

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

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

№ 5
2003

**НАУКА
И ПРАКТИКА**

**НИИ фтизио-
пульмонологии
ММА имени
И. М. Сеченова**

СТР. 3-7

ЛЕКАРСТВА
препараты для
комплексной
терапии туберкулеза

 **Акрихин**

СТР. 8-12



**Читаем
Аркадия
Аверченко**

СТР. 14



Академик М. И. Перельман: «Каждый врач, независимо от своей медицинской специальности, должен уметь выявить туберкулез. Для этого он должен знать, что болезнь поражает все органы и системы человеческого тела. Все, кроме ногтей и волос».

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Лучшим российским врачам, работающим в области сердечно-сосудистой хирургии, 26 мая были вручены премии имени Александра Бакулева и Владимира Бураковского.

В этом году лауреатами стали академики Борис Петровский, Михаил Перельман и Валерий Шумаков.

От души поздравляем их с этой наградой!



Сегодняшние лауреаты – гордость Российской медицины – не раз выступали на страницах нашей газеты. Стремление отдать все свои знания ученикам, сообщить что-то новое коллегам, передать крупницы опыта, поделиться мыслями и наблюдениями – черта характера, которая объединяет этих выдающихся ученых. Они уверены, что врач должен постоянно учиться, расширять свой кругозор, не замыкаться в рамках «узкой» специальности.

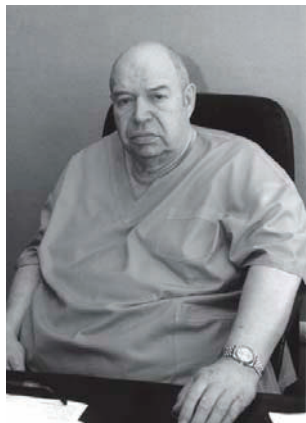
Борис Васильевич Петровский получил премию за создание Школы кардиохирургии. Среди огромного количества отечественных и зарубежных наград, которыми он отмечен, есть одна весьма необычная: в прошлом году ему присвоено звание – «Легенда века». На вопрос нашего корреспондента – что он считает самым главным, самым легендарным из всего сделанного Борис Васильевич ответил: «Самое легендарное состоит в том, что мне повезло стать врачом».

В этом году, в июне, Борис Васильевич готовится отметить свой юбилей – 95 лет со дня рождения. От имени читателей желаем патриарху нашей медицины здоровья, бодрости, оптимизма. Надеемся на новые встречи на страницах газеты «Больница».



Михаилу Израилевичу Перельману премия вручена за ряд научных открытий. Его научная деятельность посвящена разработкам в области хирургического лечения болезней сердца, сосудов, трахеи, бронхов и легких. Он четырежды лауреат Государственной премии, председатель правления Российского общества фтизиатров, член Европейской ассоциации Международного общества кардио-торакальных хирургов, общества торакальных хирургов Италии... Можно долго еще перечислять его регалии, награды, звания, но, пожалуй, самые большие победы сегодня он одерживает на ниве фтизиопульмонологии. Туберкулез – вот главный враг, борьбе с которым он посвятил свою жизнь.

Так счастливо совпало, что этот номер газеты посвящен именно этой проблеме. Есть возможность услышать слово новоиспеченного лауреата.



Валерий Иванович Шумаков – один из основоположников отечественной клинической трансплантологии – награжден за открытие нового направления в этой области. Он автор трех научных открытий и более 100 изобретений, 17 монографий и 450 научных работ. Сегодня его любимая специальность переживает в России не лучшие времена. Дело, которому он посвятил свою жизнь, находится в опасности. В одном из интервью нашей газете Валерий Иванович сказал: «Нужно, чтобы общественное мнение в стране повернулось лицом к проблеме, поняло, что из-за своего негативного к ней отношения оно каждый день и час лишает права на жизнь кого-то из своих сограждан».

ОТКРЫЛСЯ НОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ

В Центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева открылся первый и единственный в мире Музей истории сердечно-сосудистой хирургии. Здесь представлено более пятисот экспонатов, в том числе операционные журналы середины прошлого века, различные медицинские аппараты, действующая модель искусственного сердца. По словам министра здравоохранения Ю. Л. Шевченко, российским медикам есть чем гордиться.

ТАРКА: КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ

На 52-й Ежегодной Научной Сессии Американской Коллегии по Кардиологии (ACC) впервые были представлены результаты клинического исследования в области кардиологии INVEST, в котором участвовали 22756 больных, у которых одновременно выявлялись два заболевания – ИБС и артериальная гипертония. Согласно исследованию, терапевтическая тактика, основанная на применении верапамила, оказалась столь же эффективной, как и лечение с использованием бета-блокатора.

INVEST – это второе в мире по количеству больных кардиологическое исследование, посвященное изучению сердечно-сосудистой патологии. Уникальность его заключается в использовании оперативной интернет-технологии, посредством которой осуществлялся отбор больных, получение данных, распределение лекарственных средств. В данном случае отбор больных производили в 15 странах, возраст их был 50 лет и старше, все больные страдали ИБС на фоне артериальной гипертонии.

Финансирование данного проекта осуществлялось компанией Эббот Лэбораториз, которая в числе прочих производит и распространяет уникальный препарат Тарка. Он содержит комбинацию из двух активных веществ: ингибитора АПФ трандолаприла и верапамила гидрохлорида – недигидропиридинового блокатора кальциевых каналов. Трандолаприл воздействует на артериальное давление за счет подавления активности АПФ в тканях. Это уменьшает активность ангиотензина-II, что приводит к расслаблению сосудистой стенки и снижению артериального давления. Верапамил, в свою очередь, мешает поступлению кальция внутрь мышечных клеток сердца и кровеносных сосудов. За счет этого сосудистая стенка расслабляется и возникает дилатация, ритм сердца становится реже, что также способствует снижению артериального давления.

ТУБЕРКУЛЕЗ – ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В СТРАНЕ

Туберкулез – вечный спутник человечества, точный показатель социального состояния общества. Борьба с туберкулезом является актуальной мировой и национальной проблемой и входит в приоритетные направления работы Всемирной организации здравоохранения.

В первых числах июня в Колонном зале Дома союзов в Москве состоится VII съезд фтизиатров России. Он соберет более 1000 специалистов по туберкулезу – врачей, ученых и организаторов здравоохранения не только России, но и стран СНГ, США, Великобритании, Канады и других государств.

Организаторы съезда – Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российское общество фтизиатров, ММА им. И. М. Сеченова. Съезд проводится при поддержке ВОЗ.

Председатель съезда – Министр здравоохранения РФ, академик РАМН Ю. Л. Шевченко. Свое участие в форуме подтвердили члены Государственной Думы, Правительства и Совета Федерации, представители международных неправительственных организаций, главы основных религиозных конфессий.

В канун съезда корреспонденты нашей газеты побывали в НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова, встретились и побеседовали с его ведущими специалистами.

На вопросы корреспондента отвечает Главный фтизиатр России, президент Российского общества фтизиатров, академик РАМН М. И. Перельман.

– Михаил Израилевич! Неужели туберкулез непобедим, и в новом веке мы не сможем с ним справиться?

– Туберкулез сопровождает человечество на протяжении всей его истории. И наивно было думать, что в новый век мы войдем без него. Конечно, туберкулез будет существовать еще долго и все разговоры о том, что мы его быстро ликвидируем – это чистой воды демагогия. В ближайшие десятилетия, я думаю, этого не случится.

– И что же тогда делать фтизиатрам?

– Работать. С туберкулезом надо бороться. Если ничего не делать – он будет распространяться. Его очень трудно ликвидировать потому, что это социаль-

но зависимая болезнь. Туберкулез – не чисто медицинская проблема, а проблема государства и всего мирового сообщества. Для того, чтобы ликвидировать туберкулез, нужно прекратить войны – тогда не будет мигрантов и беженцев. Нужно, чтобы люди были обеспечены нормальным жильем, чтобы никого не сажали в тюрьмы с плохими условиями содержания, чтобы все хорошо питались, чтобы не было катастроф и стихийных бедствий, сильных стрессов. Но это

же фантастика! Мы, медики, считаем, что на социально-экономическую сторону приходится примерно 80–85% всей проблемы туберкулеза. А на здравоохранение и медицину – не больше 20%. Не больше! Но это тоже не малый процент. Ведь здравоохранением и медициной легче управлять, результаты здесь эффективнее.

Обратите внимание: в последние годы в нашей стране наблюдается некоторая стабилизация жизни, она очевидна. Именно поэтому с туберкулезом стало чуть лучше. Начала выполняться федеральная программа по борьбе с туберкулезом. В Минздраве появились деньги, значительно улучшилось снабжение лекарствами, и достаточно быс-





тро появились положительные сдвиги. Тюрьмы перевели из ведения МВД в Минюст – это очень прогрессивно. В Минюсте, к счастью, оказались разумные, высокообразованные и культурные люди. Благодаря их усилиям резко упала заболеваемость туберкулезом среди заключенных. В этом плане эффективная работа министра юстиции Ю. И. Калинина для нас, медиков, совершенно очевидна. Проведен целый комплекс мероприятий – здесь и раннее выявление, и изоляция больных, и полноценное лечение.

Несмотря на то, что ряд экспертов предвещал дальнейший подъем заболеваемости туберкулезом в России, этого не произошло. Наоборот, показатели стабилизировались.

Что вызывает беспокойство? У нас в институте плохо с кадрами. Одно необдуманное решение – и произошел буквально обвал: ведь это полный абсурд – запретить во фтизиатрической службе совместительство из-за вредных условий труда! Так государство «заботится» о своих гражданах! Я уже не говорю о нищенской зарплате научных сотрудников. Думаю, что новый Трудовой

кодекс составлен в этой части абсолютно безграмотно. Наше положение стало гораздо хуже, чем при старом Трудовом кодексе. Об этом надо говорить! До сих пор все попытки изменить ситуацию остаются без ответа. Фтизиатрия – трудная специальность, работать сюда идут неохотно: зарплата низкая, система обязательного медицинского страхования не действует, дополнительных заработков никто не получает. Поэтому в основном трудятся люди старшего поколения, энтузиасты, а молодежи – мало.

За последнее время в институте улучшено многое: создан новый, по последнему слову техники, операционный блок, вступил в строй спиральный компьютерный томограф для лучевой диагностики. Приобретены отличные бронхоскопы, отремонтированы аудитории. Но все упирается в научные кадры – без решения этой проблемы все наши усилия обесцениваются. Лечение туберкулезных больных – это государственное дело, частной практикой врач-фтизиатр заниматься не может. Да и частных учреждений такого профиля у нас нет.

– Михаил Израилевич, вопрос пульмонологу: как вы относитесь к шумихе вокруг атипичной пневмонии?

– Выскажу личную точку зрения, она может не соответствовать более распространенной. Рассуждаю, как практический врач. Я считаю, что ажиотаж поднят неумеренный. Полагаю, что через месяц-два вся эта шумиха закончится. Думаю, что все принимаемые драконовские меры мало обоснованы, и что во всем этом есть какая-то политико-финансовая подоплека. Летальность при «атипичной пневмонии» не намного превышает таковую при других формах пневмоний. Что же касается сравнения человеческих потерь от атипичной пневмонии и туберкулеза – здесь не может быть никаких сравнений.

– Изменились ли подходы к диагностике туберкулеза?

– Сейчас есть все возможности для современной диагностики туберкулеза как у детей, так и среди взрослого населения. У

детей – это реакция Манту, а у взрослых по-прежнему флюорография. Она полностью сохранила свое значение при обследовании декретированных контингентов. Цифровые флюорографы позволяют резко снизить лучевую нагрузку, имеют большую пропускную способность, высокую степень разрешения, позволяют иметь хороший архив. Цифровое изображение можно практически мгновенно передать на любое расстояние. Такая техника нам остро необходима.

– Вы – давний читатель нашей газеты. Что скажете о ней?

– Хорошая газета. Она очень информативна и интересна. Просто любопытно читать о наших коллегах, об их устремлениях, достижениях. Об этом же нигде не прочитаешь. К тому же она просвещает врачей, а это ведь тоже очень важно. Возьмем такую проблему, как позднее распознавание туберкулеза. Выявление туберкулеза – это дело общей лечебной сети, а совсем не фтизиатров. Каждый врач, независимо от своей медицинской специальности, должен уметь выявить туберкулез. Для этого он должен знать его. Вот это – самое главное. Флюорография тоже имеет косвенное отношение к фтизиатрии – это принадлежность общей лечебной сети. Во фтизиатрическую сеть пациента направляют только в случаях, если у него уже диагностирован туберкулез или его подозревают – чтобы окончательно разобраться и лечить. А выявление, повторяю, это задача общей лечебной сети. Туберкулез поражает все органы и системы человеческого тела. Все, кроме ногтей и волос. Врачи должны это знать, вы им об этом напомните.





О научных задачах института и новых технологиях мы беседуем с заместителем директора по науке профессором Сергеем Евгеньевичем Борисовым.

– Сергей Евгеньевич, несколько слов о предстоящем съезде...

– Этот съезд все очень ждали, ведь предыдущий был в Кемерово пятнадцать лет назад, в 1987 году! Ассоциация фтизиатров стран СНГ собиралась, но, при всем моем уважении к этой ассоциации – это все-таки собрание профессионалов, которых интересуют в первую очередь научные аспекты данного заболевания. Съезд представляет интересы не только Российского общества фтизиатров, но и интересы больных туберкулезом, он должен отстаивать свое мнение, правильность своих по-

УСПЕХА МОЖНО ДОБИТЬСЯ ЛИШЬ КОНСОЛИДАЦИЕЙ СИЛ

ложений перед правительством. Мы стараемся максимально привлечь внимание общества к проблеме, оно должно понять, что туберкулез – это не чисто медицинская проблема, а индикатор социального неблагополучия. За десять лет перестройки не только ухудшились эпидемиологические показатели, но и произошло изменение возрастной кривой эпидемии туберкулеза в России. От кривой, характерной для развитых стран Запада, мы приближаемся к показателям стран Африки, где люди заболевают в возрасте от 20-ти до 30-ти лет. И поэтому все разговоры о том, что человек, обрел свободу, может быть счастливым, может проявить себя, добиться успеха в жизни, не будучи защищенным

от туберкулеза, для нас просто смешны. Вряд ли нас может утешить то обстоятельство, что наши предки-демократы, болея чахоткой, страдали за народ. Но сейчас эти жертвы ни к чему – сегодня мы имеем возможность ограничить туберкулез, загнать его в угол. И здесь важно постоянство усилий, а не только разовые акции типа «Дня туберкулеза». Возьмем, например, США – страну богатую и исходно более благополучную в отношении этой болезни (туда долго не пускали иммигрантов, больных туберкулезом). Но когда в 80-е годы

там ослабили контроль, решили, что все уже хорошо и не надо тратить средства – туберкулез снова всплыл, снова стал проблемой! Проблемой Нью-Йорка!

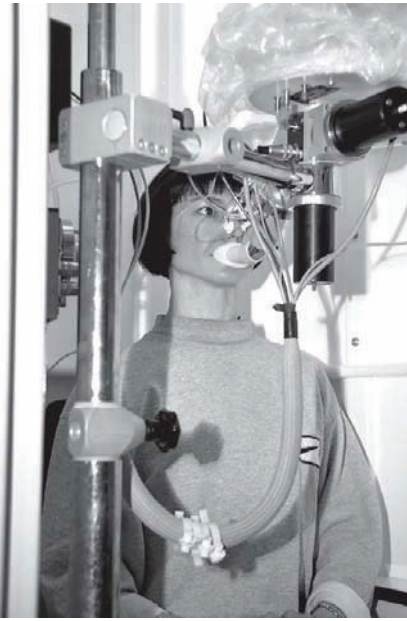
Мы в России живем очень тесно: вокруг нищие, беженцы, бомжи, вчерашние заключенные. От них туберкулез начинает расплзаться, заболевают вполне благополучные люди, молодежь – студенты, солдаты, будущее нации. У нас нет гетто и резерваций и, слава богу, что нет. Но тем более нельзя расслабляться, нельзя давать болезни распространяться за пределы своих естественных ниш.

Собирать данные по туберкулезу мы научились хорошо еще при советской власти. Теперь стоит задача, как эти данные использовать с максимальной отдачей. С туберкулезом, в отличие от волн гриппа или, скажем, атипичной пневмонии, иных инфекций, которые «накатывают на человечество» раз в пять лет, мы живем бок о бок постоянно, всю жизнь.

– Какова научная стратегия института в данной ситуации?

– На сегодняшний день институт состоит из нескольких крупных отделов, объединяющих сотрудников, работающих по одной проблеме. Мы не сторонники раздробления научных исследований на небольшие темы, годичной или полуторагодичной длительности. Чтобы получить достоверные результаты, тем более в таком деле, как лечение и диагностика болезни, развивающейся длительно, надо работать в рамках как минимум трех, а лучше – пятилетних комплексных научных исследований с вовлечением довольно широкого круга





исследователей. И отделы как раз соответствуют такому предназначению. Их у нас несколько. В первую очередь, это отделы по разработке новых терапевтических методов лечения и хирургический, который занимается разработкой новых методов хирургического лечения, как легочного туберкулеза, так и туберкулеза других локализаций. Отдел диагностических исследований включает в себя клинические и лабораторные подразделения, функциональную диагностику, лучевые методы исследования. Очень важный с моей точки зрения – отдел новых информационных технологий и мониторинга туберкулеза. И, наконец, отдел организации противотуберкулезной помощи. Он занимается, в том числе, вопросами координации и взаимодействием с общей лечебной сетью, с различными министерствами, ведомствами. Вот Министерство обороны – нас здесь преимущественно интересуют солдаты срочной службы. Это ведь несколько миллионов человек, которых отрывают от привычного образа жизни и которые часто попадают в экстремальные условия. Министерство юстиции – миллион или около того наших сограждан, находящихся в тяжелых условиях заключения.

Все перемены, которые необходимы, долж-

ны быть просчитаны. Лечить больных амбулаторно или стационарно? Сохранять ли санатории? Минздрав поставил перед институтом вопрос об обосновании реструктуризации коечного фонда. Сейчас в стране около 80 000 туберкулезных коек. Они что – все одинаковы? Как они должны снабжаться? Как их обслуживать? Туберкулез разный, и, очевидно, койки тоже должны быть разными. Например, интенсивной терапии, куда должны направляться больные в тяжелом состоянии или, как мы говорим, с остро прогрессирующими формами туберкулеза. С другой стороны – должны быть койки социального ухода, дающие человеку кров над головой, пищу, это в тех случаях, когда об излечении в принципе говорить невозможно. Таких пациентов у нас десятки тысяч – больных хроническими и гиперхроническими формами, у которых заболевание длится более десяти лет. Во всех регионах страны соотношение групп таких больных разное, следовательно, и подход к организации медицинской помощи должен быть различен. Это тоже научная задача, которую нельзя решить одним росчерком пера.

– Существует ли некая диагностическая вертикаль, и если есть, то какой она вам представляется?

– Существует определенный образ действия, который должны соблюдать врачи всех специальностей при подозрении на туберкулез. Первое, что должен сделать любой врач, будь то стоматолог или акушер-гинеколог: при подозрении на туберкулез необходимо проведение лучевого обследования в доступном объеме. Как правило, это флюорографическое обследование, но в некоторых учреждениях делают сразу компьютерную томографию. Должна быть исследована мокрота (если пациент ее выделяет) с целью обнаружения возбудителя и установления факта заразности. Этот диагноз важен и для больного, и для окружающих. Если ответ положительный, то больной дол-

жен быть направлен в противотуберкулезное учреждение. Это второй уровень – районные, областные диспансеры. Они могут быть разной мощности, в Москве, например, районный диспансер № 2 наблюдает около миллиона жителей. На этом уровне употребляют более тонкие и более дорогие методы исследования. Рентгенологическое исследование, обязательное обследование мокроты культуральным методом, посевами. Это звено ставит окончательный диагноз – есть туберкулез или нет, назначает и проводит лечение. Если же отсутствует возможность решить вопрос на данном этапе, вступают в дело учреждения федерального уровня – это институты туберкулеза, которые есть в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Новосибирске, Якутске. Эти учреждения занимаются не только клинической работой – они курируют в федеральных округах противотуберкулезную службу, оказывают ее учреждениям научно-методическую помощь. Вертикаль эта начала укрепляться в последние годы. В прошлом году Минздрав впервые изыскал средства именно для курирования регионов. Это федеральная программа. Областные учреждения нуждаются в помощи самого разного плана – это и техническая помощь, и роль арбитра, и выработка определенной идеологии. Приятно ведь чувствовать себя не просто свободным атомом, а частью единой общенациональной системы противотуберкулезной помощи. Потому что результативности в борьбе с туберкулезом можно достичь именно организационными методами, консолидацией сил.

– Итак, диагностика туберкулеза и определение заразности больного. Что нового в решении этих вопросов?

– Выделить микроба можно только одним методом – с помощью посева на специальную



питательную среду. Есть определенные тесты для отличия микобактерии от других микробов и микобактерий между собой. Это один метод. Но при высокой точности у него есть большой недостаток - длительность. Отрицательный ответ дается через три месяца от начала культивирования. А просматриваться они начинают с четвертой недели. К счастью для человечества, микобактерия размножается медленно. Если бы она размножалась быстро, то призраки чумы и холеры померкли бы перед тем, что она могла бы натворить. Слава богу, что она размножается медленно, очень часто впадая в дремлющее состояние. Ленивый враг – это не самый страшный враг.

У исследователей и практиков встает вопрос – нельзя ли ускорить этот процесс? Здесь два варианта. Первый состоит в усовершенствовании технологии: применение жидких питательных сред, специальных и достаточно дорогих аппаратов, где индикация роста проводится не на глаз, а различными датчиками. Хорошо, но дорого. С другой стороны, у этих аппаратов такая производительность, что, например одна лаборатория, при соответствующей организации, могла бы обследовать всю Москву. Технически – это вполне возможно.

Второе направление – выявлять микобактерию не по росту культуры, а по ДНК. Кусочки ДНК можно выделить и заставить размножаться. Это достаточно чувствительный метод, но есть ряд технических сложностей. Требуется высочайшая технологическая дисциплина, чтобы избежать загрязнения исследуемого материала. Ведь туберкулез вокруг нас. Большинство из нас инфицировано. Микобактерия – это обычный фактор окружающей среды. Очень важно, чтобы не было внутрилабораторного загрязнения. И сейчас исследования идут именно в выяснение границ, пределов этого метода, то есть, в каком диагно-



стическом материале надежнее всего работать – в мокроте, смыве из бронхов. Но это очень перспективный метод.

Методы, основанные на поиске антител, к сожалению, могут работать только как скрининговые, и они не точнее туберкулиновой пробы.

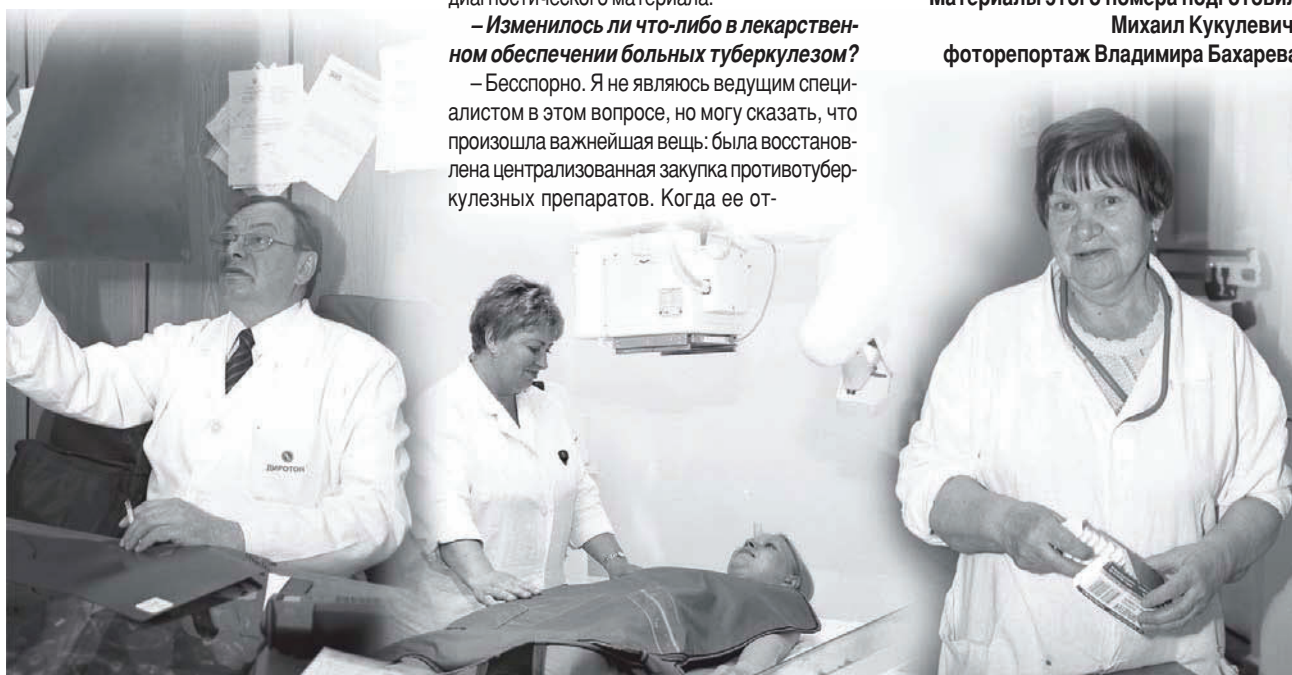
Вот таковы направления микробиологической диагностики, призванные дать ответ – заразен ли больной. Но, как показывают исследования, опасен всякий больной. У нас такие исследования провести сложно, а в США, где инфицирована меньшая часть популяции, проводились исследования, которые показали, что 24% заболевших находились в контакте с больными, не выделяющими микобактерии. То есть, их, скорее всего, не обнаружили. На самом деле все больные выделяют микобактерии. Но либо в недостаточном для обнаружения количестве, либо просто микобактерии почему-то не попали в исследуемую пробу диагностического материала.

– Изменилось ли что-либо в лекарственном обеспечении больных туберкулезом?

– Бесспорно. Я не являюсь ведущим специалистом в этом вопросе, но могу сказать, что произошла важнейшая вещь: была восстановлена централизованная закупка противотуберкулезных препаратов. Когда ее от-

меняли, думали, что на местах проще решить чего и сколько покупать. Опыт показал – это не решило проблемы, а только усугубило ее. Возобновление федеральной системы закупок приветствовали все. В 1999–2000 году закупались пять основных препаратов первого ряда, и удалось насытить ими лечебные учреждения. Эти препараты относительно недорогие, но после того, как удалось создать их запас, перешли к закупке препаратов резервного ряда, более дорогих, которые требуются для лечения устойчивых и хронических форм болезни. Разработаны правила этих закупок, проводятся тендеры между фирмами. Те из них, кто предлагает лучший препарат по лучшей цене и получает право осуществить данные поставки. Это все идет уже помимо нас. Мы помогаем регионам оценить потребности, грамотно составить заявку, но в сам процесс поставок не вмешиваемся.

**Материалы этого номера подготовил
Михаил Кукулевич,
фоторепортаж Владимира Бахарева**



ГЛУТОКСИМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Г. Б. Соколова, М. В. Сеницин,

НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва

*ЗАО «ВАМ – исследовательские лаборатории», г. Санкт-Петербург

В условиях развившейся в России за последние 9 лет эпидемии туберкулеза резко изменились течение туберкулезной инфекции и структура клинических форм (М. В. Шилова, 2000). Возросла частота диссеминированных процессов, инфильтративно-казеозных и казеозных пневмоний. До 72,3% участились случаи прогрессирующего течения туберкулеза с острым началом и массивным бактериовыделением. Проблемой в клинике туберкулеза явилось резкое увеличение числа больных с первичной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза – от 18% до 50% (Г. Б. Соколова, 2000; Е. И. Шмелев, В. И. Чуканов, 2000).

В этих условиях значительно возрастает роль патогенетических средств, действие которых направлено на восстановление реактивности организма больного. К подобным препаратам можно отнести новый метаболический иммунореабилитатор Глутоксим.

Глутоксим представляет собой бис-(гамма-L-глутамил)-L-цистеинил-бис-глицин динатриевую соль. Относится к новому классу лекарственных средств – тиопоэтинам, которые модулируют внутриклеточные процессы тиолового обмена, способствуют инициации системы цитокинов, активации фагоцитоза и повышению активности тканевых макрофагов. Глутоксим разрешен к медицинскому применению как средство профилактики и лечения вторичных иммунодефицитных состояний, ассоциированных с радиационными, химическими и инфекционными факторами; как гепатопротекторное средство при острых и хронических вирусных гепатитах (В и С); для потенцирования лечебных эффектов антибактериальной терапии неспецифических воспалительных заболеваний легких; для профилактики послеоперационных гнойных осложнений.

Препарат выпускается в виде 1 и 3% раствора для инъекций в ампулах по 1 мл и 2 мл.

Цель исследования

Определить возможность и целесообразность использования Глутоксима у больных туберкулезом.

Задачи исследования

- оценить влияние Глутоксима на течение распространенных и тяжелых форм туберкулеза легких;
- оценить влияние Глутоксима на течение туберкулезного процесса у больных с множественной лекарственной резистентностью;
- оценить влияние препарата на течение послеоперационного периода у больных туберкулезом;
- оценить гепатопротекторное действие Глутоксима при медикаментозных и вирусных гепатитах у больных туберкулезом.

Вид исследования

Данное исследование относится к открытым,

рандомизированным (метод конвертов). Продолжительность лечения пациентов – 2 месяца, продолжительность дальнейшего наблюдения – 3 месяца.

Материал и методы исследования

Критерии включения больных в исследование:

- больные обоего пола в возрасте от 18 до 70 лет;
- впервые диагностированный и хронический туберкулез легких;
- положительный высев лекарственно-чувствительного (ЛЧ) или лекарственно-резистентного (ЛР) возбудителя из мокроты;
- наличие хронического вирусного гепатита (В и С);
- медикаментозный гепатит, обусловленный применением противотуберкулезных препаратов.

Критерии исключения больных:

- инфаркт миокарда, перенесенный в течение последнего года;
- тяжелая стенокардия и сердечная недостаточность;
- неконтролируемая артериальная гипертензия;
- психические заболевания;
- участие в клинических испытаниях других препаратов в течение 60 дней до начала настоящего исследования
- беременные и кормящие женщины;

График исследования:

- клинический осмотр (ежедневный);
- рентгенологическое исследование (до начала лечения, через 2 месяца и 4 месяца от начала лечения);
- определение наличия микобактерий туберкулеза методом люминисцентной микроскопии и посева (до лечения и ежемесячно). Определение чувствительности микобактерий туберкулеза к лекарственным препаратам;
- лабораторные исследования: анализ крови, мочи, пигментная, ферментативная и белково-синтетическая функции печени, свертывающая система крови, определение мочевины, креатинина и глюкозы в сыворотке крови (до начала лечения и ежемесячно);
- электрокардиограмма;
- бронхоскопия по показаниям.

Методика лечения

Курс лечения Глутоксимом составлял 52 дня (104 дозы). Препарат вводили внутривенно и внутримышечно по 1 мл 3% раствора два раза в день. Введение препарата осуществляли после приема пищи в 10.00 и 18.30. Одновременно с Глутоксимом больные получали изониазид, максаквин, протионамид, канамицин или вместо максаквина – рифабутин. Дополнительно назначали витамин В6, аллохол, фолиевую кислоту.

Противотуберкулезная терапия была идентичной у больных основной и контрольной групп. Инъекции Глутоксима начинали у большинства больных через 2 недели после верификации диагноза туберкулеза или после обострения вирусного гепатита, или при появлении симптомов медикаментозного поражения печени. У пациентов контрольной группы в случаях обострения вирусного гепатита или при появлении симптомов медикаментозного поражения печени отменяли гепатотоксические противотуберкулезные препараты.

Критерии оценки эффективности лечения Глутоксимом (клинические, бактериологические и рентгенологические)

- динамика туберкулезной интоксикации;
- время наступления негитивация мокроты;
- рассасывание инфильтративных изменений и очагов диссеминации, уменьшение в размерах или закрытие полостей распада в легких;
- неосложненное течение послеоперационного периода.

Нежелательные явления

Учитывали нежелательные явления, обусловленные Глутоксимом и нежелательные явления, обусловленные применением противотуберкулезных препаратов (ПТП) на фоне лечения Глутоксимом.

Клинические исследования

Исследования начаты с ноября 2000 года. Проанализированы результаты лечения 72 больных туберкулезом легких.

Лечение Глутоксимом на фоне ПТП проведено 42 больным (опытная группа). Из 42 пациентов 12 были подготовлены и успешно прооперированы. В послеоперационном периоде они продолжали получать Глутоксим еще 12 дней. Контрольную группу составили 30 больных, получавших ПТП. Сравнительная клиническая характеристика больных обеих групп представлена в таблицах 1 – 4.

Как видно из таблиц 1 – 4 больные опытной и контрольной групп были сопоставимы по полу, возрасту, характеру туберкулезного процесса. Туберкулезная интоксикация (повышение температуры тела, кашель, хрипы в легких, изменения гемограммы, дефицит веса, нарушение менструального цикла, депрессивное состояние) наблюдалась у 39 из 42 больных опытной и у 26 из 30 контрольной групп (табл. 2).

Динамика исчезновения симптомов интоксикации представлена в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, в первые два месяца лечения у больных опытной группы туберкулезная интоксикация исчезла в 82,1% случаев. В контрольной группе в течение этого же срока в 57,7%. При лечении Глутоксимом у больных за более короткий срок, по сравнению с пациентами контрольной группы, наблюдалась

нормализация температуры тела, исчезновение кашля и хрипов в легких, нормализация показателей периферической крови, восстановление гормональных нарушений, повышение потенции и улучшение настроения. В первые два месяца у больных опытной группы наблюдалась значительная прибавка в весе (в среднем на 8,9 кг), в контрольной – на 4,7 кг.

В таблице 6 представлена частота и сроки прекращения бактериовыделения в группах наблюдения.

По срокам и частоте негативации мокроты у больных опытной группы, выделяющих чувствительные и, особенно, резистентные к ПТП микобактерии туберкулеза, отмечалось быстрое прекращение бактериовыделения

При рентгенологическом исследовании через 2 месяца у больных, получавших Глутоксим, по сравнению с пациентами контрольной группы, наблюдалось более выраженное рассасывание инфильтративных изменений в легких, перифокальной и перикавитарной инфильтрации, уменьшение размера очагов, частичная регрессия казеозно-пневмонических фокусов.

Нежелательные явления

На фоне лечения Глутоксимом у трех больных повышалась температура тела до 37,2–37,9 градусов. После отмены препарата на 1–2 дня температура нормализовалась. В последующие 3 дня Глутоксим назначали в половинной суточной дозе, один раз в сутки. Температурная реакция не возобновлялась. Лечение Глутоксимом было продолжено. Ни у одного из 9 больных опытной группы, страдающих хроническим гепатитом, не возникло обострения этого заболевания. В то же время из 5 пациентов с хроническим гепатитом контрольной группы появление симптомов заболевания печени имело место в трех случаях. У этих больных были отменены гепатотоксические препараты, проводилась дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. В пяти случаях курс лечения Глутоксимом назначали в связи с появлением медикаментозного гепатита и еще в шести с лейкопенией медикаментозного генеза. Исчезновение симптомов поражения печени и нормализация числа лейкоцитов достигалась через 14–21 день лечения Глутоксимом без отмены ПТП. В контрольной группе при появлении симптомов медикаментозного поражения печени (2 чел.) и лейкопении (3 чел.) гепатотоксические препараты отменяли. Попытка возобновить терапию этими препаратами вызывала повторное появление гепатотоксических реакций и снижение числа лейкоцитов. Эффективной оказалась терапия Глутоксимом при нарушении менструального цикла (в шести случаях) и при снижении потенции у пяти больных. Подобные гормональные нарушения у пациентов контрольной группы сохранялись на протяжении всего периода интенсивной противотуберкулезной терапии.

Заключение

Открытое рандомизированное исследование препарата Глутоксим у больных с тяжелым распространенным лекарственно-чувствительным и лекарственно-резистентным туберкулезом легких продемонстрировало высокую эффективность и хорошую переносимость препарата.

Использование Глутоксима позволяет сократить сроки исчезновения симптомов туберку-

лезной интоксикации, сроки достижения негативации мокроты и обратного развития воспалительного процесса в легких.

Назначение Глутоксима предупреждает обострение хронического гепатита у больных туберкулезом, ликвидирует симптомы медикаментозного гепатита, лейкопению, нормализует менструальный цикл и повышает потенцию без отмены ПТП.

Использование Глутоксима в клинике туберкулеза перспективно, особенно у больных

с тяжелым лекарственно-резистентным туберкулезом, с сопутствующим гепатитом вирусного или медикаментозного происхождения.

Литература

1. Соколова Г. Б. Индивидуализированная химиотерапия туберкулеза легких // Автореферат дисс. докт. Москва, 2000. С. 67.
2. Шмелев Е. И., Чуканов В. И. Применение фторхинолонов при туберкулезе // Консилиум Медикум, С. 429–432.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных туберкулезом в группах наблюдения

Группа больных	Всего больных	Пол		Возраст	Характер процесса		Высев МБТ	Наличие каверны
		М	Ж		Впервые выявленный	Хроническая форма		
Основная	42	32	10	18–50	29	13	37	32
Контрольная	30	18	12	19–50	22	8	28	27

Таблица 2. Частота туберкулезной интоксикации у больных в наблюдаемых группах

Группа больных	Всего больных	Характер туберкулезной интоксикации		
		Выраженная	Умеренная	Отсутствует
Основная	42	29	10	3
Контрольная	30	18	8	4

Таблица 3. Формы туберкулеза легких у больных опытной и контрольной групп

Форма туберкулеза	Всего больных	Группы больных	
		Основная	Контрольная
Инфильтративная	17	10	7
Казеозная пневмония	21	12	9
Диссеминированная	10	6	4
Множественные туберкулемы	11	6	5
Фиброзно-кавернозная	13	8	5
Всего	72	42	30

Таблица 4. Распространенность туберкулезного процесса в легких в группах наблюдения

Контингент больных	Распространенность процесса (основная/контрольная группы)			
	2 легких	1 легкое	1 доля	2 сегмента
Впервые выявленные	3/1	7/4	16/14	3/3
Длительно болеющие	3/1	6/2	3/4	1/1
Всего	6/2	13/6	19/18	4/4

Таблица 5. Динамика исчезновения симптомов интоксикации в группах наблюдения

Группа больных	Всего больных	Из них с интоксикацией, абс/%	Исчезновение интоксикации, мес., %			
			1	2	3	Всего
Опытная	42	39/92,9	46,2	35,9	17,9	100
Контрольная	30	26/86,7	26,9	30,8	34,6	92,3

Таблица 6. Частота и сроки прекращения бактериовыделения в группах наблюдения

Группа больных	Всего больных (МБТ+)	Лекарственная чувствительность МБТ	Прекращение бактериовыделения, мес., %			
			1	2	3	Всего
Опытная	37	ЛЧ – 20	35,0	55,0	5,0	95,0
		ЛР – 17	41,2	41,2	5,9	88,3
Контрольная	28	ЛЧ – 18	16,7	44,4	27,8	88,9
		ЛР – 10	–	40,0	30,0	70,0

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИВ.52 В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*В. А. Аксенова, Г. Р. Протопопова, В. Г. Мадасова, Н. Н. Муравьева, Н. С. Васюкова
ММА им. И. М. Сеченова, Москва, НИИ фтизиопульмонологии, Москва, НИИ
фтизиопульмонологии МЗ Саха (Якутия), Якутск, СПбГМА им. И. И. Мечникова, Санкт-
Петербург, ЗАО «Трансатлантик Интернейшнл», Москва*

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России в настоящее время продолжает оставаться одной из важных социальных и медицинских проблем, особенно в педиатрической практике. Поэтому для детей, больных туберкулезом или угрожаемых по заболеванию, чрезвычайно важно проведение контролируемой химиотерапии и химиопрфилактики.

Известно, что основные противотуберкулезные препараты (ПТП), используемые для лечения и профилактики туберкулеза (изониазид, пиразинамид, рифампицин), обладают гепатотоксическим действием, применяются длительными многократными курсами, что приводит к развитию токсического гепатита. Также отмечено, что при их комбинированном применении токсический эффект усиливается. Под воздействием препаратов у больных часто развиваются токсические гепатиты, сопровождающиеся появлением желтухи, ухудшением общего самочувствия, снижением аппетита, тошнотой, рвотой, увеличением размеров печени, появлением болей в правом подреберье, нарушением пищеварения, ухудшением биохимических показателей крови. Между тем, по литературным и статистическим данным известно, что более 30% детей до начала терапии ПТП уже имеют сопутствующую патологию со стороны желудочно-кишечного тракта, печени или имеют в анамнезе перенесенные вирусные гепатиты.

Вышеизложенные данные создают определенные трудности при назначении ПТП. В связи с этим весьма актуальным является поиск методов профилактики гепатотоксических реакций у детей, получающих ПТП. В комплексную терапию больных туберкулезом обязательно следует включать гепатопротекторы, одним из которых является ЛИВ.52, производимый фирмой «Хималайя Драг Ко» (Индия). ЛИВ.52 – это комплексный лекарственный препарат, в состав которого входит тысячелистник обыкновенный, паслен черный, цикорий обыкновенный, кассия западная, терминалия арджуна, тамарикс гальский, тиноспора сердцелистная, оксид железа.

ЛИВ.52 снижает застойные явления и устраняет воспаление печени, стимулирует процесс регенерации гепатоцитов, усиливает внутриклеточный обмен, уменьшает дегенеративные, жировые и фиброзные изменения, стимулирует биосинтез белков и фосфолипидов. Оказывает защитное действие против перекисного окисления липидов, благодаря повышению уровня токоферолов (антиоксидантов) печеночной клетки. Защищает эндоплазматический ретикулум клеток печени, нормализует активность печеночных микросомальных ферментативных систем, повышая уровень цитохрома Р-450, выполняющего важную роль в метаболизме лекарственных веществ и детоксикации ядов. Актуально использование данного препарата и в лечении сопутствующей патологии печени (хронический гепатит, вирусные гепатиты), поскольку гепатиты являются одним из показаний к применению ЛИВ.52.

Препарат выпускается в таблетках и в каплях, что является удобной формой применения, особенно у детей.

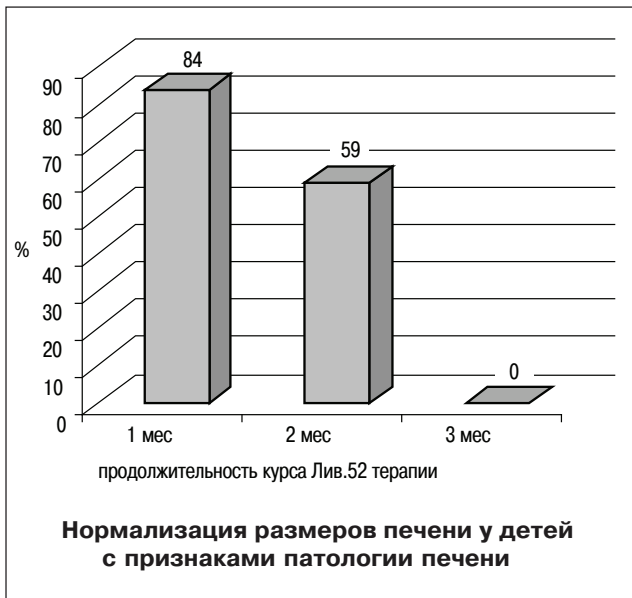
Целью исследования являлось изучение эффективности профилактики гепатотоксических реакций у детей, получающих ПТП, при применении препарата ЛИВ.52 капли. Были поставлены следующие задачи: 1) Определить состояние печени у детей, получающих ПТП в комплек-

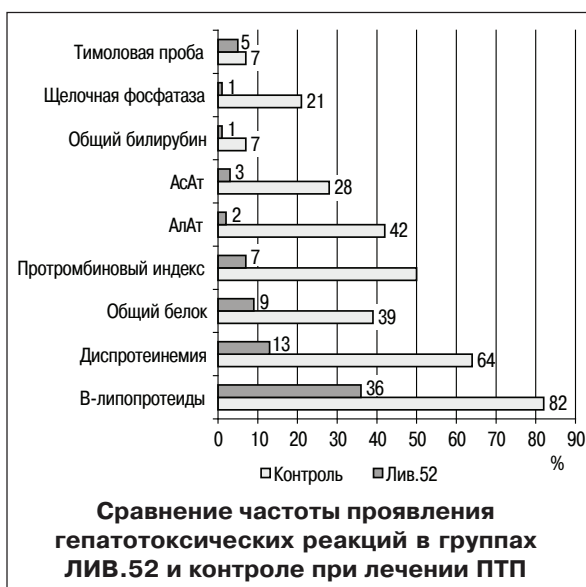
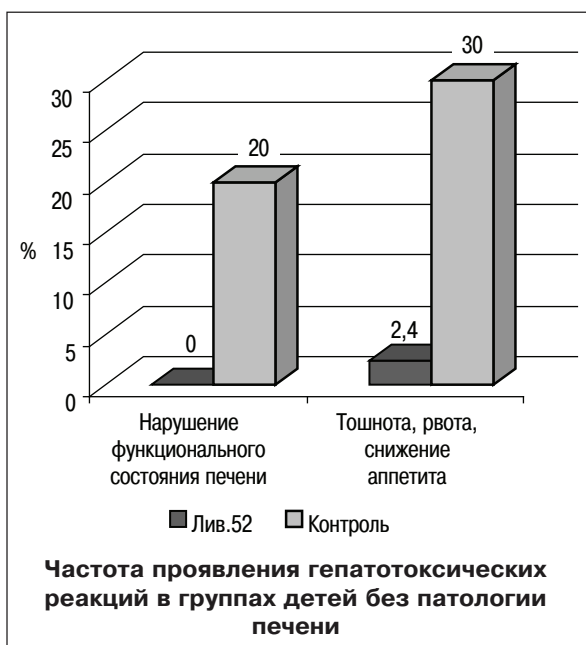
се с ЛИВ.52. 2) Изучить переносимость и эффективность препарата ЛИВ.52 капли в профилактике гепатотоксических реакций у детей, инфицированных и больных туберкулезом.

Всего под наблюдением находилось 150 детей, которые были разделены на 2 группы. 1 группа – 100 детей, получающих специфическую терапию и ЛИВ.52 капли; подгруппа 1А – 18 детей с патологией печени; подгруппа 1В – 82 ребенка без патологии печени. 2 группа – 50 детей, получающих специфические химиопрепараты без назначения ЛИВ.52.

В НИИ фтизиопульмонологии г. Москвы совместно с Якутским НИИ туберкулеза дети 1 группы получали препарат ЛИВ.52 капли с профилактической целью, в дозе от 5 до 20 капель, в зависимости от возраста, 3 раза в день. Продолжительность курса лечения составила 3 месяца. Для оценки эффективности препарата ЛИВ.52 детям обеих групп проводились: осмотр ребенка (оценка общего состояния, состояния кожных покровов, размера печени), изучение состояния желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, горечь во рту, тяжесть и боль в правом подреберье, анорексия), общие клинические исследования крови, мочи, биохимические исследования крови (1 раз в месяц, билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, уровень белковых фракций), функциональные исследования (УЗИ органов брюшной полости и печени). Все данные фиксировались в истории болезни.

В подгруппе А под наблюдением находилось 18 детей с патологией печени. Из них увеличение размеров печени наблюдалось у 12 детей. Нормализация показателей отмечена: через 1 мес. – у 16% (2) дет.; через 2 мес. – 41% (3) дет.; через 3 мес. – 100% (7) дет. У 6 детей в анамнезе был перенесенный вирусный гепатит: «ВГА» – у 2 дет., «ВГВ» – у 3 дет., «ВГС» – у 1 реб., также у этих детей наблюдалось наличие в крови HbsAg антигена. Изменения биохимических показате-





лей крови до начала лечения ЛИВ.52 (повышение общего билирубина, трансаминаз, тимоловой проб) отмечалось у 13 детей. Нормализация показателей отмечена (через 1 мес. – у 23% (3) детей), (через 2 мес. – у 77% (7) детей), к концу 3-го месяца достигнута 100% нормализация биохимических показателей крови.

В подгруппе В (82 ребенка без патологии печени, получающие Лив.52) все дети переносили специфическое лечение удовлетворительно, и никаких нарушений со стороны функционального состояния печени у них не отмечено, у 2 детей наблюдались жалобы на рвоту, тошноту, расстройство стула, связанное с погрешностью в диете.

В контрольной группе 2 (50 детей, не получающих ЛИВ.52) на фоне приема специфических АБП у 15 (30%) детей наблюдались расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта в виде тошноты, рвоты, расстройства стула, снижения аппетита. Функциональные нарушения печени отмечены у 10 (20%) детей. Эти нарушения характеризовались повышением уровня общего билирубина, трансаминаз, тимоловой пробы.

Приведенные выше данные соответствуют результатам исследований, полученным на кафедре педиатрии СПбГМА им. И. И. Мечникова, где под наблюдением находилось 68 детей в возрасте от 3 до 17 лет, больных различными формами туберкулеза, получавших в качестве гепатопротектора ЛИВ.52, и 20 больных контрольной группы. Целью исследования явилось установление эффективности и целесообразности назначения препаратов-гепатопротекторов на фоне лечения рифампицином, тубазидом, изониазидом, пипразинамидом и др. В результате клинического наблюдения были получены данные, демонстрирующие положительное влияние растительного препарата ЛИВ.52 на симптомы течения токсического лекарственного поражения печени при лечении противотуберкулезными препаратами. Было отмечено, что применение гепатопротекторов дает статистически значимый позитивный эффект, существенно снижает риск развития холестаза уже на 2–4 неделях лечения. Снижение и нормализация показателей, ассоциированных с внутриклеточным холестазом, наиболее демонстративны в отношении активности щелочной фосфатазы, которая достигала нормальных величин уже на 3 неделе лечения, а в группе контроля – лишь на 6 неделе. Дополнительным подтверждением эффективности препарата является и более быстрая нормализация аминотрансфераз (4 неделя лечения), т. е. купирование синдрома цитолиза, характерного для лекарственного гепатита. Это влияние ЛИВ.52 в условиях токсического поражения печени связано, безусловно, с его прямым гепатопротекторным (мембраностабилизирующим) действием, что особенно ценно при длительной противотуберкулезной полихимиотерапии.

По данным УЗИ у больных с гиперферментемией в 75% случаев выявляется «мозаичное» усиление эхогенности печени, за счет внутриклеточного холестаза, а также наличие в желчном пузыре замазкообразного осадка (сладжа) и густой пристеночной желчи. Ликвидация этих явлений зафиксирована у 2/3 больных, получавших ЛИВ.52, уже на 4–5 неделях лечения, тогда как у остальных пациентов – в более поздние сроки. У 4 детей контрольной группы была диагностирована ранняя (докаменная) стадия желчнокаменной болезни.

Выводы:

Наблюдение показало, что терапия в комплексе с ЛИВ.52 капли на фоне проводимого специфического лечения способствовала улучшению аппетита, быстрой прибавке веса, уменьшению размеров печени и нормализации биохимических показателей крови.

Препарат ЛИВ.52 капли хорошо переносится детьми, не вызывая неприятных ощущений, оказывает защитное действие при применении гепатотоксических препаратов, что является благоприятным фоном для проведения адекватной химиотерапии. У детей с патологией печени применение препарата Лив.52 капли способствует лучшей переносимости АБП, что позволяет не прерывать курс противотуберкулезной терапии.

Таким образом, препарат ЛИВ.52 капли не проявляет токсичности, не оказывает побочных эффектов и способствует профилактике и лечению гепатотоксических реакций у детей, получающих противотуберкулезные препараты.



Акрихин: НА ПЕРЕДНЕМ КРАЕ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В современном мире от туберкулеза людей погибает больше, чем от 37 других основных инфекционных заболеваний вместе взятых, включая чуму, холеру, малярию, СПИД и другие. Треть населения земного шара заражена туберкулезом.

На рубеже 70–80 годов в России происходило неуклонное снижение показателей данной заболеваемости. Этому способствовала созданная в стране специализированная государственная система контроля, включающая комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Но в начале 90-х эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в стране стала резко ухудшаться. Буквально за пять лет заболеваемость возросла на 70%, смертность повысилась на 87%, достигнув самого высокого уровня среди причин смертности, вызываемых инфекционными заболеваниями (16,8 на 100 тыс. населения). Заболеваемость детей возросла за этот период на 45,1%. Происходило не только увеличение показателя заболеваемости, но и нарастание частоты тяжелых запущенных форм туберкулеза, с которыми отечественные фтизиатры не встречались с 50-х годов. Перед врачами встал острейший вопрос – обеспечение населения лекарствами.

Понимая социально-экономическую значимость обеспечения здравоохранения отечественными противотуберкулезными препаратами и, осознавая моральную ответственность перед обществом «Акрихин» в середине девяностых годов принял программу разработки и освоения производства всех пероральных противотуберкулезных лекарственных средств, которая составной частью была включена в федеральную целевую программу «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 годы».

Химиотерапия туберкулеза предусматривает одновременное использование четырех или пяти базовых препаратов, в связи со значительно развившейся лекарственной устойчивостью этой микобактерии. Современный арсенал противотуберкулезных препаратов включает 12 базовых и альтернативных лекарственных средств, производство которых в любом государстве является стратегической задачей.

В процессе планомерной реализации, принятой «Акрихином» программы был начат выпуск ранее разрешенных к применению отечественных препаратов изониазида, фтивазида, метазида, рифампицина и разработка технологии, доклиническое и клиническое изучение препаратов, аналогичных выпускаемым зарубежными фирмами. Так в номенклатуре комбината появились **Пиразинамид-Акри, Этамбутол-Акри, Протионамид-Акри**.

Необходимо отметить, что препараты с приставкой «Акри» производятся в рамках импортозамещающей программы развития производства – выпуск препаратов-дженериков. Данная приставка гарантированно означает высокое качество лекарственного средства, его безопасность и эффективность.

Одновременно с разработкой и освоением выпуска новых препаратов на комбинате создавались мощности производства, позволяющие удовлетворить потребности отечественного здравоохранения в этих лекарственных средствах в полном объеме.

Всемирный союз по борьбе с туберкулезными заболеваниями легких в своих рекомендациях последних лет по химиотерапии считает целесообразным создание комбинированных препаратов с фиксированными дозами, что позволяет снизить количество принимаемых таблеток, строго контролировать дозировку, как в условиях стационара, так и при проведении амбулаторного лечения.

Первые отечественные противотуберкулезные препараты с фиксированными дозами **Фтизопирам** (изониазид 0,15 г и пиразинамид 0,5 г) и **Фтизоэтам** (изониазид 0,15 г и этамбутол 0,4 г) были разработаны «Акрихином» совместно с НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова и базировались на многолетних научных исследованиях лаборатории клинической и экспериментальной фармакологии этого института.

Проведенные доклинические испытания этих препаратов показали их безопасность, а клинические испытания свидетельствуют о высокой биодоступности входящих компонентов, эффективности и хорошей переносимости. Статистические данные клинических исследований свидетельствуют о снижении

нежелательных явлений, возникающих в процессе длительного применения препаратов, в сравнении с использованием индивидуальных компонентов. Сегодня эти препараты рекомендованы к применению на стадии интенсивной химиотерапии и, особенно на этапе долечивания в амбулаторных условиях.

Медицинская статистика показывает, что большинство больных туберкулезом страдает сопутствующими заболеваниями, прежде всего гипертонической болезнью (12%), ишемической болезнью сердца (15%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (18%), хроническими неспецифическими заболеваниями легких (37%) и др. Комбинат выпускает большинство базовых лекарственных препаратов, используемых для лечения данных заболеваний – это 80% наименований номенклатуры всех наиболее известных препаратов в России.

В настоящий момент на комбинате продолжают работы по разработке других противотуберкулезных средств, как индивидуальных, так и комбинированных, а так же препаратов, рекомендованных при альтернативном режиме химиотерапии, в частности фторхинолонов. На данный момент выпускаются препараты этой группы – **Тарицин** (офлоксацин) и в сотрудничестве с фирмой «РКА» – препарат **Ломфлоркс** (ломефлоксацин), высокая активность которого позволяет использовать его при инфекционных заболеваниях один раз в сутки, в том числе в комплексной терапии туберкулеза.

Таким образом в номенклатуре комбината практически все основные пероральные противотуберкулезные лекарственные средства, что позволяет ОАО «Химико-фармацевтический комбинат «Акрихин» быть базовым отечественным предприятием по обеспечению в полном объеме медицинских учреждений, занимающихся лечением туберкулеза.

142450, Московская обл., Ногинский р-н, пос. Старая Купавна, ул. Кирова, д. 29, ОАО «Химико-фармацевтический комбинат «Акрихин».

**Тел.: (095) 974 8510,
974 8511; факс: (095) 702 9338
E-mail: sales@akrihin.ru;
http://www.akrihin.ru**

ЛЕТОПИСЬ МИЛОСЕРДИЯ

**Да ведают потомки православных
Земли родной минувшую судьбу.
А. С. Пушкин**

Помощь нищим, престарелым, больным испокон веков было делом человеколюбивым и богоугодным, а подаяние считалось показателем высокой нравственности человека. «В рай входят святой милостью, – говорили на Руси. – Нищий богатым питается, а богатый нищего молитвой спасается».

Пришедшие на Русь из Византии монахи принесли с собой представление о врачевании, как о прерогативе Церкви, подвижническом долге священнослужителей. На протяжении долгих веков они занимались наряду с церковной службой и лечением больных. Передавая медицинские знания из поколения в поколение, монастырские целители лечили «безмездно» (бесплатно), в то время как «мирские» врачи брали за это деньги.

Дошедший до нас самый древний акт законодательного значения, касающийся вопроса благотворительности, датирован 911 годом, когда князь Олег заключил договор с Византией о репатриации пленных. В нем сказано: «Буде случится россиянину видеть в чужой земле полоненного грека или греку россиянина, выкупать онаго и отсылать в свою землю, получив данную за него сумму, или цену вменить в дань».

Много сведений до нас дошло о благотворительности Великого князя Владимира Святославича – Крестителя Руси. Как свидетельствует летопись, этот благочестивый князь позволял каждому нищему и убогому приходиться на княжеский двор, чтобы кормиться, а для бедных, которые сами не могли приходить, отправляли повозки, нагруженные хлебом, мясом, рыбой, овощами, медом и квасом. Своим уставом, изданным в 996 году, князь Владимир поручал общественное призрение духовенству. Оказав благоволение бедным и страждущим, князь Владимир учредил также училища для обучения детей всех сословий.

Ярослав Мудрый учредил на собственные средства сиротское училище, где воспитывалось 300 юношей. Владимир Мономах считал опеку бедных одной из главных своих обязанностей, а его сестра основала в Киеве на свой счет училище для девиц, где учили грамоте и ремеслам.

Александр Невский на заседаниях совета бояр внушал им принципы справедливости и законности: «Будьте недремлющими стражами законов: праздная добродетель возбуждает дерзновение порока. Принимайте под свою защиту вдов, сирот, всех слабых и гонимых, к правосудию вашему зывающих».

В 1551 году Иваном IV был созван Собор для разработки внутреннего устройства страны, на котором среди прочих обсуждались вопросы здравности, быта, семьи, общественного призрения. Так была сделана первая попытка законодательно оформить систему попечения о больных и нетрудоспособных. Однако от постановки задачи до ее решения предстояло пройти долгий путь. Вплоть до XVIII века государство было не в состоянии взять на себя всю благотворительность. В царствование Алексея Михайловича, прозванного Тишайшим, закладывалась экономическая и духовная база преобразований, которые вскоре были совершены его сыном – Петром I. При Алексее Михайловиче в Москве жили и работали видные просветители, деятели культуры – Епифаний Славинецкий, Симеон Полоцкий, Федор Ртищев, патриарх Никон и его страстный антипод протопоп Аввакум. Мы мало знаем об этом времени, потому что бурная деятельность Петра затмила прошлые достижения. В плеяде деятелей культуры, готовивших почву для крутого поворота России, особое место занимает Федор Михайлович Ртищев, крупный государственный деятель, близкий советник царя Алексея Михайловича.

Ф. М. Ртищев основал особый «учительный» монастырь, названный Андреевским, который располагался на правом берегу Москвы-реки, у Воробьевых гор. Здесь ученые монахи переводили на русский язык иностранную литературу, занимались исправлением богословских книг. При монастыре существовала школа, в которой обучали славянскому и греческому языку детей боярского и простого чина. Почти три столетия Андреевский монастырь выполнял благотворительные функции.

Занимая высшую административную должность в государственном аппарате, Ф. М. Ртищев помогал страждущим не по обязанности, а по велению сердца. Биограф дает несколько трогательных эпизодов, характеризующих личность этого человека. Сопровождая царя в польском походе, Федор Михайлович подбирал по дороге больных и увечных, уступая им свой экипаж, а в попутных городах устраивал для этих людей госпи-

тали, жертвуя значительные средства.

Интересно, что с именем Ртищева связана организация первых в России медвытрезвителей. Это он велел собирать на московских улицах пьяных и больных в особый приют, где содержал их до вытрезвления и излечения, а для неизлечимых больных устроил богадельню, которую также содержал на собственный счет. Он тратил большие деньги на выкуп пленных у, помогал иноземцам, жившим в России, узникам, сидевшим в тюрьме за долги. Федор Михайлович старался насколько возможно облегчить участь принадлежавших ему крестьян – уменьшал оброки, поддерживал их хозяйства ссудами, а перед смертью отпустил всех дворовых на волю.

Боярину Ф. М. Ртищеву принадлежит заслуга открытия первой в Москве гражданской больницы. Тронутый до глубины души множеством бесприютных и больных на московских улицах, он купил домик и устроил в нем две палаты на 13–15 человек, которых кормил и снабжал лекарствами. Где была эта больница – неизвестно, можно лишь предполагать, что она находилась в районе Знаменки, неподалеку от двора боярина.

Учреждение содержалось на частные пожертвования и прекратило существование в царствование Петра I.

Проф. П. В. Власов



Аркадий

МЕДИЦИНА

Аверченко

За утренним чаем Ната Корзухина посмотрела внимательно и беспокойно на мужа, провела рукой по его голове и спросила:

– Почему ты такой желтый? Корзухин удивился.

– Желтый? Почему бы мне быть желтым?

– Я не знаю. Только очень желтый. Мне не нравится твой цвет.

– Хорошо, – пообещал Корзухин. – Постараюсь, чтобы этого больше не было!

Корзухин поднялся и ушел на службу.

Через два дня утром жена опять сказала с беспокойством:

– Знаешь, ты опять желтый... Даже какой-то синеватый. А виски коричневые. Корзухин испугался.

– Что ты говоришь?! О, черт возьми... Вот история...

– Тебе, вероятно, нельзя пить. Обратись к доктору.

– Все доктора – мошенники.

– Уж и все! Иногда попадают и не мошенники. Хочешь, я приглашу своего доктора, у которого я зимой лечилась? Очень хороший. Я напишу ему записку, и он сегодня после обеда заедет.

– Неужели я такой... желтый и синий?

– Ужас! Ужас! Прямо какой-то зеленый.

– Я смотрел нынче в зеркало. Как будто ничего.

– Так... – печально сказала жена. – Значит, жена врет, а зеркало не врет? Зеркало, значит, лучше? Почему же ты в таком случае не устроишься так, чтобы оно варило тебе по утрам кофе, заказывало обед, целовало тебя и ездило с тобой в театры...

– Зови доктора!!

После обеда приехал доктор.

– Здравствуйте, Наталья Павловна.



Я получил вашу записку и сейчас осматрю вашего мужа.

Осмотр продолжался недолго. Доктор выстукал Корзухина, осмотрел его язык и убежденно сказал:

– Вам нельзя пить! Это для вас смерть.

– Что вы говорите! – побледнел мнительный Корзухин.

– Что же я тогда буду делать?

– Что вы обыкновенно пьете?

– Немного водки, шампанское, ликеры...

– Вот водки вам и нельзя. И шампанского вам нельзя, и ликеров.

– Стоит ли жить после этого?

– Стоит. Нужно только заниматься больше духовными запросами.

– Займусь, – с искренним страхом лицом пообещал Корзухин.

– Ты кашлял во сне. Знаешь ли ты это?

– Нет, я спал.

– Ты кашлял. Я тебя уверяю – ты кашлял, а не спал.

– Почему же я сам этого не заметил?

– Очень просто: потому что ты спал. Тебе, вероятно, вредно куренье... Я уже давно косо посматривала на твои ужасные сигары. Сегодня позовем моего доктора – пусть он осматрит тебя.

– Странно... Вчера только в департаменте мне говорили: как вы поздоровели!

– Да? Так если тебе говорят в департаменте такие приятные вещи – ты вылез бы и поселился там вместо того, чтобы приходить сюда. Конечно, человек ищет где глубже, а рыба... тоже ищет этого самого... как это говорится: как рыба об лед. Я бьюсь как рыба об лед, измучилась, беспокоясь о тебе...

– Зови доктора. Зови доктора!

Приехал доктор и опять осмотрел Корзухина... Ната оказалась права. Доктор, даже не досмотрев голого Корзухина, всплеснул руками и сказал:

– Ой-ой! Вам нужно бросить курить... А то выйдет очень неприятная штука.

– Что же вы называете неприятной штукой? Доктор поднял палец вверх.

– Туда пойдете.

– Вы, вероятно, хотите сказать, – со слабой надеждой в голосе прошептал Корзухин, – что куренье сигар расшатает мой бюджет и мне придется перебраться этажом выше?

– Я говорю о смерти, – веско сказал доктор. Корзухин сжал губы в му-

чительную гримасу, подошел к столу, схватил ящик с сигарами и решительно бросил его в огонь камина.

– Молодцом! – сказал доктор. – зуб нужно вырывать сразу.

– И зуб? – пролепетал Корзухин. – И зуб... нужно?

– Нет, зуб пока не нужно. Это я так.

Через неделю доктор опять был у Корзухиных.

– Наталья Павловна телефонировала мне, что вы ночью бредили...

– Ей-богу, не бредил. Чего мне бредить?

– А вот мы посмотрим. Разденьтесь... Те-те-те... Батенька! Да у вас скверная вещь: я бы за ваши нервы ни копейки не дал.

Корзухин и не думал вступать с доктором в какую-нибудь коммерческую сделку, но все же встревожился.

– Что же мне делать? Ради Бога...

– Поздно ложитесь?

– Часа в три, в четыре. Бываю в клубе.

– Он, доктор, в карты играет, – пожаловалась Ната.

– Что вы говорите?! Это самоубийство! Вы хотите сохранить остатки вашего здоровья?

– Хочу!

– Клуб – к черту. Карты – к дьяволу. Сон – в двенадцать часов ночи. Перед сном обтирание холодной водой.

– Хорошо... – скорбно сказал Корзухин. – Оботрись.

...Доктор долго мял, тискал и выстукивал Корзухина. Он бил Корзухина кулаком по спине и спрашивал:

– Больно?

– Конечно, больно.

– А тут?

– Ой!

– Нервы, нервы и нервы. Нужно их успокоить. Вы музыку любите?

– Не выше оперетки.

– Нет, это не подходит. Вам нужно ходить на что-нибудь серьезное, действительно художественное. Гм... Вот что! На днях начинается серия вагнеровских опер. Достаньте абонемент.

– Как кстати! – воскликнула, всплеснув руками, Ната. – Мои знакомые как раз хотят уступить кому-нибудь абонемент. И мы вдвоем будем ходить... Вагнер – такая прелесть!

– Осмотрите меня внимательно, – заискивающе попросил Корзухин. – Может быть, найдете что-нибудь полегче, чем можно было бы заменить Вагнера. Обыкновенную оперу, что ли... Или цирк...

Доктор ударил Корзухина кулаком под ложечку и спросил:

– Больно?

– Еще как!

– Ну, вот видите – лучше Вагнера не придумаешь... Чудак человек... Говорит – цирк. Это все равно, что больному ревматизмом давать пилюли от кашля. Медицина, батенька, такая вещь, что... гм... гм...

Доктор сделался домашним врачом Корзухина. Однажды он осмотрел его, ощупал и сказал со вздохом:

– На этот раз – дело серьезное.

– Говорите – не мучайте меня – что такое? – скривился Корзухин.

– Мотор!

– Неужели есть такая болезнь? Вероятно, психомотор?

– Нет, просто мотор. Вам нельзя пользоваться извозчиком – никаких сотрясений! Слышите? Грудно-брюшная преграда не в порядке. Нужен мотор!

– Послушайте! – сказал Корзухин.

– Вы доктор? Так. Вы осматриваете пациента?.. Так, прекрасно. Он, предположим, болен. Хорошо. Вы садитесь и пишете ему рецепт. Существует правило, по которому с рецептом ходят в аптеку. Но я никогда не слышал, чтобы с рецептом бежали в автомобильный гараж!!

– Вы забываете о физическом методе лечения, – сухо сказал доктор.

– Это что за музыка?

– Механотерапия.

– Странно... – обиженно улыбнулся Корзухин. – У меня, может быть, и всей-то грудно-брюшной преграды на дешевенький велосипед неберется, а вы – целый автомобиль прописываете.

Доктор нахмурился.

– Я не гомеопат. Не нравится – можете обратиться к гомеопату. Он вам может даже швейную машину прописать. Пожалуйста!

И ушел, гулко хлопнув дверью в передней.

– Можно подержанный, – робко сказала жена.

Это было однажды осенью...

Корзухин лег после обеда спать, но ему не спалось: грезились разные болезни, эпидемии и несчастья. Он встал, оделся и печальный, расстроенный побрел к жене.

В дверях ее комнаты, перед портьерой, приостановился, услышав голоса. Прищурился... Потом опустился на стул у окна и стал слушать. Разговаривали двое:

– Вы должны, доктор, это сделать!

– Ни за что! Вы сами не знаете, что просите... Нужно же знать меру.

– Я и знаю меру. Но мне необходимо иметь зеленую гостиную! Слышите? Вы должны это устроить. Наша ста-

рая красная опротивела мне до тошноты.

– Вы говорите вздор. Как я это сделаю?!

– Ваше дело. На то вы доктор.

– Это скорей дело обойщика.

– Придумайте что-нибудь! Скажите, что красный цвет ему вреден, а что зеленый там что-нибудь такое... увеличивает кровообращение, что ли. Или расширяет сосуды.

– Вздор! Зачем ему расширение сосудов?

– Скажите просто, что ему вредна красная гостиная.

– Да он ведь там никогда и не бывает.

– А вы найдите такую болезнь, чтобы ему нужно было сидеть в гостинной, наметните на кубический объем воздуха, а потом скажите, что такой красный цвет в гостинной ему вреден.

– Наталья Павловна... Это черт знает что!.. Он уже на автомобиле чуть не поймал меня. Если он догадается – подумайте, что будет... Я понимаю, мои первые опыты – они хоть что-нибудь имели под собою... Хоть какую-нибудь почву... Конечно, куренье вредно, напитки вредны, картежная игра вредна... Но Вагнер – это безобразия, автомобиль – это логасть. У вас нет ни такта, ни логики.

– Ну, хорошо. Устройте мне последнее – красную гостиную – и ладно. Больше ни о чем не попрошу.

– Даете слово?

– Да-ю! Честное слово!!

– Ну, в последний раз. Господи благослови.

.....

Доктор и Ната отправились в спальню на поиски Корзухина, но Корзухина там не нашли.

Отыскали его в красной гостинной. Он сидел на красном диване, тянул из горлышка бутылки коньяк и курил чудовищную сигару.

– А, доктор! – сказал он, подмигнув. – Здравствуйте! Не находите ли вы, что красный цвет гостинной мебели дурно влияет на меня? Кубический объем, как говорится, не тот. Хе-хе... Продается хороший автомобиль, дети мои! Срочно нужны деньги за выездом в клуб, и если я, черт побери, не заложу сегодня хорошего банчишки – потащите меня опять на Вагнера. Ха-ха! Дорогой врач! Ломаются нынче все преграды, в том числе и ваша груднобрюшная, если вы не покинете немедленно одр тяжелобольного Корзухина. Неужели мы никогда с вами, доктор, не увидимся? Ну, что ж делать... Я с этим совершенно примирился.

Вторая Московская Ассамблея «Здоровье столицы»

18–19 декабря 2003 года
Здание Правительства Москвы



Организаторы:

Правительство Москвы
Департамент здравоохранения г. Москвы
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМед-Фарм Диалог»

В программе ассамблеи:

- разработка и реализация городских программ по охране здоровья и лекарственному обеспечению населения г. Москвы
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения в 2004 году
- законодательная база и её развитие для реализации социальной политики Правительства Москвы в области здравоохранения и фармации в 2004 году
- новые стандарты и технологии медицинского и лекарственного обеспечения населения г. Москвы
- современные подходы к профилактике и управлению здоровьем
- форумы по основным медицинским тематикам практического здравоохранения Москвы: гастроэнтерология, хирургия, инфекционные заболевания, кардиология, онкология, эндокринология, материнство и детство, психиатрия и наркология, акушерство, гинекология, страховая медицина, медицинское оборудование и др.

В рамках ассамблеи пройдет выставка «Новое качество медицинских услуг и лекарственного обеспечения населения г. Москвы»

Приглашаем принять участие во второй специализированной выставке в рамках ассамблеи «Здоровье Столицы 2003»

Информационная поддержка:

«Фармацевтический вестник», «Московские аптеки», «Больница», «Ремедиум», «Medi.ru».



Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
Тел.: (095) 915 2303, 915 4999, 109 1330;
e-mail: info@infomedfarm.ru, http://www.infomedfarm.ru



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

Фирма «Медстиль» – разработчик и изготовитель современной медицинской одежды – предлагает свою продукцию, удостоенную Золотых и Платиновых Знаков качества XXI века.

Вас приятно удивят не только наш ассортимент и разнообразие моделей, но и цены.

127521, Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, дом 9а, e-mail: medstyle@medstyle.ru;
http://www.medstyle.ru;
телефон/факс: (095) 218–63–63, 219–82–35

**Медицинский колледж
Государственного образовательного учреждения при Всероссийском учебно-научно-методическом центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России**
объявляет прием учащихся на базе полной средней школы для обучения по следующим специальностям:

«Стоматология ортопедическая» – квалификация зубной техник

Форма обучения – дневная
Экзамены с 1 по 15 августа
Обучение платное и бесплатное

«Сестринское дело» – квалификация медицинская сестра

Форма обучения дневная и вечерняя
Экзамены с 1 по 15 августа
Для вечерней формы обучения – проводится собеседование

«Косметика и визажное искусство»

Форма обучения дневная
Экзамены с 1 по 15 августа
Обучение платное

Прием документов с 1 июня 2003 года. Адрес: 107564, г. Москва, ул. Лосиноостровская, дом 2. Метро Сокольники, авт. 75 до остановки «Учебный Центр Минздрава». Телефон: 963 8301, 963 7777, 963 8314.

Банковские реквизиты: ИНН 7705026272 ОФК по ЦАО г. Москва (ИНН 7705011734 КПП 771801001 ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ л/с 06054395090, р/сч 40503810500001009001 в отделении 1 Московского ГТУ Банка России г. Москва, 705 БИК 044583001 yunme@mail.ru

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854
www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ

Отпечатано в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ»: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403;
тел.: 554 2186

Подписано в печать 29.05.2003 г. Объем 2 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ № 2109