их от повседневных неприятностей. Вряд ли им придутся по вкусу громко звучащие современные «песни». Не люблю, когда пациенты смотрят всякого рода политические передачи, которые могут вызвать бурно выражающие споры.

И все же хорошо, когда в больничном холле стоит «ящик». Если и его нет, то остаются длительные разговоры. Люблю, когда в палатах пациенты предаются воспоминаниям, рассказам различных историй. И для лежачих больных это отличное развлечение.

#### Посетители

В объявлениях для посетителей обычно значатся два положения. Одно – время посещения пациентов. Реже – указывается что рекомендуется (или не рекомендуется) принести пациентам. Иногда отмечают необходимость сменной обуви. Во многих больницах также указывают время встречи с лечащим врачом. Всю остальную необходимую информацию предполагается получить при беседе посетителей с врачом. Пожалуй, это самое важное. И все же я бы рискнул рекомендовать маленькую «мягко» написанную памятку на видном месте. Примерно такую:

«Дорогие посетители! Мы очень признательны Вам, что Вы не забываете своих близких, приносите им тепло своих сердец и, тем самым, помогаете нам, врачам, в труднейших условиях создавать благоприятный психологический климат, успешнее лечить.

Пожалуйста, по возможности, без особой необходимости не огорчайте своих близких печальными известиями из дома, внушайте им бодрость, уверенность в выздоровление.

Постарайтесь приносить им пищевые продукты, рекомендуемые лечащим врачом, но ни в коем случае не приносите алкогольные напитки, что категорически запрещено в нашей больнице!».

...Навестить пожилую пациентку пришла ее приятельница-старушка. У нее в руках были два банана и четыре маленьких букетика незабудок. Она достала из пакета и расставила на тумбочки у каждой кровати маленькие баночки, в которые поместила цветы, а рядом положила по половинке банана. Пусть у всех будет маленький праздничек!

Когда я зашел в палату, пациентки вкушали апельсины: их принесла уже другая посетительница.

**Проф. Н. Коростелев**



кому персоналу, и врачам – лишь бы подольше побыть в больнице.

Сущее бедствие для больницы – всем недовольные, вечно подозрительные, пациенты – брюзги. Они и в добольничной жизни тяжелы, а в условиях особого замкнутого коллектива – такой человек становится просто непереносимым. Вот характерные реплики такого пациента. После обеда: «Как мало каши дали, небось повариха уворовала». Ему отвечают: «Обычная

стоятельность: если в одной палате лежат обычные и платные больные, то почти всегда появляется ревнивое отношение к больным, которых лечат за деньги.

Сон, процедуры, прием пищи, дневной сон – и все равно остается еще много свободного времени. Куда его деть? Телевизор? О его влиянии, благотворном и негативном, на здоровье мне уже довелось поговорить на страницах газеты довольно



**Геннадий Олегович Пожарский – врач, кандидат медицинских наук по двум специальностям: космическая биология и медицина и эпидемиология.**

**Автор десятков научно-практических работ и изобретений, которые были использованы для обеспечения длительных космических полетов, а на Земле – в практике борьбы с внутрибольничной инфекцией. Работу врача-эпидемиолога он совмещал с участием в сложных экспериментах и экспедициях – был в Арктике, Каракумах, на Памире. По линии МЧС участвовал в создании и испытаниях полевого мобильного госпиталя (ПМГ). Последние годы Геннадий Пожарский работает заместителем главного врача ГКБ № 11. Космосу Геннадий Олегович отдал лучшие годы своей жизни. Наверное, в благодарность за это небо дарит его вдохновением. Предлагаем вниманию читателей стихи разных лет – малую толику из всего написанного.**

### НАМ ГОВОРЯТ...

Нам говорят, что больше нет войны,  
Но нет и мира, если убивают.  
Они и враг. Враг – и опять они,  
А между всем кровавая кривая.  
И сколько жизней сгинет ни за грош  
И с синими, и с карими глазами,  
Пока ты, человек, по ней идешь  
Из Грузии, Буденовска, Рязани.  
Да разве не насытились и те,  
Кто день прожить не может без насилья?  
Ведь каждый день убийства. Каждый день  
Кровавый шабаш на краю России.  
Вы говорите: «Больше нет войны».  
Да только те убийства не случайны,  
И льется кровь израненной страны,  
Зашторенная лживыми речами...

### ЖИЗНЬ

Сегодня было небо надо мной  
И лапы елей в белых облаках,  
А подо мной зеленою травой  
Земля была прохладна и мягка.  
Над озером кричали громко чайки.  
В траве кузнечик лето отпевал.  
К закату август. К сентябрю причала  
Мир времени и жизни подплывал.  
Прекрасна жизнь, хотя и скоротечна!  
Торжественно, среди мирских сует  
Она шагает и шагает в Вечность  
Среди галактик, солнцев и планет.  
И каждый шаг – рождение и смерть,  
И снова долгожданное рожденье...  
Вот почему так радостно смотреть  
На Мир живой под марш сердцедбия.

## *“Я жду весну – и этим я живу”*

\* \* \*

Я жду весну  
И этим я живу.  
Жду пенья птиц  
В разбуженном лесу.  
Ну а пока  
Мороз, метель, снега...  
Мне и надежда эта дорога.

### ВЕСНА

Весна. Дождалься. Слава Богу!  
Пусть слякотно, с дождями снег.  
Жизнь, пробуждаясь понемногу,  
Зеленый пестует побег.  
Уже апрель не за горами,  
А с ним и радость теплых дней.  
И верба белые гирлянды  
Спешит под праздники одеть.

### ЗАВЕТ

Ты вырастешь и все пройдешь,  
И все поймешь,  
Что стоит жить, что стоит ложь,  
Что стоит грош.  
Пройдешь по терниям своим  
И по цветам  
К своим свободам и мечтам,  
К своим целям.  
Оценишь золото на вес,  
Вино – на вкус.  
И из семи святых чудес  
Полюбишь грусть,  
Ее осенний терпкий вкус,  
Прозрачность, сон  
С закатной яркою листвою  
В тиши лесной.  
А в угорелый ураган  
Сомнений, чувств  
Зажжешь на столике ночном  
Одну свечу.  
Через ее веселый свет,  
Спокойный свет  
Получишь ты и мой привет,  
И мой совет.  
И лягут тени от нее  
На боль в глазах,  
Как чудодейственный настой –  
Ты возродишься.  
И опять, опять, опять  
Ты будешь вспоминать меня  
И забывать.

### ГРУСТНАЯ ФИЛОСОФИЯ

Ничем себя утешить не смогу,  
Мои начала и мои стремленья  
Споткнулись и сломались на бегу,  
Оставшись чем-то вроде увлеченья...  
Все было против: время и судьба,  
Как будто я не вовремя родился,  
Свидетель – лжец, беспомощность – судьба,  
А все вокруг не явь и словно снится.  
Я где-то с кем-то временно живу,  
В миру какой-то вздорный постоялец,  
Насущный хлеб рожу, дело, жую  
На родине средь гениев и пьяниц.  
Работа? От нее и проку нет.  
Мои стихи? Никто их не читает.  
Не все ль равно, я врач или поэт?  
Как пройденному грустно за плечами.  
И что с того, что сделал все, что смог?  
Быть честным – как безумие сегодня.  
Скажите, почему так мир убог,  
Так исковеркан, скомкан, неугоден!  
И бродят души нищие в ночи  
Привыкшие к потемкам унижений,  
Ни веры, ни спасительной свечи,  
Лишь торжествует ужас поражения.  
Слепцы рожают наново слепцов,  
Им никогда не разглядеть лицо,  
И Истина им не нужна, как свет.  
Врач немощен. В глушах у них поэт.  
Я, зрячий, одиноко вижу солнце,  
Которое над глупостью смеется.



# МОЁ ЛЕКАРСТВО

ЛЕКАРСТВА В АПТЕКАХ ГОРОДА  
ДЛЯ ВАС И ВАШЕЙ СЕМЬИ

## Уважаемые коллеги!

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

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

*Приглашаем вас к сотрудничеству  
с нашим молодым изданием!*

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральный научно-исследовательский  
институт  
медицинских проблем формирования  
здоровья ФНИИ МП ФЗ**

103001, Москва, Б. Патриарший пер., д. 3  
Тел.: 209 2449, 209 2884, факс: 209 2903

Объявляется конкурс на замещение вакантных должностей:

**Лаборатория гигиенического воспитания детей  
дошкольного и школьного возраста:**

– заведующий лабораторией – 1.

**Лаборатория гигиенического воспитания  
матери и ребенка:**

– заведующий лабораторией – 1.

**Лаборатория медико-психологических проблем  
формирования здоровья:**

– младший научный сотрудник – 1.

**Научно-организационный отдел:**

– старший научный сотрудник – 1.

**ЦЕНТР ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ  
КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
предлагает справочник  
«АПТЕЧНЫЕ ПРЕДПРИЯТИЯ МОСКВЫ – 2000»**

В справочник включены сведения о 511 аптеках и 27 аптечных складах.

По вопросам приобретения обращаться по адресу:  
103031, Москва, ул. Неглинная, д. 9, стр. 1, 3 этаж.

Проезд: М. «Кузнецкий мост», «Театральная», «Охотный ряд».  
Справки по телефонам: 921 9723, 925 0990, факс: 923 1115.

## ММА-ЭКСПО

Группа конгрессов и выставок ММА им. И. М. Сеченова

### План выставок и конференций на 2000 год

«Инфекционные болезни на рубеже XXI века». Научно-практическая конференция.

Выставка: «Инфекционные болезни–2000» 18–19 мая 2000 г.

«Съезд специалистов по лабораторной диагностике», Научно-практическая конференция с международным участием «ИНТЕРЛАБДИАГНОСТИКА–2000».

Международная выставка, октябрь 2000 г.

Организаторы: Минздрав РФ, ММА им. И. М. Сеченова, Научное общество клинической лабораторной диагностики России, Российская Ассоциация медицинской лабораторной диагностики.

### II Российский Конгресс по Патофизиологии. Выставка:

«Патофизиология органов и систем. Типовые патологические процессы» (Экспериментальные и клинические аспекты) октябрь 2000 г.

Международный Конгресс и Выставка «НЕФРОЛОГИЯ-2000», ноябрь 2000 г.

Организаторы: Минздрав РФ, Научное Общество Нефрологов России, ММА им. И. М. Сеченова.

Конференция и выставка «Интеграция внутренних болезней», ноябрь 2000 г.

Организаторы: Минздрав РФ, ММА им. И. М. Сеченова, Кафедра внутренних болезней № 1 лечебного факультета.

II Российская Конференция и выставка «Маркетинг в Здравоохранении», декабрь 2000 г.

Организаторы: Минздрав РФ, Российское общество фармацевтов, ММА им. И. М. Сеченова.

Москва, ул. Малая Трубецкая, 8.

НИЦ ММА им. И. М. Сеченова. Тел.: (095) 248 5016, 242 9107;  
факс (095) 242 9107, E-mail: christis@cityline.ru



**графический дизайн  
сувенирная продукция  
пластиковые карты**

**754.75.33**

**a4company@mtu-nef.ru**

# Пульс

издательство

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

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

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

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

## Врачам

Работа с фитопрепаратами, рекомендованными Минздравом РФ для профилактики заболеваний и оздоровления.

Тел.: 468 3041

## УНИКАЛЬНЫЙ АТЛАС

Издан «Атлас по вирусным, хламидийным заболеваниям гениталий и цитопатологии», включающий в себя данные клинических и лабораторных исследований, полученные с помощью световой, иммунофлюоресцентной и электронной микроскопии. В России и за рубежом аналогов этому изданию нет. Авторы: проф. В. И. Козлова и проф. А. Ф. Пухнер.

Атлас предназначен для врачей различного профиля: акушеров и гинекологов, урологов, дерматовенерологов, вирусологов, инфекционистов, врачей-лаборантов, а также для ординаторов, аспирантов и преподавателей медицинских ВУЗов.

**Желающие приобрести Атлас с автографами авторов и значительной скидкой, могут позвонить по тел.: (095) 936 6458.**

## ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В лаборатории медиаторов иммунитета и кроветворения Гематологического научного центра РАМН осуществляется ПЦР-диагностика репликации вирусов гепатитов «С» и его генотипов, «В» и «G» и парвовируса В19.

Прием анализов ежедневно, кроме субботы и воскресенья, с 10-00 до 15-00 по адресу: Москва, Новозыковский проезд, д. 4а, корпус Станции переливания крови, комната 332.

За справками и подробной информацией обращаться по телефону: 212 6511 или e-mail: roman@blood.ru.

Сборка и модернизация компьютеров по Вашему заказу. Разработка оптимальной конфигурации (качество/цена) компьютера под конкретные задачи. Проектирование и установка компьютерных сетей.

Тел. (с 19-21 час.): 199-7213; (с 21-23 час.): 422-9095

HOSPITAL  
**Больница**

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

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

**Москвичей мы приглашаем в редакцию.**

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

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

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

Главный редактор Г. Денисова

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

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

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ