

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 6-7
2002

**НАУКА
И ПРАКТИКА:**

МГКБ № 11

**Московский
городской центр
рассеянного
склероза**

СТР. 3-11

ЛЕКАРСТВА

СТР. 12-14



**Храм покровителя
врачей и больных**

СТР. 15



Заслуженный врач РФ Л. И. Бененсон:
*«Прошедшие годы воспринимаю с умеренным
удовлетворением. Самым трудным было научиться
терпеть: я человек темпераментный, мне нужно все
быстро, а быстро ничего не получается. И до сих пор нет
ощущения сделанного до конца, вполне завершенного».*

АРТИСТЫ В ВОЕННОМ ГОСПИТАЛЕ

В Главном военном клиническом госпитале имени академика Н. Н. Бурденко прошел благотворительный концерт звезд театра и кино для тяжелораненых солдат из Чечни.

Зрителей было немного. Из тех, кто смог прийти без посторонней помощи на костылях или приехать в коляске набралось всего два первых ряда. К лежачим больным, пока шел концерт, артисты приходили прямо в палаты. Девиз концерта «Скажем террору – нет!» был понятен всем присутствующим.

Один за другим выходили на сцену артисты, и у каждого находились не только теплые слова и пожелания здоровья, счастья и удачи тем, кто рисковал своей жизнью в мирное время, но и воспоминания, которые так или иначе связаны с военной темой. Оказалось, что Анатолий Журавлев служил рядовым во внутренних войсках, а Андрей Соколов – капитан запаса. Родителей Аристарха Ливанова повенчал сорок четвертый, у Бориса Хмельницкого отец был начальником Дома офицеров во Львове, а Ольга Кабо служит в театре Российской Армии. Но даже если в жизни артистов не было ничего, что как-то напоминало о войне или военной службе, и не снялись они, как Александр Носик, в фильме «Спецназ», в их сердцах все равно нашелся живой отклик на те события, что привели наших солдат в госпиталь. Стараясь порадовать своих необычных зрителей, артисты открылись совершенно с незнакомой стороны. Оказывается, что у Дмитрия Певцова прекрасный голос, что играют на гитаре и поют Аристарх Ливанов и Анатолий Журавлев. А Светлана Тома буквально привела зал в восторг, спев «В веселья час и в час разлуки...», а главное – пригласив на танец одного из сидящих в первом ряду зрителей. А солдатик сумел не только попасть в такт своей партнерше, почти не смущаясь столь неожиданным поворотом событий, но еще и подпел ей вторым голосом, что имело в зале грандиозный успех. Отличился Андрей Воробьев, который воевал в Чечне в мотострелковых войсках, получил осколочное ранение, лечится в госпитале, но скоро отправляется к себе домой в город Уржум Кировской области.

Организаторы этой благотворительной акции – председатель гильдии актеров Валерия Гущина и президент клуба «Благор» – Наталья Дрожжина подарили солдатам оригинальные композиции из цветов, книги и видеокассеты, которые были написаны и сняты участниками концерта.

ЕСТЬ ПОВОД ДЛЯ ОПТИМИЗМА

Десять лет назад в России начали появляться частные фармацевтические компании. Своей деятельностью они старались залатать бреши, возникшие в лекарственном обеспечении населения, так как государственные структуры, ранее выполнявшие эти функции, с работой в новых условиях справлялись все хуже и хуже. В это бурное время происходили такие изменения, которые даже Дюма-отцу показались бы порождением чересчур богатой фантазии – пересмотр законодательства, системы налогообложения, таможенных пошлин, дефолт и прочая, и прочая... Но постепенно дефицит лекарств сошел на нет, а фармацевтический бизнес стал одной из самых развивающихся отраслей экономики.

Чтобы подвести итоги прошедшего десятилетия и рассказать о перспективах развития руководителей фирм-участниц Российской ассоциации фармацевтического маркетинга создали пресс-конференцию. А поскольку эта организация – своего рода «клуб по интересам», мнения порой звучали прямо противоположные.

В частности, президент фирмы «Никомед Россия-СНГ» Й. Дэвидсен отметил, что в последние два года российский фармрынок вновь стал самым обсуждаемым в европейских компаниях, производящих лекарства. Впрочем, «Никомед» – один из пионеров в торговле лекарствами с нашей страной давно уже перешел от обсуждений к делу, и речь в компании сейчас идет об увеличении объемов продаж. Нормальным, по мнению маркетинговых служб фирмы, является рост в 35–40% в год.

Генеральный директор ХФК «Акрихин» Иван Тюляев подчеркнул, что в объемах продаж отечественным производителям пока не удается тягаться с зарубежными фирмами (средства по оценкам экспертов распределяются в соотношении 30–40% на 60–70% не в нашу пользу). Но в 75% случаев россияне покупают привычные для них недорогие упаковки препаратов, сделанных в собственной стране. И это внушает определенный оптимизм и дает импульс для дальнейшего развития.

«ВИТАМАКС» СПЕШИТ НА ПОМОЩЬ

Общеизвестно, что ослабленный заболеванием и оперативным хирургическим вмешательством организм особенно остро нуждается в витаминах, минералах и микроэлементах. Их недостаток, как показывает клиническая практика, может оказывать отрицательное воздействие на результаты лечения. Поэтому для повышения иммунитета и ускорения процессов выздоровления специалисты все чаще рекомендуют новый препарат «Витамакс» производства компании «ГлаксоСмитКляйн».

Ученые кафедры факультетской хирургии РГМУ провели клинические испытания по одному из наиболее интересных и перспективных направлений применения этого препарата – лечению липидного дистресс-синдрома Савельева.

Традиционные методы лечения ЛДС Савельева почти у трети больных не дают ожидаемых положительных результатов. После двух месяцев консервативного лечения из 150 пациентов были отобраны 47 человек (31,3%) с неудовлетворительными биохимическими результатами при одинаковых «стартовых» липидных нарушениях (снижение ХС меньше 25%). Из них 26 пациентов продолжали получать только стандартную терапию с использованием вазелин-пектиновой эмульсии «Фишант», а остальные 21 – дополнительно 1 капсулу «Витамакса» ежедневно в течение 14 дней. Проведенный через два месяца контроль установил, что во второй группе большинство важнейших показателей (содержание плазменных липидов, коэффициент атерогенности, РЭС печени, общее содержание летучих жирных кислот и секреторного иммуноглобулина А и др.) достигли или существенно приблизились к физиологической норме.

Клинические исследования показали, что комбинированная терапия с использованием современного витаминно-минерального комплекса «Витамакс» значительно улучшает основные показатели метаболизма и, как следствие, результаты лечения в целом.

НОВОЕ СРЕДСТВО ОТ СТАРОЙ БОЛЕЗНИ

Сегодня в России по меньшей мере два миллиона человек страдают от болезней суставов. Причины возникновения артрита, который, возможно, является одним из старейших заболеваний человечества, до сих пор точно не определены. На развитие болезни могут повлиять травмы, чрезмерные физические нагрузки, нарушение обмена веществ, малоподвижный образ жизни. Женщины страдают от болезней суставов в три раза чаще мужчин, известно также и о генетической предрасположенности к этой болезни.

В подмосковном Голицыно прошла школа-семинар для врачей-ревматологов, где было рассказано о свойствах препарата Целебрекс. Являясь нестероидным противовоспалительным средством, он не только успешно снимает болезненные ощущения в суставах, но и, в сравнении с другими НПВС, обладает значительно меньшим спектром побочных эффектов.

БОЛЬНИЦА: 20 ЛЕТ СПУСТЯ

Эта больница не самая большая в Москве, но может быть, поэтому весь строй ее жизни напоминает работу хорошо отлаженного и четко управляемого механизма.

Но так было не всегда. Сегодня мало кто помнит, какой была ГKB № 11 два десятка лет назад. Один из тех, кто помнит – Леонид Израильевич Бененсон, главный врач. Больница производила тогда жалкое впечатление, и клинической она не называлась, и располагалась в старом тесном здании, не имея и десятой части тех диагностических возможностей, которыми располагает сегодня. Бененсону было сорок пять лет, когда он взвалил на себя эту ношу. Сегодня ему на двадцать лет больше, и, хотя ноша не стала легче, большинство из задуманного он сделал.

Теснейший союз с наукой привел к тому, что больница по объему и качеству выпускаемой научной продукции работает на уровне хорошего НИИ. Здесь созданы уникальные подразделения, которых больше нет нигде в Москве. Мы уже писали о Координационном центре органного донорства, сегодня расскажем о Центре по лечению рассеянного склероза, отделении паллиативной помощи. Их опыт будет интересен и полезен коллегам. Газете очень приятно познакомить читателей с работой этого на удивление ладного, да простят нам такой термин, медицинского учреждения, где собрались люди талантливые и неравнодушные. И первое слово – главному врачу больницы, Заслуженному врачу Российской Федерации Л. И. Бененсону.



– В этом году у меня большой, очень для меня значимый юбилей – ровно двадцать лет тому назад я пришел сюда работать. Здесь был построен новый корпус, который мне довелось осваивать. Что я могу сказать об этом времени? Как-то я присутствовал на совещании, которое проводил министр Е. И. Чазов на территории одной из новых больниц. Ему было сделано замечание представителем Госплана, что, мол, место в такой больнице стоит 13 тысяч рублей. А должно быть по плану – не больше 11 тысяч. Вот 11 тысяч рублей умножьте на 360 коек, и вы получите стоимость нашего вводящегося в действие корпуса. В эту сумму входили кровати, элементарная мебель и само строительство. Тогда же мне попалась на глаза одна статья, в которой было написано, что в Голландии одно стойло для коровы обходится больше чем в 20 тысяч долларов. Это, конечно, не могло не наполнить меня чувством гор-

ре-



чи. Я уже не говорю о том, что после нашего торжественного открытия тут же стали вываливаться двери, линолеум заходил волнами, потекла сантехника.

Престиж больницы в то время был невысок. Оснащения почти никакого, больница не имела даже приличной биохимической лаборатории, все помещалось в двух маленьких комнатах, расположенных в клиническом корпусе. Правда, было два рентгеновских кабинета – на этом и строилась вся диагностика. Сюда часто свозили бесперспективных больных. Такая обстановка угнетающим образом сказывалась на настроении персонала. Людям здесь работать не нравилось, они не дорожили этим местом.

В какой-то момент меня осенило: для того, чтобы в жизни больницы что-то изменилось, надо, прежде всего, изменить психологию тех, кто здесь работает. После первого же обхода я собрал коллектив и поделился своими мыслями. Я сказал, что по московским меркам, мы небольшая больница, но нам и не надо тягаться с крупными городскими стационарами. Мы больница терапевтического профиля, все наши шесть отделений занимаются терапией, в этом формате мы, можно сказать, крупнейший терапевтический стационар столицы. Кроме того, в больнице проходит обучение большое количество студентов медицинского института и медучилища, что дает нам шанс превратиться в значимый научно-практический центр. Эта маленькая уловка позволила иначе взглянуть на свое место в городской системе здравоохранения. Да, было горько сознавать, что наша больница, одна из немногих в Москве, не имеет права именоваться клинической. Но к этому надо стремиться! Создали программу специализации отделений, сделал упор на соответствующее оснащение. Например, большинство поступающих пациентов составляли пульмонологические больные, значит, именно эту категорию надо лечить,

используя самые современные методики. Так было организовано эндоскопическое отделение с бронхоскопией, что сразу подняло уровень и диагностики, и терапии. Очень много сил было положено на создание современной бактериологической лаборатории. Далее, у нас было очень много пациентов с заболеваниями воспалительного характера, которые плохо поддавались существующим методам лечения. Мы нашли способ введения лекарственных препаратов в лимфатическую систему, что, во-первых, значительно уменьшило наши финансовые затраты на лекарства, а во-вторых, значительно улучшило результаты лечения. И, наконец, было организовано отделение гемосорбции. Параллельно с этим мы заключили договор с отделом гранулематозных заболеваний Института туберкулеза РАМН и вот уже скоро двадцать лет, как мы являемся научной базой, которой руководит профессор Евгений Иванович Шмелев. Вместе с ним пришла группа научных сотрудников, что позволило переименовать одно из терапевтических отделений в пульмонологическое. Вот так начиналась специализация. Пошли научные работы, статьи. Наши сотрудники стали защищать диссертации. Мы продолжали расширять диагностическую службу, усилили функциональную диагностику и сегодня наше отделение пульмонологии пользуется уважением не только среди лечебных учреждений Москвы, но даже и за ее пределами.

Достоянием последних шести лет стало создание центра, который занимается рассеянным склерозом. Раньше здесь было обычное неврологическое отделение, где средний показатель пребывания больного на койке превышал 30 дней. Складывалось такое впечатление, что больной уходил просто потому, что ему надоело здесь лежать. Основную группу составляли пациенты с заболеваниями периферической нервной системы. Мы попросили разрешение ГУЗМА специализироваться на этих заболеваниях, заключили договор с Институтом рефлексотерапии, затем и с Институтом физиотерапии и традиционных методов лечения.

Совместно разработали ме-

тодики по неотложной помощи больным, начиная с момента поступления в больницу и заканчивая последующими курсами реабилитации. Ввели мануальную терапию, различные методики массажа. Теперь наши пациенты уже через три недели выписываются с хорошими результатами.

Сейчас в Центре грядут большие перемены. Стационарное отделение закрывается на капитальный ремонт, оно будет серьезно реконструировано, появятся новые помещения, процедурные, палаты дневного пребывания. Покупаем новую мебель, новые функциональные кровати. Будем стараться переделать все так, чтобы было удобно больным с двигательными расстройствами.

– Сколько же всего сейчас отделений в больнице?

– Шесть. Два кардиологических, одно из них с реанимационным 12-коечным блоком, специализировано для больных с инфарктом миокарда. Есть у нас и общетерапевтическое отделение со специализацией по гастроэнтерологии. Здесь работают высококвалифицированные специалисты, уровень обследования достаточно высок. О пульмонологическом отделении и отделении рассеянного склероза я уже говорил. Стоит сказать и об отделении паллиативной онкологии. Здесь, наряду с практической работой, ведется большая по объему и значению научная работа. Ежегодно проходят конференции с международным участием, издается журнал. И все это проходит у нас здесь. Сегодня принципы паллиативной медицины выходят за рамки онкологии, они успешно применяются у тяжелых хронических больных, которых медицина практически лечить уже не может. С помощью паллиативных методов можно существенно улучшить качество жизни пациентов. Это один из главных принципов современной медицины. Сейчас в Москве и в регионах развивается сеть учреждений паллиативной медицины, а мы являемся научным центром, который оказывает им методическую помощь.

О стационарной части нашей больницы, пожалуй, все. Практически на каждом этаже больницы находится та или иная кафедра. В пульмонологии – Институт туберкуле-



за РАМН, в терапии, которая специализируется по гастроэнтерологии – кафедра эндоскопии, в неврологии – кафедра неврологии и нейрохирургии РГМУ, в кардиологических отделениях – кафедры кардиологии Московского государственного медицинского университета, наконец, в паллиативной терапии находится кафедра Института онкологии им. Герцена. В неврологии, кроме названной кафедры, есть еще и кафедра физиотерапии и традиционных методов лечения.

– То есть больница, не увеличивая количества коек, старается лучше их использовать?

– Мы даже взяли курс на некоторое их сокращение. Но вот что интересно! Количество коек мы несколько снизили, но работать они стали интенсивнее. Если двадцать лет назад, когда у нас было до 420 мест, мы пролечивали за год 4000 больных, то сегодня, имея 320 коек, мы пролечиваем более 6000 пациентов.

В едином комплексе со стационаром действует консультативная поликлиника, где принимают пульмонологи, неврологи, гастроэнтерологи и врачи других специальностей. У нас большие возможности в рентгенологии, где сегодня внедряются цифровые и телекоммуникационные технологии, мощная лабораторная служба – биохимия, иммунология, экспресс-лаборатория. Работает на базе больницы и Координационный центр по пересадке органов, о котором ваша газета уже писала.

– Вам, наверное, приятно посмотреть на дело своих рук, вспомнить былые...

– Прошедшие годы я воспринимаю с умеренным удовлетворением. Самым трудным для меня было научиться терпеть. Я человек темпераментный, мне нужно все быстро, а быстро ничего не получается. Сделать все то, о чем я вам так подробно рассказывал, отняло двадцать лет моей жизни, а ведь можно было бы сделать это вдвое, втрое быстрее, лучше. И до сих пор у меня нет ощущения сделанного до конца, вполне завершенного.

Самое яркое впечатление от знакомства с городской клинической больницей № 11 – ее насыщенность современной диагностической аппаратурой и специалистами, которые этой техникой владеют в совершенстве. По количеству научных работ, по их весомости, больница действительно напоминает научно-исследовательский центр. Мы, конечно же, не сможем побывать всюду, но постараемся дать читателю представление об основных новациях, которые здесь присутствуют.

На меня произвели огромное впечатление биохимические автоматы «Витрос», позволяющие с большой точностью проводить огромное количество биохимических анализов – до 600 исследований в смену. Если учесть, что на одного больного приходится в среднем по 15 исследований, то за рабочий день можно обследовать более 200 больных. Это очень впечатляющая цифра. Все ферменты, белок, креатинин, глюкоза, электролиты, холестерин, железо – не перечислить всех показателей, которые определяются с помощью этой умной техники. Автоматы просто не умеют работать плохо, некачественно.

Побывали мы и в микробиологической лаборатории, только что отремонтированной и хорошо оснащенной. Лабораторное отделение – надежная основа диагностики, поэтому

справедливо, что ей уделяется такое большое внимание. Это же относится и к великолепной

рентгенологической службе больницы. Руководит ею старейший московский рентгенолог, профессор Николай Ульянович Шнигер. В его руках сегодня – первоклассная компьютерная техника, позволяющая передавать цифровое изображение в любую клинику страны и мира. Делается снимок любого органа, рентгеновское изображение переводится в цифровой формат и передается на станцию обработки изображения. Все это хранится в памяти компьютера и может быть в любой момент востребовано. Когда я спросил у профессора-рентгенолога – что же они сегодня имеют, он ответил кратко и эмоционально:

«Мы здесь имеем сказку».





ВСЕМ ЦЕНТРАМ – ЦЕНТР

Московский городской центр рассеянного склероза был организован решением Комитета здравоохранения Москвы в 1998 году. Возглавляет его профессор Татьяна Леонидовна Демина. Центр является базой кафедры неврологии и нейрохирургии РГМУ, руководит которой академик РАМН Е. И. Гусев – научный консультант Центра.

В Москве около шести тысяч больных рассеянным склерозом (из расчета 50 на 100 тысяч населения). Жители столицы в Центре принимаются, обследуются и лечатся бесплатно. Можно без всякого преувеличения сказать, что врачи для больных здесь делают все, что могут и еще немного сверх того. Здесь несчастные люди обретают надежду, начинают жить более полноценной жизнью. Впрочем, слово Татьяне Леонидовне.

– Нам всем повезло, что выбор при организации Центра пал на ГКБ № 11, потому что Л. И. Бененсон очень хорошо понял проблему и львиная доля того, что сделано для наших больных – его заслуга. Мы занимались научно-диагностическими вопросами, а все хозяйственные решал он. Наш Центр единственный в России имеет стационар на 40 коек, 10 коек дневного стационара, поликлинику, на учете в которой состоят на данный момент 3000 больных рассеянным склерозом. А где же остальные? Есть несколько учреждений, где часть больных давно наблюдаются, в основном это кафедры мединституты – Института неврологии РАМН, ММА им. Сеченова, ведомственные поликлиники и больницы. И еще есть больные, которые прикованы к постели, точное их число в настоящее время уточняется. В будущем году мы планируем развивать паллиативную помощь такого рода больным. Как я себе это представляю? Создадим комиссию, в которую войдут врач Центра, представитель

общественной организации больных рассеянным склерозом, представитель органов социальной защиты. Соберем сведения из всех поликлиник города Москвы, дадим объявления через Интернет и пр. Такая бригада будет выезжать по адресу, выяснять какие проблемы у пациента (только ли медицинские, нужна ли социальная поддержка, уход?), а затем будет определен круг задач, которые надо решить применительно к данному больному. Раз в три месяца к больному будет выезжать врач, в остальное время – медицинская сестра – делать уколы, капельницы, перевязки – все, что нужно. Социальные работники ведут свою работу, Общество больных делает свою, мы свою. Есть смысл организовать все так, чтобы сконцентрировать данных больных вокруг нашего Центра. Этими больными надо обязательно заниматься. Среди них есть перспективные – если их лечить, то они смогут даже работать... Больные рассеянным склерозом живут до старости,

если не умирают от сепсиса, пролежней или истощения.

– Расскажите о природе этого заболевания, что нового о нем узнали ученые в последнее время?

– Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, которое возникает в молодом и среднем возрасте (15–40 лет). Особенностью болезни является одновременное поражение нескольких различных отделов нервной системы, что приводит к появлению у больных разнообразной неврологической симптоматики. Ещё одна особенность заболевания – ремиттирующее течение. Это означает чередование периодов ухудшения (обострения) и улучшения (ремиссии). Со временем многие из этих больных становятся глубокими инвалидами, прикованными, как правило, к коляске. Это очень тяжело и для самого человека, и для



семьи – кто-то должен о нем все время заботиться, ухаживать, лечить.

Рассеянный склероз – довольно распространенное заболевание. В мире этих больных около двух миллионов, в России – около 150 тысяч. Известно, что риск развития РС связан с местом проживания, принадлежностью к определенной расе, этнической группе. В большей степени болезнь распространена среди лиц белого населения Земли, она редко встречается в Японии, Корее, Китае. Статистический анализ показал, что чаще рассеянным склерозом болеют женщины, и у женщин заболевание начинается в среднем на 1–2 года раньше, а у мужчин преобладает неблагоприятная прогрессирующая форма его течения.

Причина возникновения рассеянного склероза точно не выяснена. На сегодняшний день наиболее общепринятым является мнение, что рассеянный склероз может возникнуть в результате случайного сочетания у данного человека ряда неблагоприятных внешних и внутренних факторов. К неблагоприятным внешним факторам относятся частые вирусные и бактериальные инфекции, влияние токсических веществ, радиации, особенности питания, геоэкологическое место проживания – особенно велико его влияние на организм детей, травмы, частые стрессовые ситуации. К внутренним – генетическая предрасположенность.

Исследованиями последних лет подтверждено обязательное участие иммунной системы – первичной или вторичной – в патогенезе рассеянного склероза. Нарушения в иммунной системе связаны с особенностями набора генов, контролирующих иммунный ответ. У больных рассеянным склерозом разных национальностей и этнических групп генетическое своеобразие может обуславливать особенности дебюта заболевания, клинических форм, типа лечения, длительности и исхода заболевания.

– Какие лекарственные средства используются для лечения РС?

– При лечении обострений и при прогрессирующем течении рассеянного склероза применяют кортикостероидные препараты, АКТГ и его аналоги. Это преднизолон, ме-

тилпреднизолон, метипредмедрол, солумедрол (метилпреднизолона суццинат Na), депо-медрол, дексаметазон, кортизол. Указанные препараты сокращают длительность и выраженность воспалительного процесса, обладают иммуносупрессивным действием.

Механизмы иммуносупрессивного действия заключаются в уменьшении содержания активированных иммунокомпонентных клеток, влиянии на клеточный иммунитет, уменьшении образования аутоантител. Противовоспалительное действие связано, прежде всего, со снижением проницаемости сосудов и ГЭБ за счёт торможения синтеза простагландинов. Вследствие снижения проницаемости эндотелия капилляров улучшается микроциркуляция и уменьшается экссудация лейкоцитов и других клеток в очаге воспаления. Оптимальный эффект КС и АКТГ достигается правильно подобранной схемой введения и дозой препаратов. Наиболее целесообразна пульс-терапия высокими дозами кортикостероидов внутривенно с последующим постепенным снижением дозы.

При первично или вторично прогрессирующем РС наряду с кортикостероидами применяют цитостатики, такие, как азотиоприн, кладрибин, метотрексат, циклофосфамид. Однако, учитывая выраженные побочные действия этих препаратов, связанные с угнетением костномозгового кроветворения, их назначение оправдано при кортикостероид-резистентных формах рассеянного склероза. При тяжелом, прогрессирующем течении заболевания возможно сочетание кортикостероидов и цитостатиков.

В последние десятилетия появились препараты, которые могут в корне изменить течение рассеянного склероза. Препараты иммуномодулирующего действия Бетаферон, Копаксон, Ребиф и Авонекс, которые мы сегодня используем, затормаживают прогрес-

сирование патологического процесса при РС. Если до назначения этих препаратов у больных бывало два-три обострения в год, а каждое обострение – это новый симптом, новый шаг к инвалидизации, то при использовании этих препаратов у больных в 30% случаев обострений не бывает вовсе, у 60% – обострения становятся гораздо реже, а выраженность их слабее.

В мире опыт применения таких препаратов гораздо больше нашего. В 1998 году мы в первый раз получили централизованно закупленный Комитетом здравоохранения Бетаферон на 75 больных, которых мы тщательно отбирали специально организованной комиссией. Большинство больных из этой группы получают Бетаферон до настоящего времени. Наряду с Бетафероном Комитет здравоохранения закупает препарат Копаксон, который наши больные также получают бесплатно.

– Что представляет собой Общество больных рассеянным склерозом?

– Это московское общество больных РС – часть российского, самая его активная часть, наряду с питерским. Это больные и их родственники, которые занимаются социальными проблемами. Совместно с ними мы несколько раз в год проводим школу, где собираем всех желающих. Сажаем всех в зале, отвечаем на вопросы, читаем лекции о природе заболевания, о том, как вести себя больным, учим как жить с этим заболеванием, куда обращаться, если что-то случается, сообщаем о новых возможностях в социальном плане.

Какие проблемы занимают нас сейчас в первую очередь? Самое основное – паллиативная помощь, которую мы хотим организовать для тяжелых больных. Второе, что нас заботит – надо здесь, в Центре, иметь кабинеты для работника социальной сферы и юриста, чтобы каждый больной, приходящий сюда, мог одновременно с медицинской помощью решить и эти вопросы.

Рассеянный склероз сейчас значительно помолодел, встречается и у детей, которыми занимается Институт педиатрии. Мы сегодня, благодаря всем, кто нам помогает, идем в ногу с мировым уровнем. Этим можно гордиться, но на этом нельзя останавливаться.





ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Отделение паллиативной онкологии ГКБ № 11 – не хоспис. Здесь делают акцент на медицинскую сторону этой нелегкой проблемы: разрабатывают новые методы лечения, обобщают и адаптируют зарубежный опыт, читают лекции, проводят занятия с врачами. Обо всем этом – в беседе с зав. отделения Марком Азриельевичем Вайсманом, кандидатом медицинских наук, доцентом курса паллиативной помощи при кафедре онкологии ФПО ММА им. И. М. Сеченова.

– Чем вы можете помочь больному?

– К нам попадают пациенты, которым дома боль снять невозможно даже большими дозами морфина. Мы снимаем нестерпимую боль, подчеркиваю – именно нестерпимую, потому что слабую, умеренную и даже сильную боль снять достаточно просто, но, к сожалению, не все наши врачи умеют грамотно это делать.

– Паллиативная помощь (переводится как защищающая, поддерживающая) имеет свою идеологию, определенное содержание. Как нас ни назови – хосписом, отделением паллиативной помощи, кабинетом противоболевой терапии – все это проявление философии, которая заключается в следующем: мы стараемся помочь людям тогда, когда бессильны методы лечения, направленные на само заболевание. То есть, остается борьба за улучшение качества оставшейся жизни. Хоспис – структура медико-социальная, там обстановка, приближенная к домашней, персонала побольше, а у нас – медицинское учреждение и на сорок тяжелых больных, из которых 90% лежачих, всего три-четыре медицинские сестры.

На базе нашего отделения существует курс паллиативной помощи, которым руководит профессор Георгий Андреевич Новиков. Мы учим терапевтов-онкологов снимать нестерпимую боль – схемы достаточно просты и доступны. Разработаны и внедрены новые методики, например, регионарные методы обезболивания, различные виды блокад, включая пролонгированную перидуральную анестезию. У наших пациентов катетеры фирмы «Портекс» стоят до полугода, не вызывая воспаления. Мы стараемся применять новые местные анестетики, вводить их через дозаторы, проводить катетеры под кожей, что тоже уменьшает риск развития воспаления.

На базе нашего центра проходят апробацию новые препараты – и те, что разрабатываются в нашей стране, и зарубежные. Например, за границей довольно давно используется препарат, представляющий собой трансдермальную систему: пластырь наклеивается на кожу, действует 72 часа. Появился у нас достаточно эффективный отечественный препарат – Бупранал. Пока он используется в форме инъекций, но мы надеемся, что появятся и трансдермальные системы и подъязычные таблетки. Инъекции наши пациенты не очень любят – дополнительная боль им ни к чему.

Еще одно направление в лечении хронической боли – инструментальное. Мы сейчас занимаемся нейростимуляцией спинного мозга через специальные электроды, которые созданы на базе НИИ нейрохирургии им. Бурденко. Они гораздо дешевле импортных аналогов, мы их закупили и начали осваивать.

Кроме боли у наших больных есть и другие симптомы, с которыми тоже надо бороться. Это тошнота, рвота, запоры, которые возникают при применении опиатов. Был недавно случай, когда человек поступил в



сопорозном состоянии, с возбуждением из-за боли. Стали выяснять – что с ним, оказалось – стула не было в течение полутора недель. Делаем клизму, после чего человек приходит в сознание и боль уменьшается. Или другой случай: пациент поступил без сознания, выпустили мочу – сознание вернулось. Очень часто приходится бороться с сильной одышкой при плевритах, асцитах, двусторонних поражениях легких. Здесь очень важно уметь помочь в разных ситуациях.

– Вы помогаете только больным в терминальной фазе?

– Нет, конечно. Симптоматическая терапия должна сопровождать больного с самого начала болезни. Мы проводим у себя паллиативную фотодинамическую терапию – уменьшаем кровотечение из распадающейся опухоли, лечим пролежни, трофические язвы, развивающиеся после лучевой терапии.

– Что мешает более широкому распространению методов паллиативной помощи?

– В России создана и развивается структура паллиативной помощи. Если бы мы с вами разговаривали лет пять назад, все было бы гораздо печальнее. Сейчас действует около 180 структур в регионах – это хосписы, кабинеты противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи. С каждым годом их число растет. В Москве недавно открылся хоспис в Северном округе, в Южном Бутово заканчивается строительство, в Северо-Восточном округе тоже. Сеть расширяется, но насколько качественно там оказывается помощь, сказать пока трудно. Что касается обычных стационаров, то особого желания активно внедрять там эти методы мы пока не ощущаем. Многое зависит, конечно, от руководителей. Скажем, главный врач говорит: выпишите этот препарат, он дешевле. Так ли это? Вот элементарный пример нерационального мышления: трансдермальная система на фентаниле, один пластырь, стоит, грубо говоря, 10 рублей, а 10 ампул анальгина стоят, положим, рубль. Начальнику кажется, что ампулы выгоднее. Но пластырь наклеил на 72 часа и все, больному хорошо. А инъекции надо делать, посылать к больному медсестру, использовать шприц и т. д. Вот вам и эко-

номия. Так что самое сложное – изменить привычную психологию, изжить лень, наплева- тельское отношение к больным людям.

– А есть ли такая специальность – врач паллиативной медицины?

– Пока нет, но со временем, видимо, появятся кафедры по этой отрасли медицины, а, значит, будет и специальность. Она нужна, поскольку врач общего профиля редко задумывается о вопросах качества жизни больного.

– Почему вопросами обезболивания не занимаются сами онкологи?

– У них другая психология. Мне, анестезиологу, и то в свое время пришлось ломать психологию. Мы привыкли бороться с острой болью просто: сделать укол и все. Что такое хроническая боль, понимаешь не сразу. Приходилось, что называется, бить себя по рукам и не спешить делать блокады и перидуральные анестезии. Ведь боль можно снять проще и с меньшими осложнениями. Онкологи привыкли оперировать цифрами излеченных больных, а какова цена этого излечения, какие страдания переносят больные, это остается как бы за кадром.

– Судя по всему, все ваши больные – онкологические?

– Сегодня – да. Но заветная мечта профессора Новикова – распространить эти принципы на лечение других групп больных. Поэтому наш журнал называется «Паллиативная медицина и реабилитация». По сути, вся медицина паллиативна. Что делать больным с фантомными болями? Что делать больным с запущенными формами сахарного диабета, где очень сильны нейропатические боли? Инсультные больные? Список можно продолжать до бесконечности. И ведь эти больные живут дольше, чем онкологические, а, значит, и страдания у них более длительны.



– Что собой представляет Фонд паллиативной помощи?

– Президент фонда профессор Г. А. Новиков, он же – его создатель. Фонд издает журнал и методические пособия, проводит различные конгрессы, если есть деньги – приобретает препараты и средства по уходу за больными в стационаре. Недавно купили кровати с дистанционным управлением, каждая стоит примерно \$4000. Фонд существует на благотворительные пожертвования – частные и от организаций.





Поблагодарив своего собеседника, я отправился в отделение пульмонологии. Знал бы я тогда, что через неделю стану его пациентом! Конечно, болеть – не сахар, но зато я точно знаю – все, что сказано в репортаже – чистая правда. Заведует отделением прекрасный специалист, кандидат медицинских наук Людмила Борисовна Соколова. Вот что она рассказала.

– Наше отделение рассчитано на 60 больных, но часто работает с перегрузом. Отделение специализированное и поэтому около 80% пациентов – больные пульмонологического профиля. Поскольку больница скоромощная, то под маской пневмонии к нам может поступить практически любая патология: и инфекция, и туберкулез, и острые хирургические заболевания брюшной полости, и кардиологические болезни. Интенсивность работы в отделении очень высока: надо четко и быстро провести дифференциальную диагно-

ОТДЕЛЕНИЕ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

стику, при необходимости перевести больного в отделение соответствующего профиля. Даже если посмотреть нашу статистику, то у нас процент переводов в другие стационары выше, чем в других отделениях. Возрос процент выявляемости туберкулеза органов дыхания. Скажем, ежемесячно 3–4 пациента с туберкулезом переводятся в специализированные учреждения.

Первое место среди поступающих больных занимают пациенты с хронической обструктивной болезнью легких, с бронхиальной астмой и пневмонией. У нас есть возможность продолжить лечение амбулаторно в пульмонологической поликлинике или в отделении дневного стационара.

При больнице создан Респираторный образовательный центр для больных бронхиальной астмой. Мы достаточно часто сталкиваемся с неграмотностью наших пациентов. Они не умеют правильно пользоваться ингалятором, боятся назначения гормональных ингаляционных средств, не имеют пикфлоуметров. В результате – и лекарство тратится неэкономично и эффективность лечения страдает. Иногда требуется применение специального приспособления – спейсера, но большинство пациентов и даже врачи поликлиник не знают, что это такое. Все это мы и учим в Астма-школе. С помощью фирмы «ГлаксоСмитКляйн» мы можем снабжать больных литературой. Эта фирма принимала активное участие в организации образовательных респираторных центров в Москве.

– Как тесно работа отделения связана с наукой?

– Очень тесно. Пульмонологическая служба усилена сотрудниками Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН под руководством профессора Евгения Ивановича Шмелева, который возглавляет отделение легочных грануломатозов ЦНИИТа. На базе больницы расположена кафедра Московского Государственного Медицинского университета под руковод-

ством профессора В. С. Задионченко. У нас постоянно идет совместная научная работа, пишем статьи, посылает тезисы на различные пульмонологические конгрессы. Сейчас у меня приняты тезисы на конгресс, который состоится в Стокгольме, надеюсь, что смогу принять участие в его работе. Так что научная жизнь идет достаточно активная.

– Каковы диагностические возможности отделения?

– У нас прекрасная функциональная диагностика. Мы можем проводить все интересующие нас исследования, включая спирометрию, исследование потока и объема, бодиплетизмографию, определение диффузии, проведение провокационных и бронхопазмолитических проб. У нас великолепное рентгенологическое оборудование, есть иммунологическая лаборатория, бактериологическая лаборатория, эндоскопический кабинет, где работает высококвалифицированный бронхолог профессор В. В. Борисов, есть отделение экстракорпоральных методов лечения. Для городской больницы, я думаю, диагностические и лечебные возможности достаточно широкие.

– Вернемся к проблемам больных бронхиальной астмой. С какими ошибками врачей поликлиник вам приходится сталкиваться?

– Я уже говорила – в поликлиниках не проводится разъяснительная работа с больными о том, как правильно пользоваться дозированным ингалятором, спейсером, пикфлоуметром. На амбулаторном этапе диагноз бронхиальной астмы часто не могут установить, вследствие этого отодвигается и начало базисной терапии. А если препараты и назначают, то доза ингаляционных глюкокортикостероидов чаще всего бывает недостаточной и не соответствует степени тяжести болезни. Хотя по этому вопросу имеются четкие методические указания.



СОРТИРОВКА ЛЕГОЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Доктор медицинских наук профессор Валерий Викторович Борисов, заведующий бронхологическим кабинетом больницы и консультант отделения пульмонологии посвятил вопросам дифференциальной диагностики легочных заболеваний более 40 лет. Больные говорят, что тот, кто хоть раз прошел бронхоскопическое обследование у него, не захочет идти ни к кому другому. Борисов внедряет бронхологические исследования легких с начала 70-х годов. Главная идея, выдвинутая им: больной должен быть обследован еще на догоспитальном этапе, амбулаторно. Пропускная способность амбулаторного этапа значительно выше этапа госпитального, поэтому больной оказывается на нужном месте значительно раньше. Эта методика была широко опробована профессором Борисовым в Институте хирургии им. А. В. Вишневского.

— Эти годами проверенные принципы я решил внедрить и здесь. В эндоскопическом отделении у нас есть манипуляционный кабинет, где мы проводим бронхологические исследования и различные виды пункционной биопсии, рентгеновская служба, эндоскопическая, цитологическая лаборатория. Это позволяет нам у 85–87% больных ставить диагноз в течение ближайших дней, а у 70% из них — в первый же день. Мы решили взять на себя обследование больных Северного и Северо-Восточного округов Москвы, зная, что в поликлиниках таких возможностей нет. Собрали всех главных врачей, их заместителей, заведующих рентгенологическими кабинетами и, в присутствии представителей Комитета здравоохранения, объяснили ситуацию. Здесь ведь нужна четкая методика отбора, возможность проводить дифференциальную диагностику. Диагноз поставлен, и больного нужно класть в больницу. Куда? Зная структуру здравоохранения Москвы, мне удается оперативно госпитализировать больных строго по на-

значению. То же самое с туберкулезными больными — мы теснейшим образом связаны с противотуберкулезным диспансером № 18, где работает профессор Е. В. Старостенко, мой, так сказать, идеологический союзник. Они направляют ко мне больных, мы их обследуем и, если надо, госпитализируем. За год у нас проходит 1200–1400 пациентов по легочной патологии. И, кроме того, заметьте — у нас больной за обследование не платит. Это очень важно.

— Как вы взаимодействует с другими отделениями больницы?

— Я ежедневно делаю обход пульмонологического отделения, смотрю всех сложных больных. Но основная моя забота, повторюсь, те, кто приходит к нам амбулаторно. Вот сегодня был молодой человек, 1964 года рождения, у него округлый фокус в легком. Скорее всего, это рак. Надо строить дальнейшую тактику исследования, диагноз должен быть немедленно уточнен. Нужны клетки! Конкретная схема лечения зависит от морфологического диагноза. Надо достать клетку и исследовать ее. Дифференциальный диагноз — это сорти-



ровка! И она должна проводиться оперативно на догоспитальном этапе.

Почему мне в этой больнице хорошо и удобно работать? Я могу развиваться, выдвигать идеи, при этом я всегда нахожу понимание у главного врача. Он разумный человек, что сейчас встречается не часто. А еще он великий труженик — постоянно что-то делает, делает, делает. Вот сейчас освободилось помещение — решили организовать новое эндоскопическое отделение, компактное, на современном уровне, уже получили аппаратуру.

Я слушал профессора Борисова и думал о завидной способности Л. И. Бененсона находить кадры и создавать им условия для работы. К сожалению, такое встретишь не часто. Видимо, главный врач — профессия, для которой нужен особый талант, научить этому почти невозможно.

В завершение хочется пожелать коллективу больницы новых успехов в работе на благо столичного здравоохранения, а нашему герою-юбиляру — здоровья, счастья, удачи во всех начинаниях.

Материалы этого номера подготовил Михаил Кукулевич. Фото Владимира Бахарева



КОПАКСОН В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Т. Л. Демина, Московский центр рассеянного склероза, кафедра неврологии и нейрохирургии РГМУ

В последнее десятилетие появился ряд новых иммуномодулирующих препаратов, существенно изменяющих течение рассеянного склероза (РС), что было доказано в клинических испытаниях двойным слепым методом. К таким препаратам наряду с интерферонами-бета (бетаферон, ребиф, авонекс) относится глатирамер ацетат (Копаксон-Тева). Механизм действия копаксона отличается от действия β -интерферонов. Копаксон вытесняет основной белок миелина из связи с главным комплексом гистосовместимости второго класса на антигенпредставляющих клетках. Реакция осуществляется по типу конкурентного взаимодействия. Образующаяся связь антигенпредставляющая клетка – копаксон прочнее, чем с основным белком миелина.

Таким образом, копаксон играет роль «ложной мишени». При этом запускается каскад иммунологических реакций: возникает популяция специфичных к копаксону Т-супрессорных клеток, которые секретируют противовоспалительные цитокины и перекрестно реагируют с ОБМ. В участках воспаления в мозге эти клетки реактивируются ОБМ, что приводит к выработке противовоспалительных цитокинов (интерлейкинов 4, 6, 10, трофического ростового фактора – бета). Эти цитокины уменьшают локальное воспаление путем подавления местного воспалительного Т-клеточного ответа. Накапливаются противовоспалительные клетки Т-хелперы второго типа (Th_2), что постепенно приводит к подавлению провоспалительной системы.

По данным мета-анализа трех плацебо-контролируемых клинических испытаний копаксон уменьшает частоту обострений на 27% у больных с различной степенью инвалидизации по сравнению с уровнем обострений за два года до лечения. При лечении копаксоном отмечается стабильный многолетний эффект. По данным Американского пилотного исследования при 6-летнем наблюдении за 261 больным отмечено, что в течение 6 лет частота обострений снижается на 72%, у 26% пациентов, получавших копаксон, не наблюдалось обострений в течение всех 6-ти лет; риск возникновения нового обострения составляет менее, чем 1 за 4 года по сравнению с 1,5 ежегодно до лечения копаксоном. У большинства пациентов при этом отмечается стабилизация неврологического статуса.

Ежемесячный анализ новых очагов был проведен в 9-месячном двойном слепом рандомизированном исследовании плаце-

бо-контролируемого влияния копаксона на активность и тяжесть заболевания. Он показал, что по данным МРТ у 239 пациентов с ремиттирующей формой РС копаксон уменьшает число новых очагов, на 50% уменьшается число старых, превращающихся в стойкие «черные дыры», общее число контрастируемых очагов достоверно уменьшается на 29%. То есть динамика очагов на МРТ соответствует уменьшению частоты обострений.

Данных о наличии нейтрализующих антител к копаксону, которые с течением времени уменьшали бы его клинический эффект, не получено. Наряду с этим отмечен благоприятный профиль безопасности: в течение 6 лет лечения сообщалось о небольшом количестве побочных эффектов: местные и общие вегетативно-сосудистые реакции.

В Москве также были проведены открытые пострегистрационные клинические испытания копаксона у 32 больных РС в трех ведущих клиниках: кафедра неврологии и нейрохирургии РГМУ (Московский центр рассеянного склероза), кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова, нейроинфекционное отделение НИИ неврологии РАМН. Для оценки эффективности препарата применялись общепринятые для клинических испытаний критерии: клинический осмотр с использованием специальных шкал степени инвалидизации, МРТ, электрофизиологические методы, нейропсихологические тесты. Все больные были с ремиттирующим течением заболевания, обследование проводилось каждые 3 месяца.

В результате проведенного исследования установлено, что в ходе двухлетнего использования копаксона, так же как и после первого года его применения, у больных РС достоверно уменьшилась частота обострений на 70,8% и 86,5%, соответственно.

При этом обострение заболевания зарегистрировано у 7 больных на первом году лечения, у 12 – на втором году, причем среди последних у двух пациентов было по два обострения.

При анализе динамики степени инвалидизации по шкале EDSS установлено, что после первого года использования копаксона имело место статистически достоверное уменьшение, по сравнению с исходной, ее степени на 14,7%.

Оценивая изменения EDSS за весь период исследования, можно отметить, что суммарный показатель степени инвалидизации у наших больных не изменился.

Однако отмечена тенденция к уменьшению степени выраженности неврологического дефицита в исследованной группе больных.

Следует отметить, что положительная динамика со стороны неврологического статуса наблюдалась, главным образом, за счет уменьшения двигательных нарушений, атаксии, тазовых расстройств и нистагма, а также в результате повышения работоспособности пациентов.

Обращает на себя внимание хорошая переносимость препарата. Побочные эффекты при лечении копаксоном отмечены только у 10 пациентов на первых этапах лечения, в том числе у 8 – местного характера, у 2 – общего. Местная реакция проявлялась умеренной гиперемией и болезненностью или легким жжением в месте инъекции в течение 10–15 минут после процедуры в первые 1–2 месяца лечения. В дальнейшем имело место уменьшение выраженности этих реакций и полное их исчезновение. Общая постинъекционная реакция наблюдалась однократно у 2-х больных при 2-м и 3-м введении препарата в виде чувства головокружения и общей слабости. Эти состояния были кратковременными и самостоятельно купировались.

Таким образом, клинические данные показали, что копаксон эффективно влияет на течение ремиттирующей формы РС, предупреждая развитие обострений, снижая их число, и замедляет прогрессирование инвалидизации при минимальных и кратковременных побочных эффектах.

Клинический эффект был подтвержден данными МРТ-исследования.

На фоне лечения у 83,9% пациентов отмечалась статистически достоверная стабилизация (отсутствие новых очагов демиелинизации) или улучшение состояния по данным МРТ, ухудшение состояния – в 16,1%. Положительная динамика отмечалась в основном за счет уменьшения количества малых очагов. Отмечалось статистически достоверное снижение активности болезни в виде уменьшения в размерах старых очагов и уменьшения количества контраст-накапливающих очагов на 70%, причем последнее свидетельствовало о снижении степени проницаемости гематоэнцефалического барьера.

Таким образом, открытое двухлетнее исследование копаксона у больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза показало положительное влияние на все анализируемые параметры.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЕТА-ИНТЕРФЕРОНОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Т. Л. Демина, Н. В. Хачанова, Московский центр рассеянного склероза, кафедра неврологии и нейрохирургии РГМУ

Новым подходом к селективной иммунокоррекции при рассеянном склерозе (РС) является направленное воздействие на избыточную продукцию активирующих цитокинов и стимуляцию выработки *in vivo* противовоспалительных цитокинов. К препаратам, основным действием которых является влияние на цитокиновый обмен, относятся препараты бета-интерферона, доказавшие клиническую эффективность в ходе мультицентровых клинических испытаний двойным слепым методом.

Существует два типа бета-интерферона, используемых для лечения РС – это бета-интерферон-1b (Бетаферон) и бета-интерферон-1a (Ребиф, Авонокс). Все препараты получены методом рекомбинантного синтеза на основе ДНК человека, только интерфероны-бета-1a клетками млекопитающих, а интерферон-бета-1b синтезируется бактериальной клеткой. Бетаферон вводится через день подкожно в дозе 8 ММЕ, Авонокс 1 раз в неделю внутримышечно в дозе 6 ММЕ (30 мкг), а Ребиф рекомендован 3 раза в неделю подкожно в двух лечебных дозах – 6 ММЕ (22 мкг) и 12 ММЕ (44 мкг).

Назначение Бетаферона и Ребифа показано больным с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим течением РС и показателем EDSS до 6,5 баллов, а Авонокса пациентам только с ремиттирующим течением заболевания и суммой баллов неврологического дефицита по шкале EDSS до 3,5 баллов.

Был проведен непрямой сравнительный анализ эффективности этих препаратов по основным критериям, которые были использованы в протоколах клинических испытаний каждого препарата. Согласно первичным критериям клинической эффективности бета-интерферона при ремиттирующем течении заболевания после 2-х лет лечения наблюдалось: уменьшение частоты обострений в год после лечения препаратом Бетаферон на 34%, Ребифом в дозе 22 мкг и 44 мкг на 32% и 29% соответственно, а препаратом Авонокс на 18%; увеличение количества пациентов без обострений заболевания на 95% (Бетаферон), 100% (Ребиф 44 мкг), 69% (Ребиф 22 мкг) и на 42% (Авонокс).

Анализ результатов клинической эффективности применения всех трех препаратов при ремиттирующем течении РС в течение 2-х лет по вторичным критериям показал: увеличение времени до наступления первого обострения от начала исследования на 113% после лечения Ребифом 44 мкг, на 86%, 70% и 31% после лечения препаратами Бетаферон, Ребиф 22 мкг и Авонокс соответственно; уменьшение частоты средних и тяжелых обострений на 49% (Бетаферон), на 37% и 28% (Ребиф 44 и Ребиф 22 соответственно); оценка тяжести заболевания по данным MPT показала уменьшение количе-

ства активных очагов на 83% (Бетаферон), 78% и 67% (Ребиф 44 и Ребиф 22 соответственно) и на 52% (Авонокс).

В настоящее время для лечения пациентов с вторично-прогрессирующим течением заболевания показаны два препарата бета-интерферона – это Бетаферон и Ребиф 44 мкг. В проведенных клинических испытаниях этих препаратов при вторично-прогрессирующем течении РС первичным критерием эффективности было *время наступления подтвержденного прогрессирования заболевания*.

Наиболее важным достижением исследования Бетаферона при вторично-прогрессирующем течении РС в медицинских центрах Европы после 3-х лет применения было приостановление дальнейшего развития болезни независимо от исходной степени инвалидизации и наличия или отсутствия обострений.

Исследование эффективности Ребифа при вторично-прогрессирующем течении РС показало эффективность препарата в дозе 44 мкг только у пациентов с активным течением болезни, т. е. с сохраняющимися обострениями заболевания.

Оба исследования подтвердили, что эффекты бета-интерферона на активность заболевания при вторично-прогрессирующем РС отражают подобные сообщения при ремиттирующем течении заболевания. Положительные клинические данные подтверждаются данными MPT в виде достоверного снижения количества активных очагов и уменьшения общего объема очагового поражения головного мозга.

Недавно проведены два прямых рандомизированных сравнительных исследования оценки эффективности Бетаферона и Авонокса (INCOMIN), в котором участвовало 188 пациентов, и Ребифа и Авонокса (EVI-DENCE), в котором приняли участие 677 больных. Критериями эффективности в данных исследованиях явились: *уменьшение частоты обострений в год, увеличение пропорции пациентов без обострения заболевания, уменьшение образования новых активных очагов и общего объема очагового поражения головного мозга*. Сравнительный анализ этих двух исследований показал, что клинический эффект препарата зависит от дозы и кратности введения лекарственного средства. **Высокие дозы бета-интерферона, вводимые 3 раза в неделю более эффективны, чем низкие, вводимые 1 раз в неделю. Метод введения – в/м или п/к – не влияют на эффективность препаратов.**

Таким образом, результаты проведенных клинических испытаний всех трех препаратов бета-интерферона, а также их сравнительный анализ показали:

- все три препарата бета-интерферона достоверно снижают частоту обострений при ремиттирующем течении РС и замедляют прогрессирование инвалидности, их применение позволяет уменьшить число госпитализаций и проведение курсов кортикостероидной терапии;
- эффективность препаратов бета-интерферона зависит от дозы: максимальный эффект обеспечивается максимально высокой переносимой дозой препарата;
- клинический эффект препаратов в организме зависит от режима введения;
- уровень бета-интерферона в организме должен поддерживаться на определенной границе в течение всей недели;
- лечение должно быть продолжительным: патологический процесс при РС остается чувствительным к терапии бета-интерфероном длительное время;
- раннее начало лечения препаратами бета-интерферона уменьшает накопление неврологического дефицита и отодвигает наступление инвалидизации.

Все бета-интерфероны нередко вызывают достаточно широкий спектр побочных эффектов, особенно в первые 2–3 месяца лечения. Наиболее существенными из них являются местные кожные реакции в виде покраснения, отечности, болезненности места инъекции и гриппоподобные симптомы в виде недомогания, озноба, миалгий, повышения температуры. Однако эти явления со временем исчезают, а их возникновение можно предупредить. Для купирования гриппоподобного синдрома целесообразно использование парацетамола, ацетаминофена, ибупрофена за 4 часа до инъекции, во время инъекции и через 4 часа после инъекции бета-интерферона. В ряде стран для уменьшения частоты и выраженности гриппоподобных реакций в течение первых 2–4 недель препарат назначают в половинной дозе. Некоторыми исследователями предложено у больных с отсутствием эффекта от одного парацетамола, использовать совместно с парацетамолом преднизолон в дозе 10–30 мг/сут в течение 2-х недель.

Для предупреждения или уменьшения выраженности местных реакций рекомендуется обучить пациента правильно выполнять подкожные инъекции, прикладывать лед перед инъекцией, ротировать места инъекций. Возможно нанесение 2,5% лидокаином перед уколком на область предполагаемой инъекции. Следует обратить особое внимание пациента на необходимость полного растворения препарата и согревание его при комнатной температуре, обязательную смену игл для растворения и выполнения инъекции.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

В. В. Никода, д. м. н., ведущий научный сотрудник Российского научного центра хирургии РАМН

Повышение качества обезболивания является одним из актуальных направлений современной медицины. В рутинной практике едва ли представляется реальным предусмотреть все факторы, влияющие на эффективность и безопасность обезболивающей терапии. Тем не менее, следует учитывать важнейшие из них: характер основного заболевания; индивидуальная непереносимость лекарственных средств; предполагаемый патогенез боли; наличие заболеваний, при которых применение тех или иных анальгетиков противопоказано; возраст больного; возможность взаимодействия с другими лекарственными средствами; предполагаемая продолжительность обезболивающей терапии и т. д. Здесь следует подчеркнуть неоспоримость главенствующей роли патогенетического подхода в лечении боли.

В настоящее время существуют различные методы послеоперационного обезболивания, применение которых зависит от технической оснащенности, профессионализма медицинского персонала. Наряду с традиционными способами введения анальгетиков применяются трансдермальные наклейки, интраназальный спрей, лекарственные формы пролонгированного или быстрого действия и т. д. К методам «высоких технологий» обезболивания следует отнести регионарную анальгезию/анестезию. Для послеоперационного обезболивания у пациентов с инкурабельными онкологическими заболеваниями, а также в условиях амбулаторной практики, во многих странах мира широко применяется метод контролируемой пациентом анальгезии (КПА).

Основная цель сбалансированной (мульти-modalной) анальгезии – достижение максимального уровня обезболивания при комбинированном действии небольших доз нескольких препаратов, влияющих на различные уровни ноцицептивного процесса. При этом эффективность лекарственных средств, как правило, возрастает, а тяжесть побочных эффектов – снижается. Таких комбинаций лекарственных средств может быть очень много, поэтому выбор препарата имеет решающее значение.

У больных в послеоперационном периоде патогенетически обоснованным является применение представителей группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). После обширных хирургических вмешательств их назначение в качестве «базисных» анальгетиков позволяет уменьшить на 20–60% потребление опиоидов. Применение НПВС сокращает частоту возникновения нежелательных явлений, присущих «морфиноподобным» анальгетикам (парез желудочно-кишечного тракта, седацию), улучшает функцию внешнего дыхания (ЖЕЛ) и легочный газообмен, обеспечивает быстрое пробуждение больного в послеоперационном периоде.

При болях умеренной интенсивности, доступности приема анальгетиков *per os*, при отсутствии противопоказаний, обезболивание может осуществляться одним из представителей группы НПВС и «слабым» опиоидом.

Поликомпонентные анальгетики на основе ацетилсалициловой кислоты хорошо известны врачам. К одному из новых комбинированных анальгетиков относится «Нурофен Плюс» (Boots Healthcare International), представляющий собой сочетание ибупрофена (200 мг) и кодеина фосфата гемигидрата (12,8 мг – эквивалент 9,98 мг кодеина).

Остановимся на возможностях этого препарата подробнее.

Применение препарата у больных в послеоперационном периоде мы начинали после полного восстановления сознания и функции желудочно-кишечного тракта. «Нурофен Плюс» назначали по стандартной схеме – при болях по 1–2 таблетки, или в виде планового приема, при этом максимальная суточная доза ибупрофена не превышала 1200 мг. Длительность проведения обезболивающей терапии составляла от 2 до 12 дней (4±2 сут). В случае недостаточного обезболивания или отсутствия эффекта дополнительно назначали другие анальгетики: трамадол 100 мг или промедол 20 мг, подкожно. Важно отметить, что целью обезболивания являлось не только достижение хорошего эффекта у пациен-

тов в покое, но и уменьшение боли во время глубокого вдоха, откашливания мокроты и т. д.

В общей сложности «Нурофен Плюс» был применен у 30 пациентов, в том числе у 26 (87%) – с острой болью, обусловленной абдоминальными (преимущественно лапароскопическими), торакальными и внеполостными хирургическими вмешательствами или травмой опорно-двигательного аппарата. Препарат получали 24 женщины и 6 мужчин, в возрасте от 16 до 68 лет (в среднем по группе возраст больных и масса тела составили 48±14 лет, и 71±14 кг).

Боль умеренной интенсивности по вербальной шкале имела место у 22 (73%) пациентов, сильная – у 8 (17%) пациентов. В среднем по группе интенсивность боли по ВАШ составила 5,9±1 см.

Снижение интенсивности боли после начальной дозы «Нурофена Плюс» отмечалось между 30 и 60 мин, а максимальное действие наблюдалось через 1,5–3 часа. Длительность обезболивающего эффекта составила в среднем по группе 4,8±1,9 час. Адекватное обезболивание «Нурофеном Плюс» у пациентов с острой, преимущественно послеоперационной, болью было достигнуто после первого приема и по завершению курса обезболивания у 26 (87%) и 28 (97%) пациентов, соответственно.

«Нурофен Плюс» следует рассматривать в качестве эффективного анальгетика, который может применяться в условиях стационара «одного дня», в амбулаторной хирургии. Представляется оправданным его назначение у пациентов с болевым синдромом умеренной интенсивности, в раннем периоде после малоинвазивных хирургических вмешательств. Противопоказаниями к назначению «Нурофена Плюс» являются: повышенная чувствительность к любым представителям группы НПВС или любому из компонентов препарата, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, беременность, нарушения свертываемости крови, почечная и печеночная недостаточность, ХОЗЛ с признаками дыхательной недостаточности, возраст менее 12 лет.

Храм небесного покровителя врачей и больных

9 августа отмечается престольный праздник храма великомученика и целителя Пантелеимона при Центральной клинической больнице Министерства путей сообщения – день памяти Святого врача-целителя душ и тел.

Два года назад храм и все корпуса больницы были освящены Патриархом Московским и всея Руси Алексием II. Идея постройки церкви родилась по инициативе главного врача больницы Т. Н. Мещеряковой при поддержке Н. Е. Аксененко, занимавшего тогда пост министра путей сообщения и по благословению Святейшего Патриарха, который и совершил закладку храма.

Великомученик Пантелеимон – это Святой Целитель – поскольку, во-первых, он был профессиональным врачом, а во-вторых, ему был дан Господом благодатный дар исцеления тяжких недугов Словом Божиим.

Успешно и бескорыстно врачую страждущих, больных, убогих, нищих, узников, но особенно христиан, которыми во времена римского императора Максимиана (284–305 гг. н. э.) были переполнены все тюрьмы, он прославился как целитель не только тел, но и душ и по зависти человеческой пролил кровь свою за Христа.

Святые мощи великомученика частичками разошлись по всему миру. Его честную Главу, находящуюся ныне в русском Свято-Пантелеимоновом монастыре на Святой Горе Афон, дважды по благословению Патриарха Алексия II (в 1998 и 2000 годах) привозили для поклонения в города России, Украины и Беларуси. Последним храмом в Москве, где побывали Святые

мощи, был храм Святого Пантелеимона при ЦКБ МПС.

Священнослужители храма заботятся о больных и страждущих. Совершают молебны «О болящих и недугующих», поминают их за Божественной Литургией. Еженедельно происходит Таинство Соборования, исповедь и причастие тяжелобольных в палатах. Храм открыт весь световой день. Больные, их родственники и просто посетители, лечащий персонал могут купить духовную литературу, поставить свечу перед образом Святого Пантелеимона, помолиться, заказать молебны «за здравие», получить Святую воду и посоветоваться по духовным вопросам со священнослужителями. По просьбе родственников проводится отпевание.

У пациентов, которые были помазуемы Святым маслом из лампады перед иконой Св. Пантелеимона (к ней прилагались Святые мощи в 2000 году) или проходили Таинство Елеосвящения (Соборования), облегчалось течение болезни.

При больнице под покровом храма год назад по благословению патриарха Алексия II открылось училище сестер милосердия для молодых благочестивых девушек со всей России, закончивших 11 классов. Выпускницы призваны стать высококвалифицированными медработниками. При этом в стенах училища они получают и христианское образование, чтобы уметь заботиться не только о теле, но и о душе больного. Это единственное в Москве медицинское образовательное учреждение такого плана, где иногородние девушки живут на полном пансионе на территории больницы рядом с храмом.

22 августа – 65-летний юбилей больницы. Центральная клиническая больница во всей большой структуре МПС является

головным медучреждением – 14 научных кафедр, десятки высококвалифицированных врачей, уникальная аппаратура мирового уровня, интерактивные консилиумы, призванные помогать больным далеко за пределами Москвы. В этот день Святейший Патриарх всея Руси Алексий II совершит торжественный благодарственный молебен Святому Великомученику Пантелеимону, на котором будут присутствовать министр путей сообщения и другие высокопоставленные гости.

Иеромонах Гурий (Фёдоров), настоятель храма великомученика и целителя Пантелеимона

ДЕТИ И ЛЕКАРСТВА

В Москве прошел российский форум «Дети и лекарства». Его организаторами стали Комитет Госдумы по охране здоровья и спорту, Минздрав РФ, Союз педиатров России, а также ряд научных и общественных организаций, фармацевтических фирм.

Основной целью форума было привлечь внимания к производству лекарственных средств и продуктов детского питания, однако, спектр обсуждавшихся вопросов оказался гораздо шире – от проблемы фальсифицированных препаратов до нарушений законодательства в области медицинской рекламы.

Здоровье детей продолжает ухудшаться. В частности, заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья и спорту Татьяна Яковлева привела такие цифры:

– В России за последние 10 лет родилось в два раза меньше детей, чем в предыдущее десятилетие. Смертность подростков только за последние три года выросла почти на 40 процентов. Показатель распространенности наркомании среди подростков по сравнению с 1990 годом увеличился в 15 раз. Растет заболеваемость подростков венерическими заболеваниями, детей – туберкулезом, особенно в возрасте 3–6 лет.

Она отметила, что все эти негативные тенденции обусловлены не только социально-экономическими проблемами, но и, зачастую, невозможностью лечить болезнь и проводить ее профилактику современными лекарственными средствами.

Конечно, на российском фармрынке, и это отмечали все выступавшие, представлены самые разнообразные препараты. Но вот цены на них, в последнее время увеличившиеся из-за введения 10-процентной ставки налога на добавленную стоимость, делают многие из них недоступными для широкого применения населением. Отечественная промышленность представлена либо традиционными лекарствами, либо дженериками. Причем изготовлению детских лекарственных форм внимания уделяется крайне мало. Зачастую родителям приходится делить на несколько частей «взрослую» таблетку, чтобы дать ее ребенку. Зарубежная продукция напротив, представлена во всем многообразии форм адаптированных для детей, но вот цены на них порой превышают отечественные аналоги в 12 (!) и более раз.

Кроме того, был поставлен вопрос о расширении перечня детских патологий, при которых пациенты смогут получить эффективные лекарства по льготным рецептам.



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

Тел./факс: 399 8493

ПРОВЕРЕНО – БЛЕСТЯЩИЙ РЕЗУЛЬТАТ!

По данным Минздрава, до 80% жителей нашей страны страдает заболеваниями зубов и десен. Проблема усугубляется тем, что россияне редко обращаются к стоматологу. В последние годы появились наконец-то качественные зубные пасты и щетки. Так может зубы хоть чистить станем как следует?

В России электрические щетки не так популярны как в мире, во многом из-за их высокой цены. Эта ситуация может измениться с появлением электрической зубной щетки Blend-a-med SphinBrush. По сравнению с другими, представленными на отечественном рынке, она в 3-6 раз дешевле!

Электрическая щетка обладает целым рядом уникальных качеств. Это в первую очередь – способность лучше очищать зубы и удалять налет в самых труднодоступных местах, а также с помощью массажа в процессе чистки укреплять десны. По мнению стоматологов электрощетка – хороший подарок тем, кто заботится о своих зубах. По мнению журналистов – это хороший подарок лентяям, тем, кто любит подольше поспать, а потом опаздывает. Электрощетка чистит зубы легко и быстро.



2002

1-4

ОКТАБРЯ
МОСКВАЦентральный дом художника
на Крымском валу

**3-я Международная медицинская
специализированная выставка**

СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2002

Российский научный форум:

**"Диагностика и лечение неотложных
состояний: новые возможности
и старые проблемы"**

"МОРАГ Экспо" совместно с Российской академией медицинских наук, Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи

т: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212

E-mail: emergency@morag.ru <http://www.morag.ru>

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ИМ. В.П. СЕРБСКОГО объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

1. Руководителей:

- Отделения развития международного сотрудничества Научно-организационного отдела;
- Отделения по разработке принципов лечения в судебной психиатрии Отдела судебно-психиатрической профилактики;
- Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии.

2. Ведущих научных сотрудников:

- Отделения экзогенных психических расстройств Отдела судебно-психиатрических экспертиз;
- Отделения экспертизы в гражданском процессе Отдела судебно-психиатрических экспертиз.

3. Старших научных сотрудников, научных сотрудников, младших научных сотрудников клинических отделений и лабораторий, Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Москве и ближнем Подмосковье.

Срок подачи документов – 1 месяц с момента публикации объявления.

Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., 23.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся 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.hospital.da.ru; E-mail – hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ