

# НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!*

# БОЛЬНИЦА

№ 10-11  
2001

## НАУКА И ПРАКТИКА

Научно-  
исследовательский  
институт  
урологии  
Минздрава РФ

СТР. 4–10

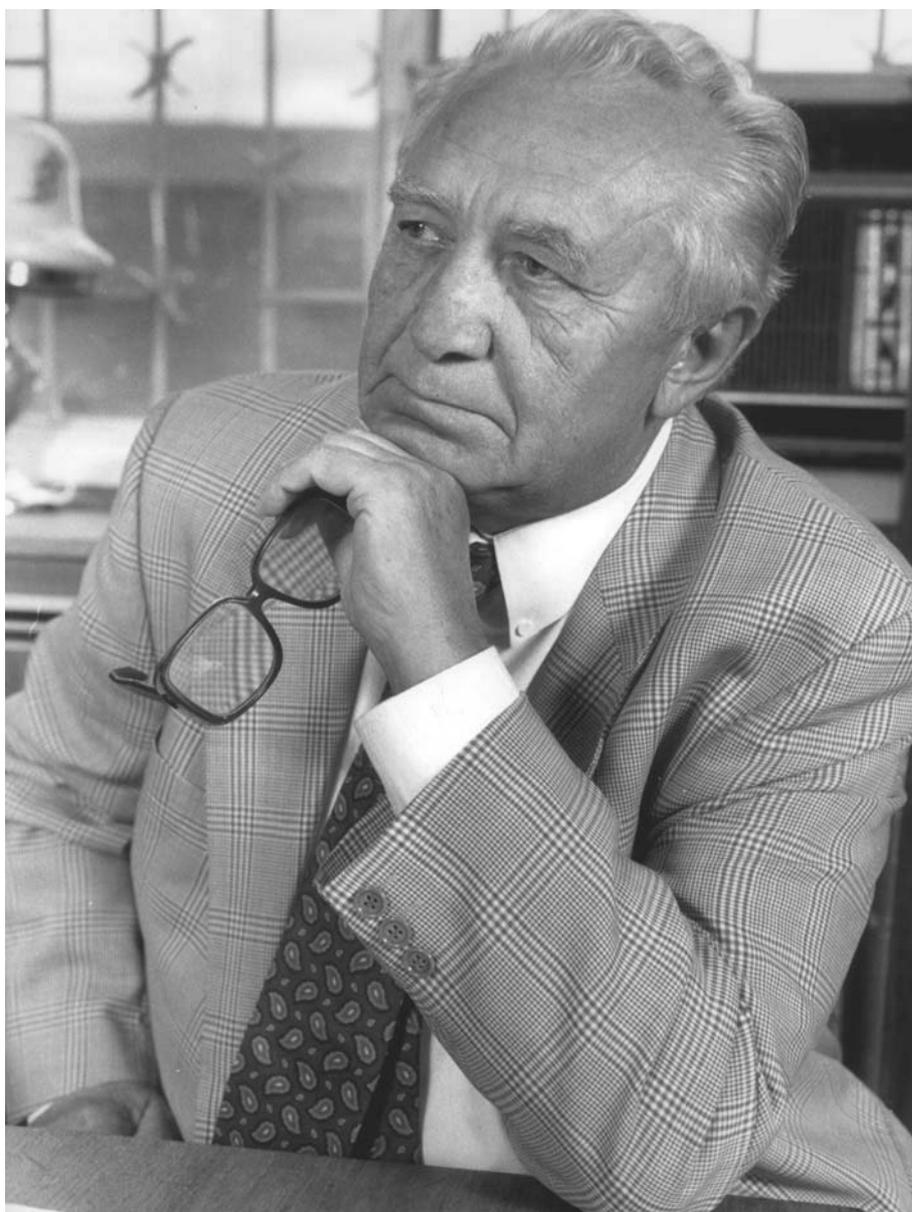
## ЛЕКАРСТВА для лечения урологических заболеваний

СТР. 11–13



## Отец художника

СТР. 18–19



Академик РАМН директор НИИ урологии МЗ РФ  
Н. А. Лопаткин:

*«Урология – очень широкая дисциплина. Ее надо любить и уважать. Желание пациента мгновенно вылечиться за большие деньги понятно, но неосуществимо и может принести только вред».*

## Отдаем свои сердца Шумакову!



*Один из основоположников отечественной клинической трансплантологии Валерий Шумаков награжден орденом Святого Апостола Андрея Первозванного. Этим орденом, по мысли учредившего его Петра I, должны награждаться люди за исключительные заслуги, способствующие процветанию, величию и славе России. Доктор медицинский наук профессор, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственных премий СССР, академик РАН и РАМН, директор Института трансплантологии и искусственных органов, автор трех научных открытий и более 100 изобретений, 17 монографий и 450 научных работ – как никто другой достоин столь высокой награды.*

В интервью, данном нашей газетевесной, Валерий Иванович, размышляя о трансплантологии, 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».

Речь в газете тогда шла о том, что развитие трансплантологии в России сдерживается не только из-за слабой материально-технической базы, несовершенных законов и инструкций, но главное – из-за нежелания наших граждан даже после смерти расстаться со своим сердцем, почками и другими органами. Да, это так: люди не хотят делать такие завещания. Почему? Боятся и никому не верят. Но один наш читатель высказал такую мысль: «Если бы я мог завещать свои органы для работы НИИ трансплантологии, а лично В. И. Шумаков стал бы гарантом, хранителем и распорядителем наших сердец – то это совсем другое дело!»

А что? Мысль интересная: «Отдадим свои сердца Шумакову!» Может стоит обсудить?

## «АПТЕКА-2001» И «НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ»

В московском спорткомплексе «Олимпийский» прошла Восьмая Международная специализированная выставка «Аптека-2001» и Третья Международная Ассамблея «Новые медицинские технологии». Значимость этого события, сравнить которое по масштабам можно разве что с конгрессом «Человек и лекарство», подчеркивал и более чем представительный состав его участников. На открытии присутствовали члены Правительств России и Москвы, Государственной Думы, Минздрава РФ и РАМН, представители руководящих органов здравоохранения и аптечных служб столицы и большинства субъектов Российской Федерации.

Эта выставка стала не только первой в новом веке, но и в определенном смысле юбилейной, 15-й по счету. Несмотря на увеличивающиеся год от года объемы экспозиции и расширение состава ее участников, организаторам выставки удается сохранить единую концепцию «Аптеки» – «выставки специалистов для специалистов на благо людей». Это требует объединения усилий производителей лекарств, дистрибьюторов, специалистов розничного звена аптечной службы и различных направлений медицины. Тем же проблемам посвящена и актуальная, ориентированная на потребности работников аптечной службы параллельная программа, которая регулярно собирает тысячи специалистов со всех регионов страны. Отличительной чертой почти всех проводимых мероприятий Ассамблеи является их ярко выраженная обучающая направленность. То, что все обсуждаемые в рамках параллельной программы направления практической медицины весьма интересуют научную и медицинскую общественность, подтверждается их стабильно возрастающим перечнем: так, если в 1999 году таких тем было всего шесть, то в этот раз – шестнадцать. Что же касается общего количества мероприятий Ассамблеи – круглых столов, семинаров, симпозиумов, лекций, презентаций и т. п., то их количество возросло с 20 до 93 соответственно.

Как неоднократно отмечалось участниками, позитивное и поступательное развитие, которое демонстрирует «Аптека» вот уже много лет, не просто позволяет ей выдерживать конкуренцию подобных выставок, но и подтверждают принципиальную правильность выбранной концепции.

## ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ РОССИИ – 40 ЛЕТ

В конце 1961 года в Морозовской городской детской клинической больнице было организовано первое в стране отделение, занимающееся диагностикой и лечением детей с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями.

Долгие годы слова «смерть» и «лейкемия» звучали как синонимы. В конце 80-х в России выживало не более 10% детей с острыми лейкозами, в то время как на Западе – более 65%. Лишь Чернобыльская катастрофа заставила обратиться к опыту зарубежных коллег. Сегодня шесть из 45 российских детских специализированных онкогематологических центров стали полноправными участниками международных корпоративных исследований. Показатели выживаемости и излечиваемости увеличились, в среднем, в 10 раз! Составляющие успеха – использование современного оборудования, лекарств, реактивов и расходных материалов (почти исключительно зарубежного производства). Для пациентов лечение остается бесплатным, но расходы на лечение одного ребенка с острым лейкозом сегодня в нашей стране по официальным данным составляют 5–10 тысяч долларов, в то время как на Западе – в 10 раз дороже. Хотя операция по трансплантации костного мозга у нас стоит около 50 тысяч долларов, а в США – 150–200 тысяч, все равно в России нет возможности проводить их более чем 50 детям в год. Это очень и очень мало.

Практически во всем мире этот раздел медицины финансируется государством лишь частично: значительная часть (80%) средств поступает в виде благотворительной помощи. Представители бизнеса в России тоже способны оказывать существенную финансовую помощь отечественному здравоохранению, их конкретные действия могут заметно улучшить ситуацию. Пример тому – благотворительная деятельность Внешэкономбанка, который самостоятельно реализует долгосрочную программу «Мир без слез», в центре внимания которой – дети, страдающие онкогематологическими заболеваниями. Отделение онкогематологии Морозовской детской больницы получает от

Внешэкономбанка финансовые средства на закупку оборудования и расходных материалов, обслуживание и ремонт техники. В канун 40-летия отделения онкогематологии Внешэкономбанк оказал ему финансовую помощь в сумме 40 тысяч долларов.

Реализация Программы «Мир без слез» – пример того, как понятия «благотворительность», «меценатство», «социальная ответственность перед обществом» наполняются конкретным смыслом, как вовремя оказанная моральная и материальная поддержка оборачивается сотнями спасенных детских жизней.

## СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

**Состоялся 9-й Всероссийский съезд гигиенистов и санитарных врачей, который проходил под эгидой Минздрава РФ, РАМН, Всесоюзного научного медицинского общества гигиенистов и санитарных врачей, Федерального центра госсанэпиднадзора и Федерального научного центра гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана.**

На его секциях были обсуждены вопросы: «История организации, становления и развития государственной санитарно-эпидемиологической службы России», «Научное обоснование и практическая реализация системы социально-гигиенического мониторинга и оценки риска», «Актуальные проблемы гигиены среды обитания», «Гигиенические аспекты обеспечения безопасности питания и контроля за его качеством», «Гигиенические аспекты радиационной безопасности», «Актуальные проблемы гигиены транспорта» и многие другие.

**В рамках III Международной Ассамблеи «Новые медицинские технологии» состоялась пресс-конференция «Избыточная масса тела и сахарный диабет. Новые сведения по эффективности применения препарата Ксеникал для лечения больных сахарным диабетом и ожирением».**

В ней приняли участие А. М. Мкртумян, д. м. н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии ММА им. Сеченова и Е. Г. Старостина, к. м. н., доцент кафедры эндокринологии МОНКИ им. Владимирского.

Установлено, что 250 млн. взрослого населения земного шара имеют избыточную массу тела, и эта цифра неуклонно растет. ВОЗ объявила ожирение глобальной эпидемией, которая представляет серьезную угрозу для общественного здоровья из-за повышенного риска сопутствующих заболеваний, включающих сахарный диабет (СД) 2 типа, ИБС и артериальную гипертензию.

В результате многолетних исследований и испытаний Компания F. Hoffman-La Roche Ltd. разработала препарат Ксеникал (орлистат), который является одним из средств лечения ожирения. Он практически не всасывается в кровь, что полностью исключает системное действие препарата, а значит и побочные эффекты. По мнению создателей лекарства, назначение препарата Ксеникал, в сочетании с диетой, а также метформинем, препаратами сульфонилмочевины или инсулином, приводит к более выраженному улучшению углеводного и липидного обмена, показателей артериального давления у больных сахарным диабетом.

**Министерство здравоохранения РФ, Российская академия медицинских наук, Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка и Научный Центр здоровья детей РАМН провели научно-практическую конференцию педиатров России «Фармакотерапия инфекционных болезней у детей». Параллельно с ней прошла выставка «Охрана здоровья детей – новые технологии».**

На конференции были представлены Национальные программы «Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей» и «Аллергические риниты у детей», рассмотрены проблемы иммунопрофилактики, фармакотерапии инфекционных болезней в неонатальном периоде, вопросы профилактики и лечения туберкулеза, СПИДа, хронических гепатитов, варианты фармакотерапии острых кишечных инфекций, менингоэнцефалитов, инфекций мочевыводящих путей и ряд других актуальных тем.

Многих участников и гостей конференции привлек симпозиум «Лихорадка и боль у детей. Современные методы коррекции». На нем обсуждались результаты пострегистрационных клинических испытаний «Нурофена для Детей». По мнению зав. кафедрой неврологии педиатрического факультета РГМУ профессора А. С. Петрухина, этот препарат отвечает всем требованиям эффективности и безопасности, а специальная лекарственная форма (суспензия) и возможность использовать его у детей с 6-месячного возраста значительно расширяет показания к его назначению.

## День борьбы с остеопорозом



**Российская Ассоциация по остеопорозу и компания «Никомед» провели пресс-конференцию, посвященную Всемирному Дню борьбы с остеопорозом.**

В ней приняли участие президент Российской ассоциации по остеопорозу проф. Л. И. Беневоленская, директор Института ревматологии, член-корр. РАМН проф. Е. Л. Насонов, директор Московского областного института акушерства и гинекологии, член-корр. РАМН проф. В. И. Краснопольский, народная артистка РФ Ирина Мирошниченко.

Цель встречи – привлечь внимание общественности к проблеме остеопороза и рассказать о возможности его предотвращения. Сегодня в мире это заболевание зарегистрировано у 75 миллионов человек, то есть у каждой третьей женщины в постменопаузальном периоде и почти у половины всех мужчин и женщин в возрасте старше 70 лет. Самые страшные последствия патологического снижения костной массы – переломы шейки бедра, после которых 50% людей остаются инвалидами, а 25% умирают в течение трех лет. Болезнь долгое время развивается без каких-либо видимых симптомов (могут быть боли в спине и костях). Вредные привычки (алкоголь, курение), неправильное питание, прием некоторых лекарственных препаратов увеличивают риск ее развития. Между тем, по мнению специалистов, остеопороз можно предотвратить. К главным мерам профилактики относятся: контроль за адекватным потреблением кальция и витамина Д (Кальций-Д3 Никомед) и активный, здоровый образ жизни.

По данным ВОЗ, остеопороз, как причина инвалидности и смертности больных, занимает четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии и сахарного диабета. Поэтому программы по борьбе с ним поддерживают многие известные в мире личности: патронесса Международного общества по остеопорозу – королева Иордании Рания, в Испании – королева София, в США – Хиллари Клинтон.



**Мы приглашаем нашего читателя в НИИ Урологии МЗ РФ. Время летит быстро, кажется, что только вчера мы давали репортаж о работе этого замечательного научного коллектива. А между тем прошло уже более трех лет, наполненных творческими поисками и неустанным трудом в одной из наисложнейших отраслей медицины. Министерство здравоохранения России поставило перед Институтом задачу: создать стандарты диагностики и лечения урологических заболеваний.**

**Дело это для нашего здравоохранения новое, отношение**

**к нему неоднозначное. Некоторые врачи видят в стандартах способ ограничить их самостоятельность, другие опасаются всевозможных юридических казусов и т. д. Но все единодушны в главном – принятые нормы смогут работать только при условии соответствующего финансирования. Значит, с одной стороны – надо исходить из реальных возможностей государства, а с другой – нельзя допустить, чтобы наши стандарты оказались ниже зарубежных. Вот обо всем этом, а также о том новом, что произошло в работе коллектива за прошедшие три года, мы беседуем со специалистами НИИ урологии.**

## НИИ УРОЛОГИИ МЗ РФ – ТРАДИЦИИ И НОВАТОРСТВО

**В начале нашего репортажа заместитель директора НИИ урологии МЗ РФ, профессор, доктор медицинских наук Элана Константиновна Яненко кратко обрисовала круг основных проблем института.**

– В 1980 году был построен НИИ урологии МЗ РФ, директором которого стал замечательный хирург, академик РАМН, профессор Н. А. Лопаткин. Научная деятельность нашего коллектива многогранна. Достаточно сказать, что в структуру института входит 18 отделов и лабораторий. Имея прекрасную клиническую базу, сотрудники института могут пробировать все новое, что появляется и у нас и за рубежом и внедрять эти новации в клиническую практику. Оснащение лабораторий позволяет охватить весь спектр современных диагностических методов – начиная от микробиологии и иммунологии и кончая ультразвуковыми и радиоизотопными исследованиями.

Чем сегодня занимаются наши научные подразделения? В отделе мочекаменной болезни, например, разрабатывается современная полифункциональная аппаратура для дистанционного дробления конкрементов. Аппарат ЛИТ УРАТ-П, думаю, уже знаком многим специалистам. Благодаря работе специалистов этого отдела определены показания к применению ДЛТ в детской практике, особенно при коралловидном нефролитиазе.

В отделе детской урологии проводятся научные исследования по диагностике и лечению различных форм обструктивных уropатий, выясняется роль компенсаторных процессов в восстановлении функции почки и верхних мочевых путей после оперативного вмешательства. Заслуга отдела – разработка принципов выбора методов лечения при нейромышечной дисплазии мочеточников, ПМР, мочекаменной болезни, кистах почек.

В число приоритетных направлений деятельности отдела эндоурологии и новой уротехнологии входит совершенствование рентгенэндоскопических методов диаг-



ности и лечения, внедрение малоинвазивных и нетравматичных оперативных пособий. Здесь разработаны методы профилактики и лечения осложнений перкутанных вмешательств, эндоскопической хирургии



стриктур и облитераций уретры и мочеточника, методы лечения кист почек, эндоскопического лечения дивертикулов мочевого пузыря и многое другое.

На НИИ урологии возложена научно-методическая работа по координации научных исследований по проблемам урологии. Поэтому наш отдел медицинской кибернетики ведет мониторинг состояния уронефрологической помощи в Российской Федера-

ции. На основании анкетирования проводится развернутый статистический анализ показателей, характеризующих эпидемиологию урологических заболеваний и организацию урологической помощи. В свою очередь инновационный отдел разработал концепции, программы и обеспечение для функционирования компьютерной сети НИИ урологии. Уже подготовлено к работе оборудование для телемедицинских консульта-

ций – проведены первые сеансы телемедицинской связи.

Большой объем проводимых научных исследований не мешает институту заниматься подготовкой специалистов для практического здравоохранения. У нас есть клиническая ординатура, аспирантура и соискательство. Кроме того, мы готовим специалистов на циклах повышения квалификации по ДЛТ, эндouroлогии, детской урологии, андрологии, УЗИ.

## РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ

**Несмотря на широкое внедрение в урологическую практику эндоскопических методов диагностики и лечения, урология это, прежде всего, хирургическая специальность. Поэтому первое слово – доктору медицинских наук, заведующему отделом реконструктивной урологии Сергею Петровичу Даренкову.**

**– Сергей Петрович, на ваш взгляд, стандарты полезны или вредны для врача? Причем, не для специалиста НИИ урологии, а для врача российской глубинки.**

– В моем понимании, стандарт это то, что должен делать врач у данного конкретного больного с данным конкретным заболеванием. Где бы этот врач ни работал. Не должно быть ситуации, когда, скажем, в Самаре эту болезнь лечат таким способом, а в Москве – другим. Сейчас же такая ситуация наблюдается сплошь и рядом. Вот возьмем такой раздел урологии, как уроонкология. Как лечить, к примеру, инвазивную опухоль мочевого пузыря? Какими операциями? Органоуносящими или органосберегающими? Нужно проводить химиотерапию или нет? Какой способ деривации показан в том или ином случае? Здесь полное разногласие! Хотя в Европе и в Америке такие стандарты уже действуют – они между собой договорились. И в наших центрах-оазисах урологии – Казани, Санкт-

Петербурге, Ростове, Нижнем Новгороде, Самаре, Кемерово, Томске и ряде других поступают таким же образом: выбирают то оперативное вмешательство, которое рекомендовано НИИ или Российским обществом урологов. Все это подтверждено результатами многочисленных рандомизированных исследований и эффективно у абсолютного большинства больных. А во многих других регионах этих методов просто не знают!

**– Ваш институт готов к такой работе?**

– Наш – готов. Другой вопрос – готова ли к этому Россия? Обидно, когда слышишь на каком-нибудь международном конгрессе: «Вот эта операция годится больше для развивающихся стран». Я сразу понимаю: «Например, России». Почему? Потому что другие методы требуют дорогостоящего оборудования, нового шовного материала и т. д. Более того, специальные приспособления, которыми должен пользоваться больной после операции, во многих странах даются ему бесплатно. Например, существуют общества стомированных больных. Несколько лет назад подобные организации появились в Москве и Санкт-Петербурге. Там прооперированный больной получает все необходимое бесплатно, с ним занимаются, учат как пользоваться различными приспособлениями. Но когда я оперирую больного, живущего в другом городе, я должен уже думать: стоит ли мне делать такую операцию? Он же



ничего не достанет! Как он будет жить? Эти проблемы сегодня существуют, от них нигде не деться. И приходится приспосабливаться.

**– Сейчас довольно много коммерческих лечебных центров, предлагающих целый ряд услуг. Как с этим обстоит дело в урологии?**

– В основном это касается андрологических заболеваний. Появились так называемые ятрогенные болезни. Ко мне приходит со слезами на глазах здоровый практически человек и говорит: «Доктор, у меня серьезное заболевание – простатит». Простатит в ряде случаев можно не лечить, а ему вну-



шили, что это серьезно, начали лечить, внедряясь в член, в уретру! Есть острый простатит – его надо лечить. Что же касается так называемого хронического простатита, то это, как сказал один французский профессор, чаще не урологическая проблема, а психиатрическая. Что касается других проблем урологии, то хороших частных урологических стационаров у нас сегодня нет. Это очень дорогая вещь. Иногда общаешься с бизнесменами, которые говорят: «Да мы вам сейчас клинику отгрохаем!» А когда они вникают в суть и понимают, сколько это стоит денег, энтузиазм быстро гаснет. Это же медицина, она не рентабельна.

**– Чем занимается реконструктивная урология?**

– Это, во-первых, уроонкология. Здесь очень сложные операции: мочевой пузырь, почки, мочеточники. Вот, например, необходимо целиком удалить пузырь, а как дальше жить человеку? Приходится из кишки делать мочевой пузырь. Кто владеет абдоминальной хирургией из урологов? Да мало кто. Или, допустим, аневризма почечной артерии.

Приходится делать реконструкцию или прямо на месте или удалить почку, в лотке ее прооперировать, а потом пересадить. Необходима и микрохирургическая техника и холодовая перфузия и противошоковая защита органа.

Следующая большая проблема – урогинекология – недержание мочи у женщин. Огромное количество женщин не обращается к врачу – они думают, что так и должно быть и ходят с прокладками. Очень много свищей после гинекологических операций – это тоже наше. Андрологические операции на семейноносных путях по поводу бесплодия. Существует большой раздел детской урологии, где большое количество аномалий, поддающихся хирургическому лечению.

Всем тем, что я перечислил, Н. А. Лопаткин занимается давным-давно. Однако сейчас появились новые технологии, новый шовный материал, новые инструменты, новое эндоскопическое оборудование, новые коагуляторы, антибактериальные препараты, усиливающие послеоперационную защиту. Благодаря всему этому можно по-

вому смотреть на болезнь, делать новые операции.

Врачу надо всю жизнь учиться. Как работают урологи во всем мире? Несмотря на возраст – не имеет значения 25 ему лет или 60 – врач два раза в год едет куда-нибудь учиться. Посмотреть новую операцию, необычную методику. А у нас молодые урологи, окончив ординатуру, считают себя законченными специалистами. Как же – он же все прочитал в учебнике. Но нашего учебника мало! И, кстати, совсем не обязательно учиться в Америке или Германии. Может быть, стоит съездить в Сибирь, в Томск, к профессору Гудкову, уникальному специалисту. Я вот сейчас собрался поехать к профессору Моногадзе в Грузию. Он очень интересно работает. Это и есть учеба, и если ее не будет, то и прогресса не будет.

## АНДРОЛОГИЯ

**Андрологические проблемы занимают важное место в урологической практике. Не зря так активна реклама различных платных услуг в этой области. Понять, чем же занимаются андрологи, каков опыт Института урологии в этой области нам поможет доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом андрологии Армаис Альбертович Камалов.**

**– Армаис Альбертович, чем занимаются андрологи сегодня?**

– Спектр нозологий, которые входят в область интересов андролога, достаточно велик. На первом месте здесь сто-

ят заболевания предстательной железы. Этот орган считается вторым сердцем у мужчины. Здесь могут быть совершенно различные заболевания, как отдельно развивающиеся, так и в комбинации. Например, гиперплазия может сочетаться с хроническим простатитом, или рак простаты и что-нибудь еще. Поэтому диагностика, безусловно, должна стоять на первом месте, поскольку правильность лечения здесь, как и везде, напрямую зависит от правильности диагноза.

Сейчас диагностика несколько улучшилась за счет внедрения скрининг-тестов – определение простато-специфического антигена (ПСА). Практика показала более высокий процент выявления рака у пациентов с повышенными показателями ПСА.

Вторая немалая группа больных это те, кто страдают эрек-



тивной дисфункцией. Их стало больше, во всяком случае, обращаемость значительно выросла. Об этом заболевании стали больше писать и говорить. Теперь люди понимают,



что этого не надо стесняться. Во многих случаях нам удается подобрать хорошие методики, позволяющие наладить эректильную функцию. Я думаю, что увеличение сведений об этой патологии в средствах массовой информации позволит еще более увеличить поток пациентов. Андрология, являясь частью урологии, наряду с консервативным предпологает и активное хирургическое вмешательство. Это и сосудистые операции, и протезирование полового члена различными модификациями протезов.

Третья большая нозологическая группа – те, кто страдает бесплодием. Это важная проблема. Здесь тоже много интересного. Ведь наши женщины всегда стараются взять первый удар на себя, считая себя виновными в бесплодии. Однако и опыт и статистика показывают, что практически в 50% случаев отсутствия детей в семье «виноват» мужчина. Возможны варианты, когда бесплодие зависит от состояния здоровья и жены и мужа. Это тоже бывает! Здесь необходимо находить пути сотрудничества между андрологами и гинекологами.

**– Каковы самые частые причины мужского бесплодия?**

– Это в первую очередь перенесенные воспалительные заболевания, которые приводят к рубцовым изменениям в семявыносящих протоках, при этом блокируется выход сперматозоидов на каком-то отрезке. Варикоцеле – проблема, которой надо заниматься в детском возрасте. Венозный стаз приводит к повышению температуры в яичке, что служит причиной понижения сперматогенеза и, более того, всякая патология, связанная с одним из яичек, может приводить к нарушению функций и другого: в организме начинают вырабатываться антиспермальные антитела, подавляющие процесс нормального сперматогенеза. Только своевременная операция может ликвидировать это нарушение.

Имеются заболевания, связанные с различными гормональными сбоями, когда, например, нарушается созревание сперматозоидов. В этих случаях необходимо воздействовать на организм таким образом, чтобы дать ему возможность нормализовать сперматогенез. Это достигается фармакотерапией – гормональными препаратами, витаминами и другими средствами.

Продолжая разговор о болезнях, которыми занимаются андрологи, необходимо упомянуть еще о заболеваниях уретры, которые требуют очень серьезного подхода. Одним из таких заболеваний является облитерация уретры, различные формы ее незаращений. Здесь требуется хирургическая коррекция. В настоящее время мы, в сотрудничестве с РНЦХ, разрабатываем использование микрохирургической техники в выполнении операций на уретре. Директор РНЦХ академик Константинов и директор НИИ Урологии академик Лопаткин заключили договор о совместной работе в этом направлении. Сегодня есть возможность заместить измененную часть уретры (до 8–10 см) кожным лоскутом, который берется с лучевой поверхности руки. Кожный лоскут на сосудистой ножке формирует уретру и вшивается с анастомозом конец в конец с истинной частью уретры и с анастомозом сосудов, которые соединяются с эпигастральной веной. Это делается под микроскопом. Мы работаем с академиком Милановым и профессором Адомяном. То есть, проблема урологическая, а подходы – микрохирургические.

**– Сейчас очень много рекламируется платных услуг при заболеваниях предстательной железы. Что могли бы вы сказать о качестве этих услуг?**

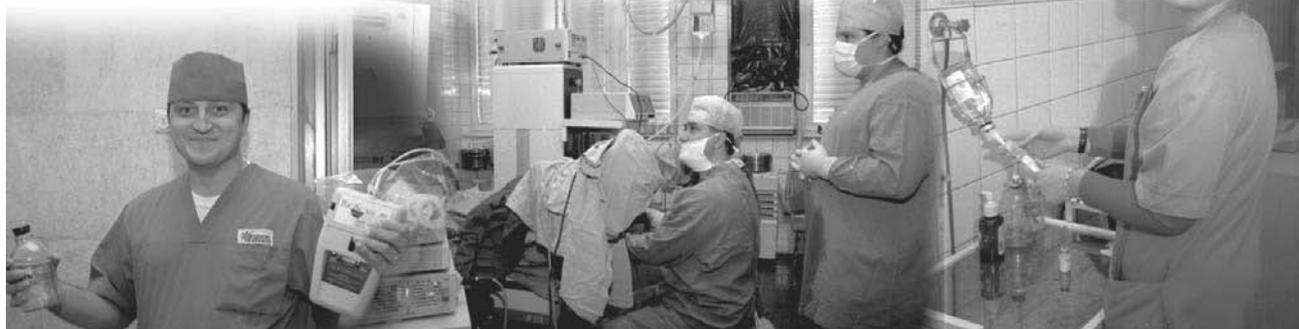
– На наших глазах произошел мощный технологический прорыв, появились целые семейства разнообразных по своим возможностям аппаратов. К сожалению, бывает так, что в каком-то учреждении появится ультрасовременный аппарат, и они начинают «подгонять» всех пациентов под него. Происходит дискредитация метода, ухудшаются, естественно, и результаты. А ведь используй они этот аппарат строго по показаниям, а не у всех больных подряд, они добились бы куда как большего успеха. Существуют медицинские учреждения, действительно соответствующие всему тому, что о них пишется, например, Центр эндохирургии и литотрипсии на шоссе Энтузиастов. Но в большинстве своем мы часто встречаемся с пациентами, которые прошли какие-то коммерческие учреждения, не получив при этом нужной помощи, той, которую им обещала реклама. Врач должен быть честен и, если у него в руках чего-то нет, то он обязан направить пациента в другую клинику.

Москвичам повезло: практически все новые методы и методики, существующие в урологии, освоены в нашем институте. И когда к нам приходит пациент, мы назначаем ему то лечение, которое поможет ему лучше всего. Поэтому и результаты у нас намного выше, чем у других.

**– Наверное, вы сможете рекомендовать какие-то методы и в качестве стандартов для лечения андрологических заболеваний. Как, кстати, вы относитесь к этой проблеме?**

– Этот вопрос продолжает наши рассуждения о том, что должны делать врачи и чего не должны. С моей точки зрения, стандарты, конечно, должны быть и, прежде всего, в диагностике. Например, те клиники и поликлиники, которые пытаются лечить заболевания предстательной железы, но не имеют возможности определять простатоспецифический антиген (ПСА), должны быть лишены такого права. И здесь стандарты стоят на страже здоровья пациентов. Не можете делать то-то и то-то – закрывайте свой кабинет!

Что касается лечения, вот здесь вопрос несколько сложнее. В условиях стандарта может произойти ситуация, когда мы можем рекомендовать выполнять какие-то манипуляции, применять какие-то аппараты, а у большинства больницы Минздрава их нет. И денег, чтобы оснастить по принятым стандартам все учреждения, тоже нет. И тогда образуется вилка между принятыми стандартами и реальным воплощением их в жизнь. Но, с моей точки зрения, внедрение стандартов позволит вытеснить из медицины те методики, которые не являются апробированными, сомнительными и это будет явно на пользу больным. Стандарты, на мой взгляд, должны дисциплинировать врача, заставляя его прислушиваться к достижениям науки. Если это будет закреплено законодательно, врачи начнут больше читать, приезжать учиться и, в конечном итоге, внедрять достижения науки в жизнь.





## ЭНДОУРОЛОГИЯ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

**Эндоскопические методы продолжают играть огромную роль в диагностике и лечении урологических заболеваний. В отделе эндouroлогии и новых технологий, возглавляемом профессором, доктором медицинских наук Алексеем Георгиевичем Мартовым ежедневно проводится от 6 до 9 рентгеноэндоскопических операций. Естественно, мы не могли пройти мимо и поинтересовались у профессора, что же изменилось за три года после нашей первой встречи.**

– Наша специализация на месте не стоит, и если раньше мы выполняли довольно рутинные операции на верхних и нижних мочевых путях, такие как удаление гиперплазии предстательной железы при помощи

трансуретральной резекции, рака простаты, лечили стриктуры уретры, то, развиваясь, мы стали делать более сложные вещи. Оперируем облитерации уретры, делаем ее реканализацию. На верхних мочевых путях мы удаляем камни, лечим стриктуры и облитерации верхних мочевых путей (это очень сложные больные). Сейчас начали разрабатывать проблему эндоскопического лечения папиллярных опухолей верхних мочевых путей. Раньше при этих заболеваниях приходилось удалять почку и мочеточник, делать резекцию мочевого пузыря. Но бывают пациенты с единственной почкой, с двухсторонними опухолями, ослабленные больные. Таких больных можно лечить лишь эндоскопически.

Сейчас появилось новое направление в диагностике, которое позволяет лучше выявлять рак и лечить его более грамотно. Фотодинамическая цистоскопия – это способ, когда, например, в мочевой пузырь, перед обычной цистоскопией, вводят красящее вещество, которое избирательно накапливают опухолевые клетки. Это позволяет в цветовой гамме изобразить картину болезни, что особенно важно при *carcinoma in situ*, внутриэпителиальном раке, который эндоскопически может обнаружить только очень опытный специалист, много раз видевший такие вещи. А при использовании фотодинамической цистоскопии даже новичку все ясно: на слизистой видны ярко красные пятна участка, пораженного опухолью.

У нас довольно много больных с аденомами простаты, которых мы лечим трансуретральным способом, являющимся для мужчин наиболее щадящим. А по степени радикаль-

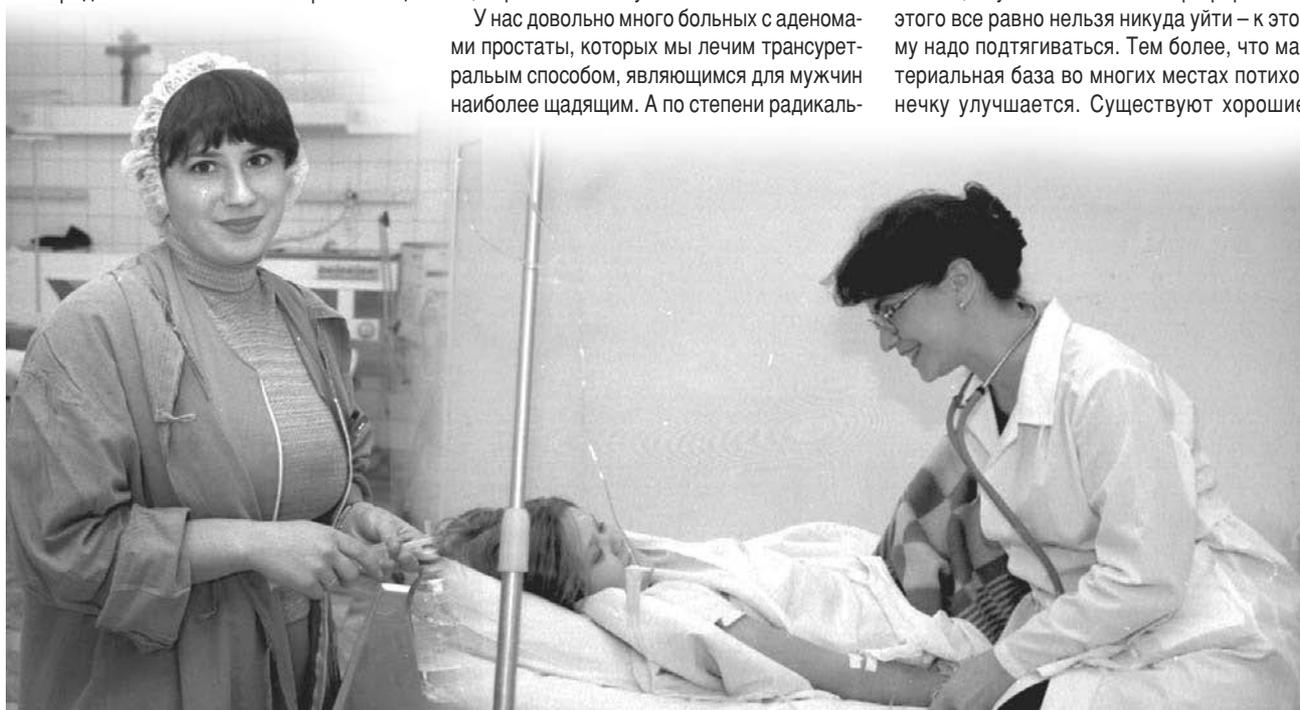
ности этот способ не уступает чреспузырной аденомэктомии – большой и травматичной операции.

**– Какой техникой вы в основном пользуетесь?**

– В основном немецкой, компаний «Карл-Штурц», «Рихард-Вольф», «Дорнье». Даже некоторая часть техники фирмы «Олимпус», которой мы пользуемся, сделана не в Японии, а также в Германии под японской маркой. Появились и отечественные образцы. В Санкт-Петербурге довольно серьезно работает компания «Аваленд», которая старается приблизить свои эндоскопы к мировому уровню. Мы их апробировали, остались довольны. В то же время другие петербургские компании, гораздо больше разрекламированные, выпускают куда как худшую продукцию, не отвечающую никаким стандартам.

**– Алексей Георгиевич, как вы считаете, российские стандарты имеют шанс приблизиться к европейским?**

– Все зависит от того, насколько у правительства хватит сил повернуться к здравоохранению лицом и когда, наконец, возобладают позиции правильного финансирования медицины. Тогда окажется, что мы вполне сможем потянуть европейский стандарт, просто будет необходима некоторая централизация сил и средств, концентрация медицинского оборудования. Пусть все это появится сначала в центральных городах России, а уже затем – на периферии. От этого все равно нельзя никуда уйти – к этому надо подтягиваться. Тем более, что материальная база во многих местах тихонечку улучшается. Существуют хорошие

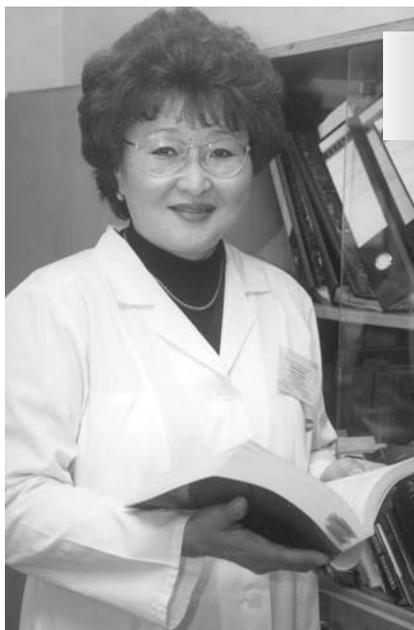


клиники в Санкт-Петербурге, Ростове, Челябинске, Новосибирске, Казани, Саратове, Кемерово, Калуге и других городах, где есть энтузиасты и оборудование. Это позволяет надеяться на лучшее и остальным регионам России.

Конечно, проблема стандартов очень не проста, особенно в наших условиях. Принимаемая стандарт, государство принимает на

себя и обязанности по его финансированию – ведь это закон. Если же стандарты останутся только на бумаге – вред будет огромнейший. Наши ведущие медицинские учреждения уже давно работают на мировом уровне, но мы достигаем и держимся на нем за счет энтузиазма, за счет наших ученых-руководителей, которые очень много для этого делают. Однако этого нельзя требо-

вать от всей страны – для этого надо менять политику отношения к здравоохранению в целом, иначе все рухнет. Не может такая наукоемкая и дорогостоящая отрасль, как медицина, особенно бесплатная, обходиться без постоянных финансовых вливаний! Может быть, надо отказаться от бесплатных услуг, но ни в коем случае нельзя лицемерить.



**Несмотря на широкое поле деятельности для хирургов и эндоскопистов в урологии, большое значение имеет здесь и консервативная, медикаментозная терапия, которая за последние годы значительно продвинулась вперед. О проблемах фармакотерапии урологических заболеваний мы беседуем с руководителем группы клинической фармакологии, главным научным сотрудником НИИ урологии МЗ РФ, доктором медицинских наук Тamarой Сергеевной Перепановой.**

## КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

– Медикаментозная терапия урологических заболеваний включает широкий круг вопросов: это и рациональная антибактериальная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов, и лекарственные средства для местного применения при эндоурологических процедурах, и средства для лечения мочекаменной болезни, импотенции, недержания мочи, интерстициального цистита, заболеваний предстательной железы и многое другое. В институте создана группа по клинической фармакологии, которая принимает активное участие в написании Федерального руководства для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Во втором издании руководства, вышедшем весной 2001 года, опубликованы лекарственные средства, применяемые в урологии и нефрологии.

– **Давайте поговорим о фармакотерапии заболеваний предстательной железы.**

– Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) может лечиться консервативно. При отсутствии абсолютных показаний к операции (острой задержке мочеиспускания, гематурии,

инфекции мочевых путей, камней или опухоли в мочевом пузыре), таким больным назначают  $\alpha_1$ -адреноблокаторы. Многочисленными исследованиями доказано, что они значительно улучшают симптомы нарушенного мочеиспускания. Альфа-адреноблокаторы, воздействуя на адренорецепторы, расположенные в простате, задней уретре и мочевом пузыре, расслабляют гладкую мускулатуру этих органов, тем самым уменьшая динамический компонент обструкции. Из известных адреноблокаторов необходимо отметить доксазозин (Кардура, фирма Пфайзер, США), альфузозин (Дальфаз, фирма Санofi -Синтелабо, Франция), тамсулозин (Омник, фирма Яманучи Юроп), теразозин (Хайтрин, фирмы Эбботт лабораториз), генерики фирм Плива, Эгис, Лек.

Если альфа-блокаторы не влияют на размер простаты, то препарат финастерид (Проскар, фирмы Мерк Шарп и Доум Идея) способствует уменьшению размеров предстатель-



ной железы, улучшает мочеиспускание, значительно снижает риск развития острой задержки мочеиспускания. Однако финастерид имеет побочные действия, так как это препарат гормональный.

**– Дорогие ли эти лекарства?**

– Если сравнивать с операцией, то нет. Но нельзя ориентироваться только на цену лекарственного средства. Проведены фармакоэкономические исследования, которые показывают, что если пациент с ДГПЖ молодой, то ему выгоднее сделать операцию. У пациентов после 65-ти лет, принимая во внимание возможные послеоперационные осложнения, лучше использовать фармакотерапию. Конечно, все больные должны находиться под динамическим врачебным наблюдением и один раз в шесть месяцев проходить минимальное обследование у уролога.

**– Что еще нового в фармакотерапии урологических заболеваний?**

– Бесконтрольное применение антибиотиков привело к селекции полирезистентных штаммов микроорганизмов-возбудителей госпитальной мочевой инфекции. Необходимо четко определить показания к антибактериальному лечению и конкретные антибиотики у каждого больного с инфекцией мочевых путей. В институте проводится постоянный бактериологический мониторинг резистентности урологических штаммов микроорганизмов, определены антибиотики первой очереди и группы резерва, о чем мы подробно написали в Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств. На сегодняшний день на первом месте при лечении госпитальной мочевой инфекции определены фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин), аминогликозиды (нетромицин, амикацин, гентамицин), цефалоспорины, карбапенемы, защищенные бета-лактамы. Основываясь на знаниях фармакокинетики и фармакодинамики антибиотиков, мы разрабатываем эффективные и безопасные дозы и схемы применения лекарственных средств: однократное в течение суток введение аминогликозидов, эффективное сочетание аминогликозидов с беталактамами антибиотиками, антибактериальную профилактику перед эндоскопическими процедурами и так далее. В



последнее время мы начали разрабатывать схемы лечения интерстициального цистита, хронического бактериального цистита у женщин. Эти больные годами лечатся у терапевтов и урологов непрерывной антибактериальной терапией, которая часто приводит к дисбактериозу, хронизации процесса и инвалидизации больных. Совместно с морфологами мы проводим у пациенток биопсию мочевого пузыря и, в зависимости от полученных данных, подбираем им лекарственные препараты. Мне бы хотелось, чтобы об этой работе узнали врачи города и присылали бы к нам таких больных на консультацию и лечение.

**– Кстати, а откуда вы берете пациентов и можно ли к вам попасть «со стороны»?**

– У нас в институте есть свое поликлиническое отделение, где консультируют все ведущие сотрудники. Обслуживает оно не только жителей Москвы и Московской области, но и граждан России, ближнего и дальнего зарубежья. Естественно, по направлениям региональных органов здравоохранения, включая Минздрав РФ. Госпитализация в стационар института проводится только в плановом порядке и после предварительного обследования.

Для жите-

лей Москвы и Московской области консультативная помощь и лечение в стационаре бесплатное (в счет бюджетных средств), а по направлениям из ближнего и дальнего зарубежья – на хозрасчетной или договорной основе (в счет квот региона). В НИИ урологии могут быть госпитализированы пациенты с любым урологическим заболеванием, если, конечно, нельзя провести курс лечения амбулаторно.

**Материалы из НИИ урологии подготовил Михаил Кукулевич, фоторепортаж Владимира Бахарева**



## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. С. Перепанова, д. м. н., НИИ урологии МЗ РФ

Увеличение продолжительности жизни населения на планете и неизбежность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) с возрастом способствуют разработке и появлению множества фармакологических препаратов, направленных на консервативное лечение ДГПЖ для улучшения качества жизни. Клиническое проявление ДГПЖ оказывает существенное отрицательное влияние на повседневную жизнь пациентов: учащенное мочеиспускание вялой струей, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания, прерывистая струя мочи, невозможность удерживать мочу при возникновении позыва («императивный позыв»), необходимость натуживания для того, чтобы начать мочиться, «капанье» в конце мочеиспускания; учащенное мочеиспускание ночью до 3–5 и более раз и т. д., что мешает нормально жить и работать.

Выраженность клинических симптомов ДГПЖ зависит как от механического, так и от динамического компонентов инфравезикальной обструкции. Гиперпластическая ткань простаты, капсула, шейка мочевого пузыря содержат большое количество  $\alpha_1$ -адренорецепторов, стимуляция которых приводит к сокращению гладкой мускулатуры, увеличению внутриуретрального сопротивления, сопротивлению потоку мочи. Антагонистическое действие  $\alpha_1$ -адреноблокаторов, в частности, препарата доксазозин на  $\alpha_1$ -рецепторы обуславливает эффективность их применения у больных ДГПЖ. Уменьшая тонус гладкой мускулатуры,  $\alpha_1$ -блокаторы селективно уменьшают инфравезикальную обструкцию и улучшают нарушенное мочеиспускание без ослабления сокращения детрузора. Доксазозин – селективный  $\alpha_1$ -адреноблокатор имеет 22 часовой период полувыведения, который позволяет назначать его 1 раз в сутки. Длительный период полувыведения доксазозина обеспечивает постепенное начало действия и гибкое дозирование – утром или вечером. По данным «медицины, основанной на доказательствах», опирающейся на клиническую эффективность и безопасность лечения, полученные при рандомизированных клинических исследованиях на большом количестве больных  $\alpha_1$ -адреноблокаторы, и в частности доксазозин имеют доказанную эффективность и

безопасность лечения у больных с ДГПЖ. По принципам «доказательной медицины» в мире проведено 10 рандомизированных клинических испытаний (1140 пациентов) с доксазозином.

Большинство международных рекомендаций для установки диагноза – доброкачественная гиперплазия простаты и необходимости начала симптоматического лечения – идентичны. Помимо сбора анамнеза, пальцевого ректального исследования, оценки неврологического статуса, общего анализа мочи, биохимического анализа мочи рекомендуют подсчитывать индекс симптомов «простатизма» или симптомов нарушения мочеиспускания – шкала IPSS. Шкала симптомов IPSS не является диагностическим инструментом, но она может помочь в оценке клинических данных и в наблюдении за прогрессированием или улучшением заболевания. К факультативным диагностическим тестам относят – определение PSA (простатспецифического антигена), количества остаточной мочи и урофлоуметрию.

В научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ опыт клинического применения доксазозина (Кардура, Пфайзер, США) у больных с ДГПЖ показал его эффективность при длительном применении – свыше 5 лет, что коррелирует с международными исследованиями.

Быстрое улучшение симптомов нарушенного мочеиспускания отмечено через 2 недели его применения. Отмечено улучшение эффективности действия доксазозина, в зависимости от дозы, а также уменьшение риска развития острой задержки мочеиспускания и необходимости оперативного лечения ДГПЖ у больных на фоне длительного применения доксазозина. Улучшение максимальной скорости мочеиспускания в среднем на 2,23 мл/с (плацебо – на 0,3 мл/с). Улучшение симптомов нарушенного мочеиспускания по шкале IRSS на 39% (плацебо – на 17%).

Показатели артериального давления у больных с артериальной гипертензией снижались в среднем на 10–15 мм рт. ст. У больных с нормальными цифрами артериального давления показатели АД в среднем не менялись. По нашим данным улучшение показателей по шкале IRSS в среднем было на 60%, максимальной скорости мочеиспускания на 2–3 мл/с и коли-

чество остаточной мочи, в среднем уменьшалось на 40%.

Более того, по данным НИИ урологии МЗ РФ на фоне лечения доксазозином отмечено улучшение эректильной функции у мужчин с ДГПЖ по данным опросника об их сексуальной жизни и доплерографии сосудов полового члена в 56% случаев зарегистрировано улучшение артериального кровотока по пенильным артериям, 37,5% пациентов отметили улучшение эрекции, возможность проведения повторных половых актов отметили 19% пациентов. В настоящее время в клинике доксазозин применяется для консервативного лечения острой задержки мочеиспускания (ОЗМ), обусловленной ДГПЖ. Предварительные данные показали, что доксазозин (Кардура) увеличивает шанс восстановления самостоятельного мочеиспускания у больных с ОЗМ, вследствие ДГПЖ. Купирование ОЗМ доксазозином обеспечивает время и лучшие условия для обследования и подготовки больного при необходимости к дальнейшему оперативному лечению. Более того, часть больных после восстановления самостоятельного мочеиспускания может быть выписана на амбулаторное лечение  $\alpha$ -блокаторами (Кардурой).

Побочные действия (головная боль, головокружение, утомляемость) слабо выражены и не требуют отмены препарата.

Таким образом,  $\alpha_1$ -адреноблокаторы, и в частности доксазозин (Кардура), являются эффективными, улучшающими качество жизни пациента и имеющие приемлемую безопасность, как было показано в наших и международных рандомизированных клинических исследованиях. Они показаны больным с симптоматической ДГПЖ, без серьезных осложнений. Поэтому  $\alpha_1$ -адреноблокаторы являются первой линией медикаментозной терапии у больных с симптоматической ДГПЖ.

Более подробную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Пфайзер по тел.: 258 5535; факс: 258 5538.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЛЬПРАФЕНА (ДЖОЗАМИЦИН) У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Г. А. Маковецкая, Е. С. Гасилина, Л. С. Исаева, Ю. Ю. Базранова, кафедра госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета, Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина*

В последнее время увеличивается число детей с пиелонефритом и циститом, причиной которых являются облигатные внутриклеточные паразиты. Около половины детей, наблюдающихся с диагнозом пиелонефрит, инфицированы хламидиями. Определенную роль в этиологии инфекционных поражений мочевой системы могут играть микоплазмы и уреоплазмы. Облигатные микроорганизмы выявляются и у пациентов с неинфекционными поражениями почек, с гломерулонефритом, тубулоинтерстициальным нефритом. Не являясь непосредственной причиной заболевания, они влияют на течение и исход болезни.

Среди широкого спектра препаратов, используемых для лечения инфекций, вызванных внутриклеточными паразитами, предпочтение отдается макролидам. В нашей нефрологической клинике накоплен опыт применения антибиотика из группы макролидов – Вильпрафена, как в случаях инфекций мочевой системы, так и при других заболеваниях почек, при которых была обнаружена хламидийная инфекция.

**Вильпрафен** (джозамицин) – бактерицидный антибиотик широкого спектра действия, выпускается в двух формах (таблетки по 500 мг и суспензия 100 мл), высоко эффективен как *in vitro*, так и в клинических условиях в отношении грамположительных и грамотрицательных аэробных бактерий, *Rickettsia* spp., *Treponema* spp., *Mycoplasma* spp., *Clamydia* spp. Джозамицин хорошо проникает через биологические мембраны и накапливается в различных тканях. Важным аспектом механизма действия Вильпрафена является способность к проникновению внутрь клетки. Наибольшее накопление препарата отмечается в фагоцитирующих клетках, являющихся основным резервуаром хламидий.

Цель исследования – дать оценку клинической эффективности Вильпрафена при заболеваниях мочевой системы у детей, ассоциированных с хламидийной инфекцией.

Под наблюдением было 95 детей в возрасте от 4 до 15 лет, находившихся на лечении в Областном нефрологическом

центре г. Самары. Из них 28 детей с хроническим пиелонефритом; 38 – с тубулоинтерстициальным нефритом; 35 – с гломерулонефритом, в том числе 16 с гематурической формой; 19 – с нефротическим синдромом. У 11 из 28 детей с хроническим пиелонефритом хламидии были обнаружены в моче, у 18 из них – наряду с грамотрицательными уропатогенами методом иммуноферментного анализа были выявлены антитела к хламидиям в высоких титрах (1:800 и выше JgG), что свидетельствовало о наличии хронической хламидийной инфекции. У 22 детей пиелонефрит был вторичный: у 17 больных он развивался на фоне обменных нарушений (оксалатно-кальциевая кристаллурия), у 3 детей имелся пузырно-мочеточниковый рефлюкс I степени, 1 ребенок наблюдался с пиелонефритом на фоне удвоения почек. В шести случаях пиелонефрит был расценен как первичный.

Все дети с пиелонефритом получали лечение Вильпрафеном в форме суспензии в дозе 30–50 мг/кг в течение 14 дней в периоде обострения. Другие антибактериальные препараты не назначались. Препарат хорошо переносился детьми. За время лечения детей всех групп мы отметили 2 случая нежелательных реакций в виде нарушений функции желудочно-кишечного тракта (боли в животе, разжиженный стул). Аллергических реакций в наших наблюдениях не было.

В результате проведенного лечения Вильпрафеном клинико-лабораторная ремиссия наступила у 25 детей из 28. У 3 пациентов не удалось добиться существенных сдвигов в клинико-лабораторных показателях. Это были дети с вторичным пиелонефритом, вызванным клебсиеллой и синегнойной палочкой, в сочетании с хламидийной инфекцией. Им проведена замена препаратов, продолжена антибактериальная и патогенетическая терапия.

После окончания курса лечения у детей с пиелонефритом было проведено контрольное обследование крови и мочи на антитела к хламидиям методом иммуноферментного анализа. У большинства пациентов отмечалось снижение титра антител или его полная элиминация.

В группе пациентов с тубулоинтерстициальным нефритом, острым и хроническим гломерулонефритом, протекающим с нефротическим синдромом мы применили Вильпрафен при затяжном течении процесса, персистирующей гематурии и при обнаружении у детей хламидийной инфекции, препарат использовался в той же дозе в течение 10–14 дней. Для лечения детей применялись схемы патогенетической терапии, принятые в нефрологической клинике. Схемы включали в себя нестероидные противовоспалительные средства, препараты группы аминохинолинов, антиагреганты.

В результате применения Вильпрафена удалось купировать длительно текущую гематурию (при тубулоинтерстициальном нефрите в 33,3% случаев, при гематурическом варианте хронического гломерулонефрита – в 32,1%).

Мы применяли Вильпрафен у 19 детей с гломерулонефритом, протекавшим с нефротическим синдромом. Пациенты получали иммуносупрессивную терапию кортикостероидами и цитостатиками. У всех были выявлены антитела к хламидиям в высоких титрах (титр JgG 1:800 и выше). Обследование иммунного статуса показало наличие особенностей в виде увеличения субпопуляций Т-супрессоров (31,2%), В-лимфоцитов (22,6%), резкое снижение фагоцитоза (28,4%), фагоцитарного числа (2,0), лизоцима (31,6мкг/мл), а также бактерицидной активности сыворотки крови (34,6%). В процессе лечения с применением препарата Вильпрафен отмечено улучшение функции фагоцитоза, показатели которого увеличились до уровня возрастной нормы. Вероятно, подавление функции фагоцитоза связано с иммуносупрессивным действием бактерий, элиминация которых позволило получить подобный эффект.

Проведенное исследование позволяет рекомендовать проводить лечение Вильпрафеном не только при инфекциях мочевой системы, но и при гематурии и нефротическом синдроме в случаях положительного результата обследования на наличие хламидийной инфекции в организме ребенка.

## ВЛИЯНИЕ ЦИСТОНА НА УРОВЕНЬ УРАТУРИИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г. В. Фоминых, Н. Е. Санникова, Уральская государственная медицинская академия, Детская клиническая больница ст. Свердловск-пассажирский, г. Екатеринбург

В организме человека важная роль принадлежит пуриносодержащим соединениям. Частота уратных нефропатий, по данным различных авторов, составляет от 9,9 до 15%. Частота первичной гиперурикемии и гиперурикурии у детей с различной соматической патологией колеблется в пределах от 2,5 до 5,5%. В последние годы отмечается неуклонный рост числа заболеваний, обусловленных гиперурикемией у детей. В нефрологической практике гиперурикемия считается фактором риска развития дисметаболических нефропатий, тубулоинтерстициального нефрита, мочекаменной болезни.

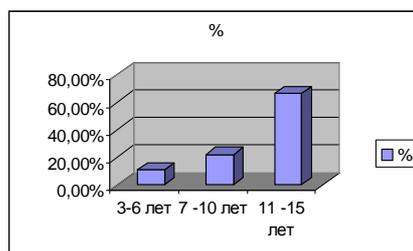
Целью данной работы являлась оценка влияния препарата **Цистон** на уровень экскреции суточного количества мочевой кислоты и уратурии при гиперурикемии и гиперурикурии у пациентов с различной почечной патологией. Выбор данного препарата основывался на том, что он является растительным препаратом, не содержащим химических элементов, регулирует кристаллоколлоидный баланс мочи. Способствует выведению мочевой кислоты и фрагментации камней, расслабляет гладкую мускулатуру мочевых путей, стимулирует диурез, проявляет антисептические свойства.

Исследование проводилось в отделении нефрологии ДКБ ст. Свердловск-пассажирский. Под наблюдением находилось 58 детей в возрасте от 3 до 15 лет. У 49 детей, что составляет 84,5%, отмечался отягощенный наследственный анамнез. У 29 детей (50%) выявлен отягощенный акушерский анамнез: нефропатия беременной; тяжелые, осложненные роды; нерациональное питание женщины во время беременности; перинатальное поражение центральной нервной системы; внутриутробная гипоксия плода; внутриутробное инфицирование. Все это является фактором риска, приводящим к прекращению синтеза и разрушению цитомембран почечной ткани. Особую роль среди факторов риска необходимо уделить нерациональному питанию ребенка с раннего возраста. 70% из обследуемых детей с 1–3 месяцев находились на искусственном вскармливании, большинство из них получали неадаптированные молочные смеси, коровье молоко.

Все обследуемые дети разделены на 3 группы: I группу составили дети с 3 до

6 лет, II группу – дети с 7 до 10 лет, III группу – с 11 до 15 лет. В клинической картине, у детей I–II группы, преобладали такие симптомы как повышенная нервная возбудимость, эмоциональная лабильность, рецидивирующие уртикарные сыпи, ацетонемические рвоты, артралгии, миалгии, пастозность век в утренние часы, расстройство аппетита, осадок солей в моче. Для детей более старшего возраста характерны головные боли с мигреноидными параксизмами, боли в поясничной области, транзиторное повышение артериального давления. Мочевой синдром был выражен в виде эритроцитурии, лейкоцитурии, протеинурии, кристаллурии различной степени выраженности. Всем детям наряду со стандартными методами исследования, принятыми в нефрологической практике, проводились такие исследования как определение липидного спектра крови, уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, суточное количество солей в моче, кристаллография крови и мочи.

У всех обследуемых детей имела место гиперурикурия, средний показатель ее  $850 \pm 20,5$  мг/сут. Гиперурикемия была выявлена у 27 детей, что составило 46,5%. В среднем гиперурикемия составила  $480 \pm 17,3$  мкмоль/л. Рост ее с возрастом очевиден.



Наличие дисметаболической нефропатии (ДМНП) было выявлено у 24 детей (41,3%). Пиелонефрит (ПН) выявлен у 15 детей (25,9%). Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) у 10 детей (17,2%). Мочекаменная болезнь (МКБ) – 3 ребенка (5,2%), бессимптомная гиперурикурия (БГУ) – 6 детей (10,4%).

У всех детей в исследуемой группе, с целью коррекции метаболических нарушений, был использован препарат Цистон в сочетании с диетотерапией, антиоксидантами и мембраностабилизаторами. У детей с пиелонефритом в терапию так же была включена антибактериальная терапия. У детей с 3 до 6 лет Цистон назначался в дозе 1/2 таблетки 3 раза в день, у детей в возрасте с 7 до 10 лет – 1 таблетки 3 раза в день, с 11 до 15 лет – 2 таблетки 2 раза, сроком на 2 недели. Детям со стойкой гиперурикурией препарат назначался в вышеуказанной дозе в течение 1–2 месяцев. В качестве критерия клинического улучшения было принято исчезновение субъективных (болевой и дизурический синдромы) и объективных (мутная моча, осадок солей в моче) данных, а так же нормализация лабораторных показателей.

Результаты исследования: в процессе терапии у детей в I и II группе отмечалась нормализация суточной экскреции солей и кристаллографии мочи.

У детей в III возрастной группе при применении препарата Цистон в течение 2 недель – отмечалась нормализация суточной экскреции солей в 70%, остальным детям – 30%, требовалось более длительное назначение препарата до 1–2 месяцев.

Выводы: таким образом, препарат Цистон может быть рекомендован к использованию у детей с целью снижения кристаллурии, восстановлению нарушенного пуринового обмена и ранней профилактики дисметаболических нефропатий.

## МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

*В. Б. Хышов, О. Ю. Калашникова, Г. Н. Шарапов, отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии; Центр клиничко-лабораторной диагностики 3-го ЦВКГ им. А. А. Вишневого*

Использование внутрикостных имплантатов все больше вторгается в широкую стоматологическую практику. Конец 90-х годов отмечен разнообразием систем имплантатов и их доступностью для повседневной хирургической стоматологии. Имплантаты являются альтернативным методом при лечении различных видов адентий.

Однако, несмотря на то, что эффективность и перспективность восстановления жевательной функции методом внутрикостной стоматологической имплантации доказана учеными многих стран мира, остаются нерешенными вопросы, касающиеся прогнозирования послеоперационных осложнений, в том числе, возможных отторжений имплантатов.

Видимо, существует много причин, которые приводят к осложнениям стоматологической имплантации (СИ). Установлено, что наряду с важностью техники самой операции, для «оссеоинтеграции» имплантатов, имеют значение иммунологическая реактивность организма, как в клеточном, так и гуморальном звене, патогенная микрофлора, содержащаяся в зубном налете (идентичная при пародонтите и периимплантите), биомеханические факторы, играющие свою роль в осложнениях на этапе функционирования супраструктур.

Процессы, ведущие к развитию осложнений стоматологической имплантации, полиэтиологичны и часто имеют сходные патогенетические механизмы. Одним из значимых патогенетических звеньев является нарушение гомеостаза в процессах перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты АОЗ.

Исследования подтверждают, что любое сильное повреждение приводит к развитию или торможению реакций ПОЛ. Установлено также, что проведение операции сопровождается закономерной и выраженной активацией перекисного окисления липидов. Поэтому

лабораторные данные о состоянии ПОЛ и АОЗ могут нести в себе информацию о тяжести и степени патологического процесса.

В современной литературе имеются единичные сообщения о характере свободнорадикальных процессов и АОЗ при стоматологической имплантации.

**Проведенное нами исследование было посвящено изучению состояния ПОЛ и АОЗ при стоматологической имплантации на ранних сроках «оссеоинтеграции» дентального имплантата и совершенствованию методов прогнозирования осложнений СИ.**

Под нашим наблюдением находилось 162 пациента, из них 152 после первичного стоматологического осмотра был поставлен диагноз: вторичная частичная адентия. После проведенного обследования установили, что 51 пациент не имеет сопутствующей соматической патологии, у остальных, был подтвержден сопутствующий диагноз направившего учреждения.

В группе обследованных пациентов были произведены операции стоматологической имплантации и установлены имплантаты различных систем (системы имплантатов, использованные в

работе, представлены в таблице). Исследованы показатели систем ПОЛ и АОЗ в период подготовки к операции и в послеоперационном периоде.

При обследовании больных и в период подготовки к операциям имплантации, особое внимание уделялось проявлениям гингивита, воспалительным заболеваниям тканей пародонта: подвижности зубов, кровоточивости десен, зондовой глубине карманов, наличию над- и поддесневых отложений, нарушениям регенерации тканей и т. п.

С целью прогнозирования возможных осложнений в послеоперационном периоде, в венозной крови и слизистой оболочке полости рта изучали следующие показатели ПОЛ: содержание малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК); содержание основания Шиффа (ОШ); определение индуцированного перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ). Также отслеживались такие показатели, как ферменты АОЗ: активность супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (К).

### Результаты исследования

В результате проведенного исследования были выявлены общие закономерности, характеризующие направ-

**Характеристики систем имплантатов, используемых в работе**

Используемые системы имплантатов	Страна-изготовитель имплантатов	Тип системы имплантатов	Материал имплантата	Размеры имплантатов (d, 1-mm)
«КОНМЕТ»	Россия	винтовой двухэтапный	Титан, BT1-0, TPC	d-3,3; 4,0; 1-8; 10; 12
«КОНТРАСТ»	Россия	винтовой двухэтапный с внутренним распорным винтом	Титан, BT1-00	d-3,5; 4,0; 1-10; 13; 16
«МИТ»	США	винтовой или цилиндрический двухэтапные	Титан, TPC или HA	d-3,5; 4,3; 5,0; 6,0; 1-10; 13; 16
«Nobel Biocare» бывший «Steri-Oss», «Replace»	США	винтовой двухэтапный	Титан, TPC или HA	d-3,5; 4,3; 5,0; 6,0; 1-10; 13; 16
«ЛИКО»	Россия	винтовой двухэтапный	Титан, TPC, BT1-0	d-3,5; 1-8,0; 10; 13; 16

ленность биохимических сдвигов в зависимости от сопутствующей патологии, послеоперационных суток, используемой системы имплантатов.

При оценке результатов, полученных в группе пациентов без сопутствующей соматической патологии, можно отметить небольшое увеличение на 3–7 послеоперационные сутки всех показателей ПОЛ, которые свидетельствуют о незначительной активизации процессов липопероксидации. Это может быть связано с компенсированностью процессов за счет работы физиологической антиоксидантной системы, которая ограничивает в нормальных условиях в организме неферментативное свободнорадикальное окисление липидов. Необходимо отметить, что в дооперационном периоде, в данной группе пациентов, все показатели не отличались от контрольных значений. В целом, в группе пациентов без сопутствующей соматической патологии, мы практически не наблюдали осложнений после операций СИ.

Изучив показатели системы ПОЛ, мы можем сказать, что на 1-е сутки после установки всех систем имплантатов наблюдается незначительная тенденция в увеличении содержания продуктов ПОЛ – в частности, значение одного из конечных продуктов свободнорадикального окисления липидов, малонового диальдегида (МДА). На 3-е сутки отмечается максимальное увеличение содержания продуктов ПОЛ по всем исследуемым показателям, а к 7-м суткам – снижение уровня всех показателей продуктов ПОЛ. На 21-е сутки после операций СИ содержание продуктов ПОЛ не отличалось от контрольных значений, и только содержание ОШ нормализуется к 3-му месяцу.

Эти данные позволяют сделать вполне аргументированное предположение о том, что применение любых систем имплантатов у пациентов без сопутствующей соматической патологии дает незначительную активизацию процессов ПОЛ в организме, которая является физиологической реакцией на возможно стрессовую ситуацию ожидания и произведения операции, а также на операционную травму.

Все эти процессы компенсируются физиологической антиоксидантной системой (ФАС), которая ограничивает в нормальных условиях в организме неферментативное свободнорадикальное окисление (СРО) липидов. Исследова-

ния, проведенные нами, показали связь между уровнем продуктов ПОЛ и показателей АОЗ, а также с характером послеоперационного периода. Полученные результаты согласуются с общеизвестными данными о том, что изменения метаболического статуса ПОЛ в предоперационном периоде, могут влиять на характер послеоперационного периода. До операций СИ, активность СОД в группе этих пациентов практически не отличалась от контрольных значений и составляла  $261 \pm 25,3$  ед.1 мл. эр.

У группы пациентов без сопутствующей соматической патологии, мы практически не наблюдали осложнений после операций имплантаций.

До операций в этой группе активность СОД в слизистой оболочке полости рта (СОПР) практически не отличалась от контрольных значений.

На 1-е сутки после операций активность СОД в СОПР, независимо от применяемого имплантата, незначительно отличалась от контрольных значений (имелась лишь тенденция к активизации СОД; при  $P > 0,05$ ). На 3-е сутки после операции СИ активность СОД имела тенденцию к уменьшению, причем эта тенденция прослеживалась в данной группе пациентов со всеми системами установленных имплантатов.

В группе пациентов без сопутствующей соматической патологии, активность К в крови до операций СИ, практически не отличалась от контрольных значений.

В 1-е сутки после операций активность К в крови, независимо от системы установленных имплантатов, практически не изменялась или была несколько увеличена, составляя в среднем, по всей группе,  $29040 \pm 500$  (контроль  $28700 \pm 450$ ;  $P > 0,05$ ). На 3-е сутки после операции СИ, активность К имела недостоверную тенденцию к снижению. Динамика изменений со стороны К, определяемые в слизистой оболочке полости рта носят аналогичный характер.

Таким образом, мы можем отметить наибольшее падение активности каталазы (К) на 3-и сутки после операций СИ как в крови, так и в слизистой оболочке полости рта, а к 21-м суткам – появление тенденции к нормализации. К 3-му месяцу после операции показатели активности изучаемого фермента приходят к норме. Это постепенное нарастание, а затем небольшое угнетение ферментной активности К,

на 1–21 сутки после операций, очевидно связано с активизацией процессов ПОЛ в от вет на установку имплантатов. Достаточно быстрое восстановление нормальных показателей может свидетельствовать о компенсированности происходящих метаболических изменений.

Изменения, происходящие в системе ПОЛ и АОЗ у пациентов без сопутствующей соматической патологии с осложненным послеоперационным течением, характеризовались большей активизацией процессов свободнорадикального окисления. Содержание продуктов ПОЛ было достоверно ( $P < 0,05$ ) повышено по сравнению с контрольными величинами начиная с 1-х послеоперационных суток. Увеличение содержания продуктов ПОЛ наблюдалось до 21-х суток, без тенденции к нормализации до разрешения ситуации. Активность ферментов антиоксидантной защиты с 1–3 послеоперационные сутки была достоверно повышена, после 7 послеоперационных суток отмечалось достоверное угнетение в активности всех ферментов антиоксидантной защиты. 21-е послеоперационные сутки характеризовались достоверным ( $P < 0,05$ ) и стойким снижением ферментной активности, относительно контрольных величин.

Таким образом, изучив состояние систем ПОЛ и АОЗ при стоматологической имплантации в группе пациентов без сопутствующей соматической патологией, можно сделать предварительные выводы:

1. После операций стоматологической имплантации у пациентов без сопутствующей соматической патологии в анамнезе, закономерно и незначительно увеличивается активность пероксидации липидов и снижается активность антиоксидантных ферментов в основном на 3–7 послеоперационные сутки.
2. Отмечается обратная корреляционная зависимость между изменением показателей в системах ПОЛ и АОЗ.
3. Неосложненное течение послеоперационного периода стоматологической имплантации характеризуется нормализацией показателей ПОЛ и АОЗ к 21-м суткам.
4. Осложненное послеоперационное течение стоматологической имплантации характеризуется отсутствием нормализации показателей ПОЛ и АОЗ между 7–21 сутками.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

*Л. А. Горячкина, профессор кафедры клинической аллергологии РМАПО*

Атопические болезни – это болезни молодого возраста. Поэтому социальная значимость этих болезней, и аллергического ринита в том числе, очень велика. Ребенок, страдающий насморком, плохо спит, невнимателен на уроках, он хуже учится, отстает в развитии, у него возникают головные боли, формируется целый ряд других осложнений. Взрослый человек испытывает то же самое: и вялость, и слабость, и понижение работоспособности. Воспаление слизистой оболочки носа всегда имеет определенные последствия. Если его не лечить или лечить неправильно, то происходят необратимые гиперпластические процессы и дело может дойти до хирургического вмешательства. Аллергический насморк способен вызывать осложнения – поражение среднего уха, отит, способствовать рецидиву бесконечных инфекций. Человек это единый механизм, поэтому если даже один винтик выходит из строя то страдают и другие системы.

К сожалению, к риниту подчас относятся как к болезни обыденной и не обращают на него серьезного внимания. Интересный факт привел в одном из своих докладов исследователь Скенди. Откуда пациенты получают сведения о насморке? 40% – от врачей, а все остальное – из газет, журналов, телевидения, от знакомых и родственников, от аптечных работников. А как они его лечат? К аллергологу обращаются 42%, 2% идут к отоларингологу, 7% – лечится у всевозможных экстрасенсов, а остальные расплываются по специалистам, порой очень далеким от нужного профиля, пользуются методами народной медицины. От такой статистики становится очень грустно.

Итак, с чего начинается профилактика атопических болезней? Если родители аллергики, то вероятность формирования заболевания у детей очень высока. Поэтому не надо держать в доме то, что обладает высокой аллергенной потенцицией. Прежде всего, нельзя устраивать в квартире зоопарк. Второе – правильное питание: кормить ребенка надо так, как советует врач, вся «экзотика», которой сегодня очень много, способствует росту аллергии.

Многие дети посещают детские сады, где нет индивидуального подбора питания, а есть аквариумы, птички, хомяки. В 1967 году академик Адо поручил одному из своих аспирантов пройтись по детским садам и проверить в какой фор-

ме там болеет медицинский персонал и дети. Получили ужасающие вещи! Половина детей имела аллергию на сухой корм для аквариумных рыб. Аллергический насморк (в период обострения) начинается головной болью, чиханием, недомоганием. Ребенку ставили диагноз – ОРВИ, дома он через день–два «выздоровливал» и снова возвращался в сад. Через несколько дней история повторялась. Изъять аквариумы тогда оказалось целой проблемой.

Сегодня терапевты уже хорошо знают, что такое аллергия и все же допускают ошибки. Как это бывает? Пришел больной: нос не дышит. Врач, выяснив, что насморк продолжается более 7–10 дней, предполагает аллергический ринит. И тут же, не выделяя степени тяжести заболевания, назначает антигистаминные препараты. Пациент пьет их 3–4 недели, а в результате нос все равно не дышит или улучшения незначительные. После этого врач выписывает другие лекарства, назначает другие методы лечения и так до бесконечности.

Здесь должно действовать правило: если ты в чем-то сомневаешься – направь больного к профильному специалисту, в данном случае к аллергологу. Но присылать больного к нам надо не тогда, когда ты его уже залечил, когда я выявляю уже необратимые изменения на слизистой оболочке носа (это значит, что какие-то симптомы останутся с больным на всю жизнь). Вот до этого доводить не надо!

Роль участкового врача очень велика. Ведь с чего начинается лечение любой аллергии (и ринит не представляет исключения)? Если выявлен аллерген, то первым делом надо дать рекомендации пациенту: прекратить контакт, либо, если это невозможно, постараться его уменьшить хотя бы частично. Посоветовать натянуть марлю на окна, выходить гулять в определенное время, носить очки, промывать слизистую носа физиологическим раствором или кипяченой водой. В практике что случается? Имеется аллергия от домашнего животного – аллергический насморк, который пытаются лечить самыми разными препаратами. Но даже если ты пользуешься суперсовременными препаратами, но «аллерген» сидит у тебя на коленях – любое лечение эффекта не принесет. Значит, сначала надо убрать кошку, а потом уже выбирать адекватную

фармакотерапию.

Я хочу напомнить моим коллегам-терапевтам, что международные согласительные документы создаются не только для аллерголога, отоларинголога или пульмонолога, но и для них тоже. Эти документы переведены на русский язык, опубликованы во многих журналах, последний из протоколов – в журнале «Ринология» №3 за 2000 год. В нем названы все критерии: что считать насморком легким, средним, тяжелым, и по этим симптомам врач должен подбирать терапию. А она будет эффективна только тогда, когда назначенное лечение будет соответствовать степени тяжести болезни.

В лечении аллергического ринита сегодня есть определенные стандарты.

Для лечения легких форм используют неседативные антигистаминные препараты, например Кларитин, Телфаст и др. Среди большого спектра подобных средств стоит выделить препарат **Семпрекс** (акривастин). Он лишен побочных эффектов, свойственных старым препаратам, например, димедролу и супрастину: он не седативный, не снотворный, не успокаивающий. Семпрекс препарат быстродействующий, в ряде ситуаций, особенно в неотложной аллергологии, он может заменить инъекцию.

Максимальный эффект при среднем и тяжелом течении болезни дает назначение топических глюкокортикостероидов. Боятся назначать их взрослым и детям не надо, и не стоит медлить с началом терапии: эффект выше у больных, своевременно получающих лечение.

Топический глюкокортикостероид для интраназального применения **Фликсоназе** имеет минимальную общую биодоступность – менее 2%. У этого препарата есть три очень важных преимущества: первое – это 80–90% эффективности в процессе лечения, второе – выраженный контроль за назальной обструкцией и третье – минимум побочных эффектов.

*Более подробно о препаратах Семпрекс и Фликсоназе можно узнать по тел.: (095) 777 8900, тел./факс: (095) 777 8901.*



GlaxoSmithKline

## Юрий Руда: Вы дарите людям надежду

Сегодня гость нашей газеты – депутат первого созыва и помощник депутата нынешней Государственной Думы Юрий Михайлович Руда.

– Юрий Михайлович, есть ли у вас друзья или знакомые среди врачей?

– Конечно, есть. Тот же председатель комитета Госдумы по охране здоровья и спорту Николай Федорович Герасименко, с которым мы очень тесно сотрудничаем. Ведь я помощник депутата В. М. Семенова, который является его заместителем по работе в этом комитете. Уже давно, еще со времен службы в армии, дружу с военным врачом, полковником Тагиром Мансуровичем Шайхутдиновым. Он потрясающий хирург с золотыми руками, одним своим взглядом умеет снять боль. А в Курской области, откуда я родом, с давних пор знаю и с глубоким уважением отношусь к врачу – терапевту Татьяне Николаевне Фоминой.

Врачи, медсестры, санитарки делают огромное дело: лечат и ухаживают за всеми, кто обращается к ним за помощью. И делают это у нас в стране почти бесплатно, по крайней мере те, кто работает сейчас не в коммерческих клиниках. Ну, что такое две тысячи рублей для человека, от которого зависит жизнь людей? А медсестры и санитарочки вообще за копейки работают. Потому и едут многие наши специалисты за границу, где все-таки ценят труд. Или уходят в платные структуры. Спрашивается, кто же будет лечить простых людей, не способных выкладывать огромные деньги за прием у врача?

– А что, по-вашему, надо сделать сегодня, чтобы это положение изменилось?

– Надо дать медикам зарплату нормальную, которая позволила бы им достойно жить. Ведь не дело, когда врач бежит с места на место, высунув язык, чтобы заработать гроши. Он ведь тогда не успевает и специальную литературу читать, и глубоко не вникает в изучение болезни. Необходимо вложить в бюджет страны больше денег на медицину, на здравоохранение. Нельзя, чтобы всюду были только коммерческие

клиники, а государственные при этом влачили жалкое существование. У нас больше воруют и раздают, чем тратят на действительные нужды людей. Несколько раз выезд каких-нибудь делегаций не оплатить за рубеж, а эти деньги отдать на здравоохранение.

Я часто наблюдаю, бывая в командировках, такую картину: бабушка где-нибудь в Курской области приходит в поликлинику, чтобы ей сделали укол и несет с собой не только лекарство, но и вату. Она носит в кармане эту вату и бинты, которые уже давно перестали быть стерильными. Это же прямой путь к инфекции, к заразе. Смотреть на такое трудно, поэтому шел в больничный киоск, купил вату и бинты и отдавал больным. Но на всех я все равно бинтов и ваты не запасаю. Так что нужно кардинально решать вопрос с нашей медициной, чтобы перестали страдать от беспомощности больницы и поликлиники, зная, как помочь, и не имея на это средств.

– Депутат государственной Думы – должность выборная. Но часто на этих местах бывают люди, больше заботящиеся о себе и о своем благополучии, чем об интересах избирателей. Что нужно, на ваш взгляд, изменить в законодательстве, чтобы таких стало меньше?

– Нужно снять депутатскую неприкосновенность. Думаю, что честному человеку она не нужна. Это первое. Второе: надо платить депутату за его реальную работу по законодательству. Что за примерами далеко ходить? Возьмем Владимира Семенова или Алексея Гузанова. Они 80% своего времени находятся в Думе, работают над законами, принимают решения, никому не передоверяя свои функции. А известный всем Александр Невзоров за семь лет нахождения в Думе был на заседаниях раз пять, не больше, а деньги получает. И не он один такой. Вот эти-то деньги и надо отдать медицине.



– Скажите, как депутаты могут проявлять свою преданность интересам дела и народу и была ли такая возможность у вас?

– Я рад, что такая возможность у меня была. Момент, достаточно драматический, когда происходили события в Буденовске. Тогда на заседании в Госдуме я предложил поехать туда и отдать себя в заложники вместо женщин и детей. После моего приезда выпустили 120 человек. И я это сделал не потому, что мне захотелось как-то выделиться. Просто не мог смириться с тем, что там, в больнице, в беспомощном положении, в страхе, находятся женщины и дети.

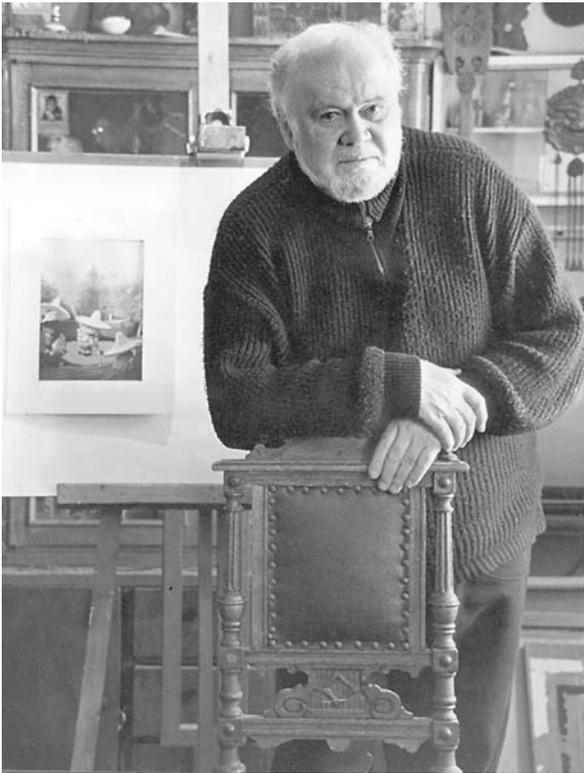
Но это, конечно, экстремальная ситуация, а ведь есть будничная и мало кому заметная работа, требующая от человека полной отдачи. Так из двух тысяч писем – просьб о помощи, я помог почти половине адресатов. Кто-то квартиры получил, инвалиды машины получили, разрешились некоторые судебные дела. Этим тоже можно гордиться. Весной я получил грамоту, подписанную Геннадием Селезневым: «За большой вклад в дело парламентаризма в России».

А еще есть благотворительная организация – общество «Во имя святых жен Руси», в которой меня избрали председателем правления.

– Что бы вы хотели пожелать нашим российским медикам?

– Прежде всего, хочу им самим пожелать здоровья! И, конечно же, благополучия! Без того и другого им трудно и нам помогать: лечить, ставить на ноги. И давать нам надежду. Счастья и радости Вам, дорогие друзья!

Наталья Савватеева  
Фото Кирилла Галуцкого



**В одном из предыдущих номеров мы опубликовали интервью с народным художником России Львом Токмаковым. А сегодня он вспоминает о своем отце – хирурге и психиатре. Эти записи, на наш взгляд, представляют интерес потому, что, с одной стороны – это история времени, живых свидетелей которому остается все меньше, а с другой – почти библейский сюжет об отце и сыне, так друг друга ни разу не повидавших. Итак, рассказывает Лев Токмаков...**

## Иллюстрации к жизни иллюстратора

Я родился в Свердловске. Мои родители познакомились и, не будучи мужем и женой, полюбили друг друга. Мама была на последнем курсе медицинского факультета Пермского университета, а отец работал в ординатуре. В Ленинграде у него была семья. Потом, уже много лет спустя, я узнал, что его мать (моя вторая бабушка) пригрозила проклятьем, если он бросит первую семью. Такая вот своего рода домостроевская установка. Отец спасовал и вернулся к прежней семье, оставив мне лишь свою фамилию в метрике. Тем не менее, дома мне постоянно рассказывали про него. Такой даже маленький культ был. Хотя задним числом я понимаю, что и бабушка моя, и братья матери не были в восторге от сложившейся ситуации, от поведения отца, считали его чересчур легкомысленным человеком. Но меня воспитывали в полном к нему почтении.

Он действительно был классным врачом, хирургом и психиатром, а кроме того – душой общества, и еще многими талантами обладал. Веселый, остроумный человек, писал стихи, рассказы, играл на всех музыкальных инструментах, которые ему в руки попадали. А еще он рисовал...

Незадолго до войны отца призвали в армию для усиления медицинских кадров РККА. Из Ленинграда он отправился на Дальний Восток в город Ворошилов. А уже там, в соро-

ковом году, его загребли. Анекдот не тот рассказал. И известий о нем долгие годы не было никаких.

Пацана все, как правило, спрашивают: «Где твой папа?». Сначала отвечал: «На Дальнем Востоке», а потом: «Он в тюрьме сидит». Тогда многих сажали, и это не было чем-то сверхъестественным и позорным. Сегодня директор завода, а завтра – на «черном вороне» его везут, о регалях уже не вспоминают. Это все на моих глазах происходило.

Правда, в разгар войны, бабушка с мамой хотели, чтобы я в спецшколу ВВС поступил – от голода спасся. Я подал заявление, прошел медицинскую комиссию и завален был на мандатной. Спецшкола ВВС – «сталинские соколы» и отбор шел на несколько поколений назад. В общем, не приняли меня из-за отца. Кстати, у нынешнего екатеринбургского губернатора Росселя точно такая же страничка в биографии есть.

Живу я без отца, считаю, что его уже нет на этом свете ... Что такое заключение мне известно.

Я уже достаточно прочно стоял на ногах как художник, когда пришла весточка. Приезжает в Москву ныне покойная Нина Михайловна Дударь, врач, мамина сокурсница. Собирается компания уральцев и после третьей рюмки она мне шепчет: «Знаешь, Левка, а отец-то жив». Во мне все оборвалось, протрезвел момен-

тально. Узнаю от нее, что он живет в Красавино Вологодской области, пьет, чуть ли не из-под забора вынимают. Только из-за золотых рук в больнице и держат. Потом оказалось, что это все не так.

Я на веру принял рассказ о его пьянстве. Думал, вот поеду, его из-под забора выну, вымою, привезу в Москву, из трех комнат одну отведу ему, и дам умереть достойно. Тот человек, которого всю жизнь любила мать – это святое. Сколько я проиграл спектаклей внутри себя – представить невозможно.

Приехал в Красавино – это деревянный двухэтажный городок, остановился в Доме крестьянина, узнал, где местная больница. Мне показали красный барак на фоне леса. Отправился туда. Табличка «Хирург», очередь сидит. Спрашиваю: «Кто принимает?» Называют какую-то совершенно неизвестную фамилию. Тогда у старшей сестры поинтересовался, работает ли Токмаков Алексей Степанович.

– А зачем вам?

– Я сын его.

И она произнесла самую короткую и емкую по информации фразу:

– Сын был на похоронах.

Я, таким образом, узнаю, что отца нет в живых, и что у меня есть брат.

И все дальнейшие сведения об отце я почерпнул из его архива, от его друзей, коллег, пациентов.

...Лагерный поселок назывался Три Солнца. Солнце восходило, заходило за сопку, второй раз проглядывало между двумя сопками и третий раз показывалось лишь на закате. Заполнярье. Сначала отец вкусил все прелести существования в лагере на общем режиме. Не сломался, написал диссертацию, но чемоданчик с бумагами украли на раскурку зеки.

Вернули ему часть бумаг, как только поняли, что он за человек.

Когда в лагере начались массовые обморожения – а страдали от этого и зеки, и охрана, Алексею Токмакову пришлось вспомнить о своей граж-



данской специальности. В основном он, конечно, резал обмороженные конечности. Но там же, по статье из журнала, овладел пластической хирургией: спас какому-то начальнику обмороженное лицо. И тогда его уже перевели на положение лагерного «придурка». Под арестантскую робу позволялся заячий жилетик, был свободный выход из зоны к лагерному барачу. Вышел он на волю не на общей волне, а раньше. Мотался по Северу и осел в Красавино, городе ткачей. Вот некоторые эпизоды его красавинской жизни...

...Престарелый хирург после работы зашел выпить пивка. В зале сидят какие-то бывшие его пациенты, приглашают: «Алексей Степанович, идите к нам». Сел он с ними за стол, выпил и задремал, немолодой уже человек. Они думали, что у доктора денег куры не клюют (чего никогда не было) и потихоньку смотались. Разбудили его работники пивной, когда

столы уже сдвигали и предложили за всех расплачиваться. Как-то так случилось, что его никто не опознал, а он в городе был личностью известной. Как на грех там оказался недавно назначенный участковый милиционер, который вообще его не знал. Он сотрудничал с местной газетой, и через пару дней вышла заметка с указанием имени и фамилии и не совсем верным описанием происшествя. Отец страшно переживал.

А через какое-то время привозят ему этого мента на «скорой» уже в качестве пациента. Острый аппендицит. Отец говорит: «Я могу сам себя оперировать, могу оперировать родных, но его не могу – боюсь рука дрогнет». Милиционера повезли в Великий Устюг. Там врачи что-то напортачили и в результате он все же оказался у отца на столе. Тот сделал операцию блестяще и спас ему жизнь. И с тех пор перед выходом на службу милиционер каждый раз делал большой круг по Красавино, заходил в больницу, извинялся перед отцом и шел на работу.

Когда с охотничьей лодки отца украли мотор и милиция злоумышленника нашла, он попросил: «Отдайте его мне, сам буду судить». Как говорили мне его друзья, другой бы «кожу с зубов снял», а Алексей Степанович его отпустил, потому что хорошо знал, что такое решетка.

...Каждое утро отец появлялся на работе в накрахмаленной рубашке, гладко выбритый. Попадавшие в Красавино студенты-практиканты, ординаторы поражались его академическим знаниям. Он владел двумя медицинскими специальностями – хирургией и психиатрией – и считал, что они дополняют друг друга. Может быть кому-то из нынешних врачей это и покажется чудачеством, но он больным, особенно тем, кто перенес тяжелую хирургическую операцию, собственноручно варил куриный бульон и приносил в палату, считая что таким образом он поддерживает их тело и дух.

Он не потерял интереса к научной работе и оставил после себя большой медицинский архив, основная часть которого находится там же – в Красавино. И бумаги эти – то, что оставлено талантливый человек, который хотел служить людям и служил им настолько, насколько позволила ему жизнь.

**Записал Дмитрий Виноградов**

## СОЗДАНА ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫМ ПАРКИНСОНИЗМОМ

**В Государственном музее – гуманитарном центре «Преодоление» им. Н. А. Островского состоялось первое собрание Региональной общественной организации, призванной дать больным людям возможность вести полноценную жизнь в обществе.**

Пациенты, присутствующие на собрании, показали пример оптимизма и веры в себя. Они говорили о трудностях, которые им приходится преодолевать из-за болезни, и о том, что нельзя отчаиваться, нужно верить в свои силы и надеяться на лучшее. Лейтмотивом всех выступлений стали слова одного из больных – со стажем болезни 16 лет – который закончил свою речь словами: «Бороться и искать, найти и не сдаваться!»

Врачи-неврологи, отметили, что им хорошо известно чувство безысходности, овладевающее человеком при диагнозе «болезнь Паркинсона». Поэтому поддержать больных людей, их родственников, оказать посильную помощь не только в лечении, но и помочь не упасть духом – вот главные задачи организации. На собрании всем присутствующим были вручены информационные пособия, подготовленные группой авторов из Центра экстрапирамидных заболеваний под руководством проф. В. Н. Штока. В них рассказывается об особенностях болезни, о новых способах лечения, о том, как лучше организовать свою повседневную жизнь при паркинсонизме. Профессор кафедры неврологии РМАПО Н. В. Федорова подчеркнула, что лечение болезни Паркинсона – ювелирная работа. Она требует не только специальных знаний и большого опыта, но и индивидуального подхода к каждому пациенту. Наталья Владимировна выразила надежду, что новая общественная организация сыграет большую роль в объединении и поддержке больных, страдающих паркинсонизмом, и подчеркнула, что приложит все силы, чтобы помочь своим пациентам.

Сегодня в мире насчитывается более 4 млн. людей, страдающих болезнью Паркинсона. Ежегодно проводится Всемирный день борьбы с этой болезнью. Кроме того, во многих странах существуют общественные организации и ассоциации, осуществляющие поддержку больных и их родственников. Теперь такая организация есть и в России. Она приглашает к сотрудничеству всех, кто неравнодушен к проблемам больных, страдающих паркинсонизмом. Ведь согласно мудрому изречению, «в этом мире пользу приносит каждый, кто облегчает бремя другого человека».

Контактный телефон: 109 9404, Степаненко Анастасия.



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


*Уважаемые коллеги!*

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

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

*Приглашаем вас к сотрудничеству с нашим молодым изданием!*

Журнал "Моё лекарство" читайте на здоровье!

Телефон редакции: 170-93-20, 170-93-64

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И  
ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ  
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Кафедра лучевой диагностики Института повышения квалификации ФУ «Медбиоэкстрем» при Минздраве России проводит подготовку специалистов по специальностям: рентгенология и ультразвуковая диагностика.

Обучение проходит на учебных базах ведущих медицинских учреждений г. Москвы и на выездных циклах во всех административных территориях Российской Федерации. Учебные базы оснащены высокотехнологичными диагностическими средствами: компьютерными и магнитно-резонансными томографами, современными аппаратами для маммографии, ультра-сонографии, для морфологического и функционального исследования всех висцеральных органов, а также сердечно-сосудистой системы.

В проведении циклов принимают участие профессора В. В. Шетинин, П. В. Власов, В. Н. Корсунский, В. М. Китаев, С. А. Седых, Н. В. Нуднов, а также доктора и кандидаты медицинских наук, доценты: М. Г. Шипуло, С. И. Попандопуло, В. М. Логачев и др.

**Адрес:** г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, клиническая больница № 6 ФУ МБ и ЭП МЗ РФ.

**Телефон:** (095) 193 8421, **факс:** (095) 193 4573.

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 Г. Денисова**  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854  
[www.hospital.da.ru](http://www.hospital.da.ru); E-mail – [hospital@dataforce.net](mailto:hospital@dataforce.net)

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ**