

# НОСПИТАЛ

# БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 8–9  
2001

**2 октября –  
всемирный день  
стомированных  
больных**

Учрежден в 1993 году  
Всемирной Ассоциацией  
стомированных больных,  
официально зарегистри-  
рован ООН, проводится в  
первое воскресенье  
октября

**НАУКА  
И ПРАКТИКА**

**ГКБ № 24**

**Московский  
городской центр  
по колопроктологии**

**Отделение  
паразитологии**

**СТР. 3–11**



**Бабочки и  
...малярия**

**СТР. 16–18**



*Владимир Борисович Александров:  
«В Москве ежегодно производится около 2000  
операций, завершающихся образованием стомы.  
Наша служба сконцентрировала у себя всех  
подобных больных, создала регистр пациентов».*

## ЭПИДПРОГНОЗ: БЕЗ СЮРПРИЗОВ

На днях в столице прошла пресс-конференция Главного государственного санитарного врача Москвы Николая Филатова. В беседе с журналистами он подвел итоги прошедших месяцев этого года и поделился эпидемиологическими прогнозами на ближайшее будущее.

С 1 января 2001 года в столице зафиксировано 1,7 миллионов случаев инфекционных заболеваний, 93 процента из которых приходится на гриппоподобные. Зимний сезон 2000–2001 года прошел без эпидемиологического подъема заболеваемости гриппом. Однако от этой болезни в городе все же умерло 24 человека (дети до трех лет и люди пожилого возраста – за шестьдесят). В предстоящую зиму грипп, конечно же, заявит о себе, но как уберечься от него, каждый человек должен решать сам – вирус ежегодно мутирует и массовые прививки на статистику заболевания сколько-нибудь заметного влияния не оказывают. Сейчас наблюдается определенный рост респираторных инфекций, но особой тревоги эпидемиологам это не внушает – обычный процесс, когда люди вернулись из отпусков в трудовые коллективы.

Из вирусных гепатитов значительный рост (1,8 раза, половина – за счет приезжих) показал только А. Гепатиты В и С, также как и ВИЧ-инфекция, в девяносто случаев из ста регистрируются у тех, кто употребляет наркотики внутривенно.

Педикулез, чесотка и иже с ними тоже регистрируются в основном у определенного контингента людей. По самым скромным подсчетам в городе около 5 тысяч бомжей, бороться с которыми не удается ни органам милиции, ни санитарным врачам. Санпропускники есть, но никто из этих людей «принять ванну и выпить чашечку кофе» не торопится.

Плодятся крысы, бродячие собаки с целым набором сопутствующих насекомых. Как-то забежала на территорию города бешеная лисица, но к счастью, никого вроде бы не укусила.

Опасения вызывает малярия – три случая было зарегистрировано в среде беженцев и переселенцев из южных республик СНГ, но, главное – возможна вероятность ее передачи. Комаров в Москве бывает много, а превентивные меры – обработку водоемов, планируют лишь на следующую весну. И вряд ли санитарным работникам удастся опрыскать каждый подвал, где они плодятся.

Химическая обстановка относительно благополучна – насколько она возможна в городе с таким количеством автотранспорта.

Радиационную опасность представляли 18 тонн мяса с Украины – партия вовремя перевачена и утилизирована.

А в целом – эпидемиологическая картина для такого мегаполиса как Москва, если и не благодатная, то, по крайней мере, серьезных поводов для паники также внушить не может.



## МЫ ДОГОНЯЕМ ЕВРОПУ

В Москве прошла II-я Московская международная научно-практическая конференция по вопросам нефрологии и диализа: «Поздние осложнения ХПН (хронической почечной недостаточности) у пациентов на программном гемодиализе». Организаторами конференции выступили – Московский Международный Центр Диализа (Московский Центр Диализа) и Российское Диализное Общество. Особый статус конференции предало участие признанных грандов мирового диализа – Бернара Шара (Bernard Charra), Джона Даугирдаса (John Daugirdas) и Бернара Кано (Bernard Canaud).

Медицинские учреждения России смогли получить доступ к самым современным технологиям гемодиализа только после падения «железного занавеса», когда в страну начали завозить современное оборудование, а отечественные специалисты смогли активно изучать опыт своих зарубежных коллег. Если в 1992 году процедуру гемодиализа в Москве получали только 250 человек (по России учет даже не велся), то в 2001 году лечение программным гемодиализом в Москве получают более 1000 пациентов (по России – более 6300). Выросли не только количественные, но и качественные показатели. Средняя продолжительность жизни пациентов, получающих процедуру гемодиализа, в 1992 году в отдельных регионах не превышала 2–3 лет. Сегодня в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге и некоторых других городах этот показатель составляет около 10 лет, что соответствует средним европейским показателям.

Несмотря на очевидный прогресс показателей продолжительности жизни гемодиализных больных в отдельных регионах страны, общероссийский уровень продолжительности жизни – невысок. Основная причина – дефицит диализных мест и неурегулированность вопросов финансирования закупок дорогостоящего оборудования и расходных материалов. В России процедуру гемодиализа получают не более 20% нуждающихся.

Материалы подготовила Д. Зарецкая



На этой старой фотографии изображен главный корпус Ново-Екатерининской больницы, каким он был в 1883 году. Сегодня здесь как и прежде размещается больница – городская клиническая № 24. Да, это здание – памятник архитектуры, но и сама больница, как учреждение, тоже является уникальным памятником русской медицины, живой страницей истории Москвы.

Здесь есть службы очень важные для системы здравоохранения города, например, отделения лекарственной патологии и паразитарных заболеваний, Московский городской центр по колопроктологии. В структуру данного центра, помимо стационара и консультативного отделения, входит едва ли не единственное в стране отделение реабилитации стоматологических больных.

В отделении паразитарных болезней занимаются не только широко распространенной патологией, но и всякой экзотикой. Больные, заподозрившие неладное, где бы они ни жили, могут приехать сюда, пройти диагностическое обследование и получить полноценное лечение.

Больница прекрасно оснащена ультразвуковой аппаратурой последнего поколения, современной эндоскопической техникой и многими другими приборами.

Более 20 лет коллектив возглавляет профессор В. Б. Александров. Ему и его коллегам из ГКБ № 24 посвящается этот номер газеты.



**– Вы знаете, что вас называют легендарным? – спросил я главного врача Московской городской клинической больницы № 24, доктора медицинских наук, главного колопроктолога Москвы, руководителя кафедры колопроктологии МГМСУ Владимира Борисовича Александрова. И хотя он ответил, что нет, не знает, суть дела от этого не изменилась. Как иначе назвать человека, который много лет занимается этой труднейшей медицинской специальностью, создал новую кафедру, воспитал огромное количество хирургов, руководит клинической больницей, и при этом не устает оперировать больных, делая по несколько сложнейших операций в день? Должности и звания сами по себе его не интересуют. В свое время В. Б. Александров ушел из директоров Института проктологии, отказавшись подчиниться райкому партии, требовавшему уволить целый ряд сотрудников. Он считает, что та давняя история уже никому не интересна, но глубокая порядочность и интеллигентность нашего неугомонного и всей душой преданного делу героя актуальны и сегодня. Итак, предлагаем нашим читателям беседу с хирургом, который и сегодня, отметив свой семидесятилетний юбилей, полон сил и юношеского задора.**

## ЛЕГЕНДАРНЫЙ АЛЕКСАНДРОВ

**– Давайте начнем с истории. На фронте главного здания больницы написано – 1775 год, значит, ей уже за двести. И сколько лет из этих двухсот больницу возглавляете вы?**

– На удивление много. Я так долго нигде не работал – с 1978 года, почти двадцать три года. Собственно говоря, десятую часть этой истории. До этого я довольно долго работал в Московской области – в Куровской больнице и в Крюково. В Куровской я работал сначала педиатром на участке, потом в стационаре, потом стал главным врачом района. Заниматься хирургией начал в Крюково,

мечтал стать онкологом, но попал на усовершенствование к А. Н. Рыжиху – выдающемуся колопроктологу. Эта отрасль медицины тогда бурно развивалась и оказалась очень востребованной. После курсов усовершенствования я еженедельно приезжал к Рыжиху на операции – посмотреть и поучаствовать. Через некоторое время Александр Наумович предложил перейти к нему работать. Вот так начался этот период жизни.

**– Как вам работаете в качестве главного врача? Помогает ли город?**

– Да, я чувствую постоянно поддержку Комитета по здравоохранению.

Но она больше, так сказать, эмоциональная. Приятно когда тебя ценят, считают, что ты работаешь с пользой. Но так, чтобы помогали специально, давали какие-то допол-

нительные деньги – этого нет. Пришлось просить, когда плохо было с эндоскопической техникой, а так стараемся зарабатывать сами. Вот сейчас нужны деньги на ремонт старого корпуса, на него ничего не давали многие годы, считается, что он уходит из больницы – мэрия хотела расширить сад Эрмитаж и сделать здесь музей истории Москвы. Мы писали Ю. М. Лужкову, что да, этот корпус – памятник архитектуры, но больница сама по себе является частью истории Москвы, живым памятником русской медицины. Надеюсь, что мы будем услышаны.

Сейчас наша больница располагается на двух территориях – здесь, в центре, на Страстном бульваре, и у Савеловского вокзала, на Песцовой улице, где у нас сконцентрирована вся терапия. В больнице есть совершен-



но уникальные отделения, таких нет больше нигде в городе: отделение лекарственной патологии, лечение паразитарных заболеваний, а также отделение гемодиализа и большая нефрология. Мы полностью оснащены современной аппаратурой – ультразвуковая аппаратура последнего поколения, современная эндоскопическая техника и многое другое.

У нас на двух территориях всего 520 коек, и я считаю, что больниц большого размера быть не должно. Надо, чтобы главный врач знал всех сотрудников и главного врача тоже знали все. Тогда больница хорошо управляется. И когда главный врач сам лечит и занимается активно хирургической деятельностью, то зачем ему 2000 коек? Это же целый комбинат. А так у нас славный коллектив, хорошие, здоровые отношения. Нет внутренних конфликтов, ссор, а это очень важно.

**– А как вам помогает страховая медицина?**

– Если вы спросите – откуда мы черпаем деньги, я могу сказать – их нам дает обязательное медицинское страхование. Мы много работаем и получаем соответственно – более полутора миллионов рублей в месяц. А бюджетных – всего миллион. Всего! На все – на еду, медикаменты, транспорт, электроэнергию. На ремонт – гроши, на оборудование – ни копейки. А мы все купили! У меня везде стоят лапароскопические стойки, везде французская наркозная аппаратура. К сожалению, лапароскопические вмешательства никто не оплачивает.

Мы платим сотрудникам дополнительную зарплату в объеме ставки. По крайней мере, врачи от нас не уходят, держатся. С сестрами, конечно, плохо. Здесь ведь, в колопроктологии, работа очень тя-

желая, очень. Штат сравнительно небольшой, пациенты пожилые, стомированные, после больших операций. Мы этим сестрам платим несколько больше, чем в других отделениях, а надо бы платить намного больше. Ведь уход за больными значит при этих операциях очень много. Поэтому родственники у нас постоянно ухаживают за своими близкими.

**– Скажите, Владимир Борисович, много ли больных нуждается в помощи по вашему профилю?**

– Очень много. Даже летом, когда везде поток больных спадает, у нас очередь – делали 25–30 больших операций в неделю. Это только больших! Не зря мы называемся Московским городским центром по колопроктологии. В структуру центра входят четыре специализированных отделений стационара, консультативное отделение и отделение реабилитации стомированных больных, которое работает у нас уже пять лет. Оно является практически единственным в стране – есть еще подобное в Санкт-Петербурге при Онкоинституте. Наша служба сконцентрировала у себя всех подобных больных, создала регистр пациентов. Да, вопрос организации этого отделения с самого начала решался на уровне Правительства Москвы и Комитета по здравоохранению. Выделены были штат, который мы просили, и деньги на средства по уходу – калоприемники, пасты, присыпки. В Москве ежегодно производится около 2000 операций, завершающихся образованием стомы. Раньше эти больные были никому не нужны, ни один доктор из поликлиники ничего не знал о том, что с ними делать, да и знать особенно не хотел. А когда мы создали это отделение, то собрали семинар хирургов – заведующих отделениями, а потом стали активно обучать перевязочных медсестер больниц. Мы провели эту работу вместе с фирмой «Конватек», у которой и покупаем все изделия по уходу за этими пациентами. Мы сначала хотели отдать все эти средства в аптеки, но убедились, что оттуда они уходит неизвестно куда. Тог-



да мы сконцентрировали все у себя. Пациентам, может быть, не всегда удобно ехать в центр, но зато они точно получают все, что им нужно. Наведен, таким образом, порядок, уменьшились расходы валюты на закупку этих предметов. Думаю, получилось удачно. Фирма нам сейчас закупила автомашину, на ней врач и медсестра выезжают к тяжелым пациентам на дом, смотрят, оказывают помощь.

У нас есть и поликлиническое консультативное отделение. Здесь пациенты могут воспользоваться всеми услугами диагностики – и рентгеном, и УЗИ, и эндоскопией, то есть, за короткий промежуток времени, на догоспитальном этапе, они могут пройти обследование.

**– Из числа всех нуждающихся в подобных операциях, сколько вы берете на себя?**

– Мы единственные в Москве, кто занимается масштабно этой проблемой. Есть еще две больницы, которым разрешено делать операции по поводу опухолей прямой



кишки. Тут надо различать операции на ободочной кишке и на прямой. Операции на ободочной кишке делают многие скоромощные больницы – больные попадают туда с непроходимостью, абсцессами. А операцию на прямой кишке, мы считаем, другие больницы делать не должны. Почему? Большой группе пациентов, если они попадают не в специализированное отделение, выполняют неадекватные операции, могут сделать лапаротомию и сказать – процесс неоперабельный. А потом многие из этих больных поступают к нам, и мы вынуждены оперировать их в более тяжелых условиях. Тут и релапаротомия, и поиск других подходов. Пациентов, у которых нельзя удалить опухоль, мало, если не считать тех, у которых диссеминированный процесс изначально. А тех, у кого фиксированный процесс, мы оперируем широко. Здесь возможна либо паллиативная резекция, условно-радикальная, или радикальная, то есть адекватная операция, которая улучшит качество жизни пациента и ее продолжительность.

Если у больного есть метастазы в печени – мы их тоже удаляем. Когда у больного 1–2 или 5 метастазов – результаты бывают неплохие. У нас и здесь есть свои методики. Например, мы считаем, что надо делать операции с энуклеацией метастаза – испарением его. Выяснилось, что метастаз как бы раздвигает паренхиму печени, не внедряясь в нее. Сидит там, как шарик, кое-где фиксируясь к строме. Ткани вокруг него прогреваем коагулятором, иссекаем его и, если он большой, просто вылушиваем пальцем. Кровопотеря при этом вполне терпимая, большой никогда не бывает. Затем мы делаем сегментарные резекции – небольшие и крупные, причем, в ряде случаев – лапараскопические. И что интересно, такие вот сочетанные методики, которые позволяют испарить метастаз, энуклеировать его, резецировать левую долю – дают 36% пятилетних выздоровлений, не выдуманных, а персонально прослеженных. А ведь это – четвертая стадия рака! Мы с 1996 года держим всех пациентов на учете и видим, как они живут. Это очень воодушевляет на продолжение данной работы, причем, мы считаем, что такого

рода операцию может сделать каждый хирург. Почти каждый.

К сожалению, не всегда помогают диагностика УЗИ и компьютерное исследование. Маленькие метастазы (0,3–0,4 см) или расположенные субсерозно не видны на ультразвуке. Зато все видит рука и глаз при вскрытии брюшной полости. Ошибок в оценке процесса бывает немало. Только в последнее время пришлось оперировать двух больных, которым совершенно ошибочно вынесли смертельный приговор! Причем, оперировали их в больших, очень серьезных клиниках. В одном случае у больного оказался не рак вовсе, а дивертикулез – опухоль воспалительного происхождения. А другой случай вообще курьезный: хирург определил на операции неоперабельный рак с метастазами, а у больного оказался желчный пузырь, набитый камнями! А прислали их мне для того, чтобы я убрал первичный очаг, а они потом стали бы лечить больных химиотерапией. И в этих двух случаях люди просто воскресли – им отменили смертный приговор!

И ведь такое случается в Москве, а представляете, что делается на периферии? Когда восемь лет назад мы опубликовали наши данные об удалении метастазов в печени, у меня был пациент, профессор, которому в тогда еще 4-м управлении сказали, что сделать ничего нельзя – только стому наложить. Мы удалили у него первичную опухоль, убрали четыре метастаза и он прожил более трех лет и издал две книги.

**– Обычно онкологи жалуются на позднюю диагностику, на то, что больные поступают к ним с запущенными формами. А как с этим обстоит дело в колопроктологии?**

– У нас это хуже, чем у кого-либо, особенно в последние годы. Думаю, что тому есть несколько причин. Во-первых, определенная скрытность симптоматики на ранних этапах. Во-вторых, довольно позднее обращение пациентов к специалисту, так как клиника развивается на фоне уже когда-то имевшихся функциональных изменений, осо-

бенно у пациентов старшего возраста. Те, кто помоложе, не хотят идти к врачу с такой патологией, стесняются. Ну и последнее: нам никак не удастся обязать врачей поликлиники смотреть прямую кишку так, как ее надо смотреть. Никто не хочет это делать, хотя опухоль прямой кишки диагностировать легко: нужно лишь пальцевое исследование и ректоскопия. Сейчас, чтобы усилить внимание докторов поликлиник к этой проблеме, мы выезжаем на конференции, которые проводим на базе окружных управлений. Здесь, в больнице, проводим семинары (8–9 семинаров в год) для колопроктологов. В округа мы выезжаем с демонстрационными материалами, с передвижным компьютером-ноутбуком, мы не только рассказываем – мы показываем. И люди слушают с интересом, не спят. Ведь у нас врачи в большинстве своем хорошие, у них высокий этический уровень, выше, чем на Западе. Покажешь ошибку и скажешь – вот, этот человек мог бы жить, а не живет, твоя вина здесь тоже есть. Запомнит.

**– Что еще, кроме онкологии, вашим хирургам особенно хорошо удается лечить?**

– Очень серьезно занимаемся язвенным колитом, болезнью Крона. Этих больных профессионально лечат только в 2–3 клиниках, а в других занимаются ими спорадически. Это очень сложные больные, и в терапевтическом и в хирургическом плане. Решив целый ряд проблем интраоперационной защиты, я думаю, мы достигли хороших результатов. (Если, конечно, больные поступили к нам не в терминальном состоянии, когда помощь оказать уже невозможно). Таких больных нужно особенно тщательно оперировать. Приходится делать тотальные или субтотальные резекции кишечника. Все компромиссы при операции на ободочной кишке, как правило, не выгодны для больного. Нужно у м е т ь



делать эти операции, но не менее важно – уметь защитить больного после операции, сделав ему несколько лапароскопических санаций. Иногда, когда перитонит сильно выражен, приходится комбинировать – отмывать брюшную полость открыто и лапароскопически, вводить в нее большое количество антисептиков.

Мы занимаемся и полипозом кишечника, приходится делать огромные операции больным, имеющим большой риск развития рака. Удаляем также доброкачественные опухоли, ворсинчатые полипы. Это все предраковые состояния, которые требуют своевременного лечения.

Удаляем мы и пресакральные кисты. Это врожденная аномалия. Раньше, когда эти операции делал еще профессор А. Н. Рыжих, подход к кисте всегда был снизу. Это заканчивалось тяжелыми кровотечениями, часто оставались фрагменты кист, что приводило к рецидивам. Мы делаем эту операцию комбинированным подходом: сначала выделяем кисту со стороны брюшной полости, а потом уже снизу удаляем. Получили хорошие результаты, избавились от больших кровотечений. Более того, сейчас мы научились это делать лапароскопически. Пока сделали несколько таких операций. Это не легче для хирурга, но значительно выгоднее и комфортнее для больного.

**– Ну а геморрой попадает в круг ваших интересов?**

– Ну, как без него, приходится заниматься и выпадением прямой кишки, и геморроем. Причем, здесь у нас тоже своя методика. Операция получается бескровной, это закрытая геморроидэктомия, и пациенты очень быстро поправляются без инфекций и болевого синдрома. Я считаю, что очень многие широко рекламируемые методики полухирургического плана невыгодны для больного, они не радикальны. Болезнь после такого лечения возвращается. У нас же больного оперируют и он навсегда прощается с болезнью, уходит с неповрежденной слизистой.

И делается это, между прочим, нашими аппаратами. Мы вообще с отечественными сшивающими аппаратами работаем очень широко, все годы. К сожалению, сей-



час все чаще приходится работать и с зарубежными. Я говорю «к сожалению», потому что иностранные фирмы, купив лицензию, делают некоторые аппараты лучше наших. Но и цена у них тоже хорошая – один аппарат стоит 300 долларов. А он одноразовый, между прочим. Некоторые лапароскопические операции без импортных аппаратов, к сожалению, не сделаешь, но такая операция потребует затрат не меньше 700–800 долларов. Это только прямые затраты на инструментарий. У нас этих денег, конечно, нет, поэтому при выполнении таких операций пациент несет определенные затраты на частичную закупку сшивающих аппаратов.

**– Техника – техникой, но все же главное, как вы сказали, глаза и руки хирурга. Скажите, вот появился у вас молодой доктор, как вы его шлифуете, доводите до ума?**

– Если человек целеустремлен и трудолюбив, то он у нас за два-четыре года овладеет очень многим. Это не везде так получается. Вот недавно был семинар по проктологии, встретились мой хирург с однокашником из другого учреждения. Они оба проработали одинаковое количество времени. Тот его спрашивает: «Что ты уже делаешь?» Мой отвечает: «Я все делаю,

кроме тотальной колэктомии». Тот просто поразился: ему за это время ничего не давали делать, кроме самых простых операций. Но так же нельзя! Хирург работает руками, он не может стать специалистом не оперируя. Не может! Поэтому мы широко допускаем молодежь к операционному столу, у нас есть кому их учить, проконтролировать и помочь. Поэтому срок «взросления» значительно сократился, молодые уже через год могут оперировать, а через четыре-пять лет работают без строго контроля заведующего отделением. Это не значит, что контроля вообще нет – если возникают вопросы, старший обязательно приглашается, но уровень самостоятельности высок.

На недавней встрече с ректором МГМСУ мы говорили о необходимости расширения подготовки кадров. Вопрос этот очень важный. Наша кафедра организовалась всего два года назад. Учиться у нас, мне кажется,



очень интересно. Большое развитие получила не только классическая хирургия но и лапароскопия, мы занимаемся ею с 1993 года, сразу после того, как я в Италии увидел, как этим методом производят холецистотомию. Врачи, которые приезжают к нам в больницу, благодаря лапароскопии, за неделю могут увидеть то, что в других местах и за год не увидят

**– Забота о подрастающей смене – это прекрасно, но хлопот с молодыми тоже, наверно, хватает. Предположим, врач ошибся, сделал что-то не так. Я знаю, есть больницы, где врача ни за что не защищают. А как у вас?**

– И опытный врач может ошибиться, но ошибка ошибке рознь – это же хирургия, агрессивное вмешательство. Мы делаем полиорганные операции. Ведь из нашей тысячи больных – 15–20% это те, которым уже отказали в других местах, а мы кладем на операционный стол почти всех. Число запущенных больных за последние три года сильно возросло. Да, молодые хирурги на таких операциях быстро растут, но при этом, конечно, есть риск ошибок. Но внутри больницы мы все случаи разбираем, не с целью наказать, а для того, чтобы по возможности избежать подобных ошибок впредь. Дисциплина и требовательность как к профессиональной работе так и к организации у нас строгая: в больнице категорически пресекается выпивка, курение, даже жевание жвачки. Последнее – просто неприлично. А что касается защиты, то, конечно, врача надо защищать. Речь идет не о том, чтобы что-то подтасовать или скрывать. Однако, 1–2 раза в год возникают эпизоды, которые требуют жесткого обсуждения только в среде хирургов.. Это же абсурд: закон защитил пациента и забыл защитить врача.

**– Насколько уместно в вашей специальности говорить о риске?**

– Вполне уместно. Вот сейчас у меня лежит больная. Ее шесть месяцев назад оперировали по поводу опухоли, она приехала с рецидивом. Я не видел таких вариантов

течения процесса! У нее вся правая половина живота от ости и до ребер представляла собой сплошное каменной плотности образование. Нет границ! Я открыл ее и увидел, что процесс намертво сидит, занимая всю брюшную стенку. Позвал дочь и сказал: «Я могу пойти на дополнительный риск, но вы должны определиться – либо мы выигрываем какой-то отрезок жизни, либо я все оставляю, как есть». Дочь согласилась. Не буду описывать подробности этой сложнейшей операции, но нам удалось удалить процесс, мы выиграли ей какое-то время жизни, более качественной, чем до операции, и у нее появилась надежда. Стоило ли рисковать ради этого? Стоило! Нам часто приходится оперировать больных с высокой степенью риска. Как без риска обойтись? Не получится. Риск должен быть обоснованным и сочетаться с надеждой на успех, которые во многом и зависят от мастерства врача, его равнодушного отношения к делу, его добросовестности.

**– Главный врач, руководитель кафедры, оперирующий хирург. Как на все хватает сил?**

– Я считаю, что оперировать надо не чаще трех раз в неделю. В каждый из этих дней делать по две-три крупных операции. Но все время какие-то звонки, просьбы. Разве откажешь? Сейчас у нас две операционные, где мне готовят больных, и я перемещаюсь из одной в другую. Операции настолько отработаны, что если не возникает никаких особых коллизий, то такое количество вполне реально. Я начинаю в восемь часов утра и к двум часам обычно заканчиваю. Это возможно, конечно, только при хорошей организации дела и высокой квалификации персонала.

**– Я понимаю, что вас трудно отвлечь от медицины, но все же попытаюсь. У вас хватает времени на что-то иное, кроме заботы о больнице и пациентах? У вас есть, простите, хобби?**

У меня есть – лошади. Люблю верховую езду. Каждое воскресенье, как бы себя не

чувствовал, еду в конюшню на Планерную. Там великолепная спортивная база. Я сел на коня, когда мне стукнуло 55 лет. В этом возрасте, обычно, уже перестают ездить. Через год я уже прыгал через препятствия. И сейчас с удовольствием езжу, а в конце каждой поездки обязательно прыжки. Я прыгал неплохо – брал барьер 1 метр 20 см, а сейчас прыгаю до 80 см. Столько раз падал, разбивался, даже перелом позвонка был, но ни разу не пропускал тренировок. Как бы себя не чувствовал, плохо или хорошо, каждое воскресенье – в седле. Сейчас у меня просто шикарный конь, его никто не удержит.

**– Вы столько лет работаете главным врачом. Что изменилось в здравоохранении и в какую сторону?**

– На мой взгляд, сильно упало поликлиническое звено, профилактическая работа различных диспансеров. Что касается стационаров, здесь все неоднозначно. Резко возросла роль руководителя, многое зависит от его компетентности, равнодушного подхода к делу, умения зарабатывать деньги, наконец. Сейчас есть возможность резко улучшить насыщенность больницы самой современной аппаратурой, улучшить качество диагностики и лечения. Это непросто, но это – достойная цель.

**Да, уж чего-чего, а равнодушия и усталости Владимир Борисович к своим семидесяти не нажил. И успокоенность здесь тоже не пахнет. О чем бы вы ни начинали разговор, он неизменно сворачивал к Больному и его интересам. Пожелаем же хирургу Александру многих лет активной работы на благо его тяжелейших больных. Что и говорить – большим повезло, что есть такой врач, а коллегам – что есть такой руководитель.**



## МЫ ЖИВЕМ В «ЧЕРВИВОМ» МИРЕ

**Александр Маркович Бронштейн – доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных и тропических болезней РГМУ, руководитель клинического отдела Института медицинской паразитологии и тропической медицины им Е. И. Марциновского, заведующий кабинетом тропической медицины и паразитарных заболеваний КИБ № 1, заведующий отделением паразитологии ГКБ № 24.**

На стенах его кабинета в больнице множество географических карт. Дело здесь не в любви профессора к географии – на каждом листе обозначены характерные для той или иной местности паразитарные заболевания. Александр Маркович завзятый путешественник, но это не праздные перемещения по земному шару, его цель – исследование все тех же паразитов, условий их жизни и круговорота в природе. Сбор анамнеза в паразитологии – дело особое. Тут нужно быть настоящим детективом, скрупулезно изучающим каждый день и каждый час жизни больного. Но мы начнем беседу не с экзотики, а с повседневности.

– Александр Маркович! Когда-то, на заре 50-х годов, все страна была покрыта сетью дегельминтизационных пунктов с полустационарами при них, где пациентов лечили вдвудением в кишечник кислорода, тщательно проводили поиск паразитов в кале и т. д. Куда они делись?

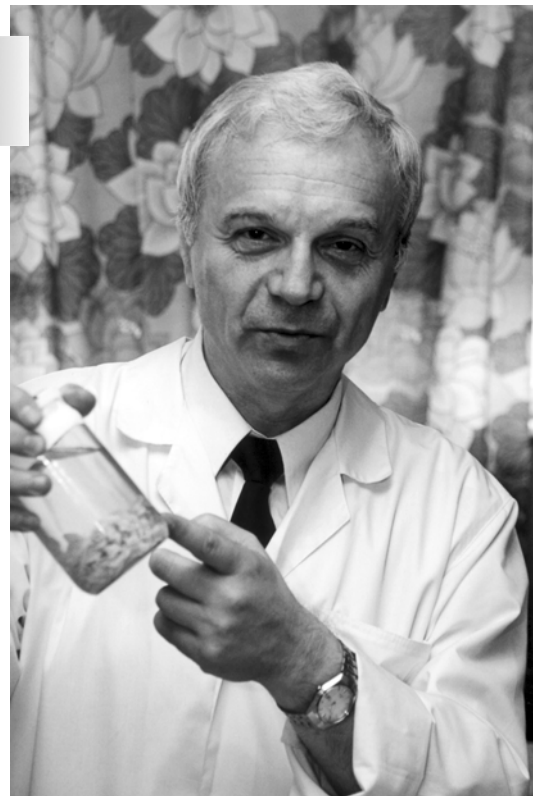
– С прогрессом фармакологии они стали не нужны – отпала в них необходимость. Раньше препараты были токсичные, поэтому лечили кислородом. Но ведь это тоже было опасно – сколько раз бывали случаи взрыва кислорода, человек получал осложнения. С тех пор, с одной стороны, прогресс пошел по пути создания большого количества безопасных препаратов, которыми человек может лечиться дома, есть даже и безрецептурные формы, а с другой стороны – резко снизилось количество пациентов, нуждающихся в стационарном лечении. Хотя в последнем я не уверен – это вопрос к статистике.

– Я недавно слышал высказывание, что 80% населения нашей страны заражены гельминтами. Откуда берется эта цифра, если население толком не обследуется?

– Возможно, так оно и есть, но точная цифра никому не известна. Проблема здесь в особом коварстве гельминтов – они очень часто себя никак не проявляют. У ребенка есть гельминт, но об этом никто знать не знает, пока «червяк» сам не выйдет наружу, и испуганная бабушка прибежит к врачу. И так, большинство пациентов не имеет никаких жалоб. Другая часть имеет неопределенные жалобы – утомляемость, плаксивость, раздражительность. По этим симптомам диагноз тоже не поставишь. И, наконец, у некоторой части пациентов гельминты проявляются той симптоматикой, которая обусловлена местом их локализации.

При нахождении в кишечнике они могут вызывать у человека либо понос, либо запоры, либо боли в животе. Находятся где-нибудь в желчном пузыре – будет клиника холецистита и т. д. Поставить диагноз «гельминтоз» на основании жалоб и клинической симптоматики – абсолютно невозможно. И как мы можем узнать, сколько людей заражено?

Значит, остаются два пути: либо обнаружение гельминта путем случайной находки, когда паразит сам выходит, либо – при плановом обследовании декретированных групп населения. Поэтому и получается, что у нас большинство





пораженных обнаруживается именно среди этих групп – у пищевиков, беременных, школьников, торговых работников, то есть, среди тех, кого обследуют в обязательном порядке.

**– А насколько вообще эффективно это обследование?**

– Найти гельминт очень сложно. Если говорить о самых распространенных в нашей стране видах, живущих в органах пищеварения, то их можно обнаружить при исследовании фекалий. Материал, скажем прямо, отвратительный, у лаборантов поликлиник большого энтузиазма возиться с ним нет. Тем более делать это, действительно, непросто – яйца гельминтов надо активно искать. Для этого лаборант должен хотеть найти. Это не анализ крови, который может посчитать и автомат. А здесь надо обработать фекалии, потом, что называется, ломать глаза, и что за это получить?

В лабораторной диагностике гельминтозов есть два фактора, влияющих на результат – объективный и субъективный. Объективный – их сложно найти, а субъективный – нет мотивации это сделать.

Вот смотрите. На диагностику примитивного энтеробиоза, если отнестись к нему серьезно, нужно брать семь (!) анализов ежедневно! Тогда шанс найти паразита есть. Пока не будет создана какая-то система, которая заинтересует лаборанта в поиске, дело не сдвинется с места.

**– Насколько паразитарные заболевания, в частности гельминтозы, влияют на здоровье больного?**

– Гельминтозы бывают разные. Относительно неопасные и очень опасные. Диапазон очень большой. Как ни странно, среди гельминтозов существует интересная диссоциация. Очень крупные паразиты, такие как солитеры, которых все боятся, на самом деле не очень опасны, несмотря на свои внушительные, иногда до 15 метров, размеры. А вот маленькие паразиты, мельчайшие, спо-

собные проникать в жизненно важные органы – очень опасны. Представляете, что будет, если такой паразит проникнет в головной мозг?!

Однако даже сравнительно безобидные, живущие в желудочно-кишечном тракте, тоже могут причинять существенное беспокойство. Вот живет аскарида в кишечнике, хорошо, если она уйдет с фекальными массами. Но вдруг, по неизвестным причинам, она начнет двигаться и в другом направлении – зайдет, например, в желчные протоки или желчный пузырь, залезет в трахею, во время родов достигнет плаценты. И ведь это непредсказуемо! Любой гельминт – это бомба замедленного действия. Человек живет с ней, не зная, когда она взорвется.

Другой момент. Вот достаточно безобидный гельминт живет в просвете кишечника, питается отбросами переваренной пищи, поглощает некоторые витамины и минеральные вещества. Если человек относительно богат, полноценно питается, он особого вреда не почувствует. А если это питание неполноценное? Если человек на грани голода? Если ему не хватает белков и витаминов? Другими словами, бедному человеку гельминты особенно вредны.

**– Как чаще всего происходит заражение?**

– Очень по разному. Все зависит от того, где находится наш пациент. В разных регионах – это видно на картах – существуют разные паразиты и, соответственно, разные пути заражения. Если взять Москву, то здесь основной путь – пищевой. Человек идет на рынок, покупает зелень, морковь, редиску, приходит домой, и, прежде всего, неправильно их моет. Я часто прошу своих студентов рассказать, как они это делают и оказываются, что они это делают неправильно. Дело в том, что яйца аскарид, невидимые глазу, прикрепляются к листочкам. Просто струей воды их не смыть! Надо взять большой таз воды, разрезать листья, положить их в воду и тогда яйца гельминтов, под весом собственной тяжести, вместе с землей осядут на дно. Надо выдержать полчаса,

сменить три-четыре раза воду. Вот тогда будет гарантия, что зелень не принесет вам вреда. Все овощи, которые находятся в земле – редиску, морковь – надо обрабатывать очень тщательно. Для энтеробиоза, особенно характерного для детей, существует контактный путь заражения.

Сейчас многие увлекаются поиском экологически чистых продуктов, естественным питанием, сыроедением. Мы подготовили работу как раз на эту тему. Увлечение суши, сашими, сырой рыбой ведет к заражению гельминтами, находящимися в рыбе. В России употребление сырой рыбы входит в давнюю традицию, ведь селедка – тоже сырая рыба, она не проходит термической обработки. Вся рыба, не прошедшая этой обработки – сырая. Вот африканец никогда в жизни не будет есть сырую рыбу, а для русского человека, корейца, китайца, японца – это привычная пища, значит, это еще один путь заражения гельминтами. Паразиты от одних видов рыб живут в желчных протоках и желчном пузыре, от других – в кишечнике.

Мясо тоже может быть источником заражения. Сейчас очень модным стало употребление шашлыков. Но надо знать, из какого мяса можно делать шашлыки. Опасно мясо плотоядных животных, например, свиньи, а мясо травоядных животных – овцы, козы, кролика – неопасно. Свиньи же едят все подряд и являются переносчиком очень опасных гельминтов. Шашлык – не российское национальное блюдо, оно пришло с Кавказа, где его готовят, все-таки, из баранины. А мы стали делать шашлык из свинины, что совершенно нелогично. Свинину можно готовить только одним путем – в кастрюлю и долго варить. Другого пути нет.

**– Мусульмане, по-видимому, правы, отвергая мясо этого животного?**

– С позиции паразитологии правильно только то, что не следует есть блюда из свиного мяса, не прошедшего ветеринарной экспертизы. А если мясо исследовалось ветеринаром, есть его можно во всех видах. Хотя, действительно, существует гипотеза, что в



древности отмечались эпидемии с большим количеством смертельных исходов, связанных с употреблением свинины, зараженной трихинеллами. Поэтому люди уже давно почувствовали, что со свиньями не все в порядке. И, не понимая, в чем здесь дело, их стали считать грязными животными, которых лучше не есть.

**– А заражение от домашних животных?**

– Если среди сельскохозяйственных животных самой опасной является свинья, то среди домашних, безусловно, собака. Более грязного животного не найти, ни одна кошка не может с ней сравниться. Я считаю, что всех любителей собак надо в обязательном порядке вести в наше отделение на обследование. Может быть, эта мера их немного отрезвит! Наши тяжелейшие пациенты, полежав у нас, начинают собак просто ненавидеть. Собаки в прямом смысле грязные животные – ходят по земле, валяются на ней, лижут фекалии, потом идут в дом, где их хозяйка целуют и обнимают. В отличие от кошки, собаки гораздо более активны в плане физического контакта с человеком. Именно от нее хозяин получает опасных для здоровья паразитов! Заболевание это называется эхинококкоз. В запущенных случаях мы лечим его вместе с хирургами, которым приходится удалять большие кисты. Причем, эти кисты могут быть где угодно – в селезенке, в печени, в органах малого таза, в мозгу. После этого мы проводим лекарственную терапию. Это страшное заболевание – плата за удовольствие иметь собаку. Но обидно, что им страдают и люди, которые этих собак не видели и не знают, ведь зараженные фекалии могут оказаться и в песочнице, где играют дети, и на пляже, да где угодно.

**– А собак без глистов не бывает?**

– Только если она сидит дома, а если она вышла на улицу, стала нюхать все вокруг, то – увы. Не будете же вы таскать ротвеллера на руках, как болонку? Другие животные тоже опасны, но в гораздо меньшей степени – они не так близки к человеку. А вот, скажем, охотники могут заразиться этим и другими опасными паразитами от своей добычи. Естественно, что заразиться могут родные и близкие охотника, мы всегда выясняем это обстоятельство. Допустим, жена обдирает шкуру лисы, а там – вариант эхинококкоза, но еще более опасный.

**– Сейчас народ много ездит. Что можно привезти с собой из путешествия?**

– Надо исходить из того, что у нас выезжают туристы и командировочные по разным делам. Есть особые туристы, которые уже всюду были и теперь хотят особой экзотики. Если взять массовый туризм, то из России 90% едут в Турцию и Египет. Из этих регионов, в основном, привозят кишечную инфекцию – амёбиоз. Заразиться им чрезвычайно легко: через овощи, фрукты, купаясь в прибрежной зоне или в местном бассейне. А экзотические туристы и командировочные, конечно, могут привезти самые редкие редкости.

**– Вернемся к гельминтозам. Есть ли какие-нибудь косвенные методы диагностики?**

– Как и в любой отрасли медицины, диагноз ставит не лаборатория, а врач. И если врач не включит свой интеллект – диагноза не будет. Если лабораторный анализ отрицателен, но я чувствую, что это гельминтоз, я не обращаю на анализ никакого внимания. Или другой вариант: сейчас очень много кооперативов, которым очень хочется что-нибудь обнаружить. Им нельзя верить, они найдут, что хочешь и будут долго, старательно и дорого лечить. Ко мне недавно прислали больного, у которого нашли индонезийского (!) паразита. А клиники никакой нет. Одним словом,

чтобы приблизиться к диагнозу, особенно в тех условиях, когда клиника дает мало информации (гельминты часто маскируются под разные заболевания), очень может помочь географический и пищевой анамнез. Мой первый вопрос к пациенту – где он родился? Для вас это ничего не значит, а для меня каждая зона – это свой особый круг паразитов, Западная Украина – одно, Узбекистан – другое, Приморский край – третье и т. д. Допустим, человек родился в Тюменской области и жил там до 10 лет, вырос, пошел в армию, женился, переехал в Москву. Но десять лет он был в зоне риска! Мог заразиться.

Вот у меня недавно был пациент. Родился в Москве, был в командировке в Южной Африке. Он обратился ко мне по поводу паразитов, сидящих в ягодицах. Андрюва африканская муха – вон она у меня здесь в банке сидит. Откуда она могла взяться? Спрашиваю, где он был? Отвечает, что на самом юге Африки. Но там этой мухи нет! Вспомнил, что пролетом останавливался в Сенегале. Говорит – только одну ночь переночевал. Стоп! Ночевал, сушил трусы в туалете, была открыта форточка. Вот и диагноз.

Или еще. Человек был в Австралии, гостеприимный друг повез его на один день на Соломоновы острова, потом они вернулись назад, в Австралию, а оттуда он полетел в Японию. И когда у него в Японии поднялась температура, никто ничего не мог понять. Спрашиваю, где был? Отвечает, что в Австралии, про Соломоновы острова еле вспомнил – ведь был там всего один день. Но именно там он и получил болезнь.

Я всегда учу своих студентов – выяснять каждый день жизни пациента. Чтобы никаких белых пятен! Вот человек живет безвылазно в Москве, но был случай – выбрался на несколько дней в Рязанскую область. А там – Ока, он – ловил рыбу. И получил от рыбы паразита. Родная и близкая Рязанская область, людям кажется, что они вообще не перемещаются в пространстве. Ока ведь не Амазонка! И, тем не менее, это – географический анамнез.



Не менее важен и пищевой анамнез, гастрономические привычки человека. Вот кто любит соленую щучью икру. А ее есть нельзя, она опасна. Или не щучья, а окуневая. А в ней – солитер. А в черной икре его нет. Вот и приходится писать об этом статьи в журнал «Рыболов и охотник».

**– Можно ли говорить о профилактике паразитарных болезней?**

– А что именно мы хотели бы профилактировать? Паразит проникает в организм человека разными путями. Мое классическое изречение, которое я всегда повторяю: «Мы живем в червевом мире». Заразиться можно через насекомых, через землю, половым путем, через пищу. Вот и как тут говорить о профилактике? Ведь ничего нового, кроме того, что всем давно известно, я не скажу. Мыть овощи надо? Надо. Половые связи должны быть с презервативом. Всем известно. Пищу надо варить как следует. Это тоже не новость. Следовательно, меры общей профилактики будут мерами профилактики и для гельминтозов. Но какие-то специфические советы, наверное, я все же могу дать. Если вас угощают неизвестным мясом – не есть его до тех пор, пока не убедитесь, что животное – травоядное. Антилопу – ешьте пожалуйста, дикого кабана – лучше не надо. Рыба. Икру окуневую, щучью и красную не есть в свежем виде. Мы от красной здесь, в Москве, не заражаемся, потому что она давно и хорошо просолена и полна консервантов.

Наша позиция по отношению к пище следующая. Избавить людей от их вкусовых привычек практически невозможно, запреты тут не действуют. Мы должны их направлять: любишь есть сырую рыбу – ешь, но – определенные сорта. Любишь шашлыки – пожалуйста, но только из баранины.

**– Есть ли прогресс в лекарственной терапии гельминтозов?**

– В отношении некоторых паразитарных заболеваний прогресс очень большой. В отношении кишечной группы хорошо зарекомендовал себя Мебиндазол (вермокс). Он имеет достаточно широкий спектр, но действует только на часть круглых гель-

минтов. На ленточных паразитов (трематоду, печеночную двуустку) хорошо действует Празиквантель. К сожалению, попытки создать сочетанные препараты пока успеха не имеют.

Тут вот еще что надо иметь в виду. Человек заразился неким паразитом и живет с ним лет сорок. Потом его обнаружили и ликвидировали. Но почти всю оставшуюся жизнь, человек, должен лечить те изменения, который этот паразит вызвал: холецистит, холангит, гепатит и пр. Просто изгнать паразита бывает недостаточно.

Для некоторых гельминтозов характерна аллергическая симптоматика – крапивницы, зуд. Это тоже надо лечить.

Еще якобы существуют народные средства, в каждой стране – свои. В России, например, считается, что очень помогает чеснок и водка. Мы проверяли: от чеснока пользы нет, введение его в виде настоев в прямую кишку ничего кроме проктита не вызывает. Некоторые «спецы» делают микроклизмы при энтеробиозе. А острицы-то живут в слепой кишке! Какая микроклизма туда достанет? За водкой тоже вряд ли можно признать лечебные свойства. Эффективной можно назвать лишь дозу, от которой умирает все живое, в том числе и пациент. Короче, никаких народных средств против глистов сегодня нет. Не пойму, почему они получают все большее распространение, ведь в аптеках есть хорошие лекарства – одной таблетки бывает достаточно.

**– А как влияет на заражаемость гельминтами стремление к экологически чистой пище?**

– Иногда эта чистота может усилить опасность заражения. Ведь если в продукте нет химии, то это совсем не значит, что там нет паразитов. Наоборот, паразитам там еще лучше живется – ведь химикалии и им не по нутру. Так что экологически чистый продукт – не гарантия от заражения.

**– Мы знаем, что бывают микробы полезные для человека, а есть ли «полезные» паразиты?**

– Пока никто никакой пользы от них не видел. Но есть мнение, что одни более безобидны, другие – менее. Скажем, лямблии

считаются условно патогенными. Но все равно, наша позиция такова – если можно путем применения нетоксичных препаратов от них избавиться – лучше это сделать.

**– Насколько обоснованно регулярное применение противоглистных препаратов без обследования, «на всякий случай»?**

– Нельзя сказать, что это совсем уж неправильно. Если можно сдать анализ, это лучше сделать. Но, если был контакт с загрязненной средой, профилактический курс провести не вредно. Но это не значит, что его надо повторять чуть ли не каждый месяц.

**– Как больные попадают к вам сюда, в 24-ю больницу? Откуда вы берете пациентов?**

– Очень просто. В Москве, при 1-й Клинической инфекционной больнице, существует кабинет тропической медицины и паразитарных заболеваний. Если человек имеет московский страховой полис, то он, получив направление из поликлиники, идет сюда и бесплатно консультируется. Если он нуждается в стационарном лечении, его направляют в ГКБ № 24. Жителей Московской области мы тоже принимаем бесплатно. Если пациент из другого региона, то он идет по системе добровольного медицинского страхования.

Мы здесь занимаемся не только широко распространенными заболеваниями, но и всякой экзотикой. Больным, заподозрившим неладное, где бы они ни жили, лучше приехать к нам и получить полноценную консультацию. Принимаем мы и взрослых и детей. Стандартное обследование, если необходимо, включает УЗИ, компьютерную томографию, колоноскопию и т. д. Мы сотрудничаем с клиниками факультетской хирургии ММА им. Сеченова, с НИИ им. Бурденко, с другими учреждениями. Это контакты и наличие собственного стационара в больнице № 24, делает работу кабинета особенно эффективной. Так что, в случае необходимости, дорога к нам открыта для каждого.

**Материалы из ГКБ № 24 подготовил  
Михаил Кукулевич, фоторепортаж  
Владимира Бахарева**



## ПРОБЛЕМА СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*С каждым годом растет число людей, для которых перенесенная хирургическая операция на тонкой и толстой кишке заканчивается наложением стомы. Как жить дальше – вопрос для этих пациентов принципиальный. Будучи, по формальным показателям, практически здоровыми людьми, они, при отсутствии соответствующих средств ухода за стомой, бывают вынуждены самоизолироваться от общества, ощущать свою неполноценность, ущербность. Между тем, среди этих пациентов есть замечательные ученые, артисты, политические деятели, высокопрофессиональные рабочие, инженеры и бизнесмены. Поэтому обеспечение стомированных пациентов современными средствами ухода практически полностью решает вопрос о возвращении их к активной творческой и трудовой деятельности.*

В большинстве стран мира средства ухода за стомой предоставляются пациентам бесплатно. В России, по Постановлению Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», инвалиды I группы и неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды в возрасте до 16 лет также должны обеспечиваться калоприемниками и мочеприемниками бесплатно. К сожалению, продукция отечественных производителей сегодня не удовлетворяет потребителей ни количеством, ни качеством, ни разнообразием ассортимента.

Положительный опыт в решении проблемы стомированных больных имеется лишь в Москве и Санкт-Петербурге, некоторые перемены к лучшему намечались в Красноярске и Перми. Как действуют столичные медики? Например, в Городской клинической больнице № 24 г. Москвы, на базе Центра колопроктологии, создана служба реабилитации стомированных больных. Многие проблемы развития этой службы решаются благодаря сотрудничеству больницы с компанией «КонваТек», (Великобритания), финансирующей оснащение кабинета реабилитации, покупку оборудования, программного обеспечения, обучение специалистов. Комитет здравоохранения Москвы, в свою очередь, выделяет средства, для бесплатного обеспечения пациентов всем необходимым для ухода за стомой. Такой комплексный подход дает хорошие результаты, он вполне может быть распространен и на другие города России, обеспечив выполнение социальных гарантий государства.

«КонваТек Лимитед» – ведущая компания по производству современных высококачественных однокомпонентных и двухкомпонентных кало- и мочеприемников, которая обеспечивает 45% потребности мирового рынка в данной продукции. Все эти изделия зарегистрированы и сертифицированы Минздравом России. Компания согласовывает свою деятельность с основными направлениями развития системы отечественного здравоохранения, в част-

ности, медико-социальным, реабилитационным, службой ухода, совершенствовани-ем учета и контроля, в создании единого информационного пространства в этой области. Несомненно, участие «КонваТек» в выполнении городских программ по совершенствованию работы в области комплексной реабилитации этой категории пациентов является большой честью для компании.

Расскажем более подробно об основных изделиях, предлагаемых компанией.

Стома спасает жизнь пациенту, но его ежедневное существование полностью зависит от ее состояния. Кожа – естественный барьер между организмом и окружающей средой, она легко повреждается, после чего трудно заживает. В 1972 году на рынок был выпущен продукт под маркой «Стомагезив» (компания «КонваТек Бристол-Майерс Сквибб», Великобритания), который полностью изменил подход к уходу за кожей вокруг стомы. Его замечательные качества основаны на уникальной комбинации желатина, пектина и ряда других компонентов, которые позволяют изделию прилипать как к сухой, так и к влажной коже.

Благодаря этому уход за кожей стал менее сложным, а срок использования приспособления увеличился до семи дней, что позволило существенно сократить расходы (даже менее дорогой «барьер» может фактически стоить дороже, если время ношения у него меньше).

Двухкомпонентные калоприемники состоят из двух элементов: пластины и мешочка. Пластина изготовлена из гидроколлоидных материалов, обладающих выраженными адгезивными, противовоспалительными и эпителизирующими свойствами. Пластины выпускаются полные, облегченные, конвексные, аккордеонообразные (послеоперационные) и т. д. Мешочки бывают колостомные и илеостомные (разной формы, с фильтрами и без них, с поглотителями запаха и без них, могут иметь дополнительный слой из материала, препятствующего прилипанию мешка к телу и пр.). Крепление всех типов мешков на всех типах пластин производится путем надавливания на фланцы. Качественные пластины держатся на теле пациента от 4 до 7 дней.

Однокомпонентные калоприемники, или просто клеящиеся мешки различных модификаций (колостомные, илеостомные, мешки-крышки, детские и т. д.), объединяют пластину и мешок в единое целое. К ним также может быть прикреплен пояс. Колостомные однокомпонентные калоприемники относятся к разряду одноразовых, илеостомные – могут держаться на теле 2–3 дня, выпуск кишечного содержимого у них осуществляется через отверстие внизу мешка, которое закрывается зажимом.

Средства ухода за стомой – это калоприемники и вспомогательные средства, такие как паста, порошок, дезодоранты, поглотители запаха, защитные пленки, уплотнительные кольца, палочки под двустольную стому, ирригаторы, адсорбенты и т. д. Например, при наличии мокнущей мацерации на коже пациента перед наложением пластины используется порошок, который удаляет влагу и образует защитную пленку. Вокруг стомы наносится паста, которая, застывая, образует надежную преграду, предотвращая затекание содержимого под пластину, паста также обладает заживляющими свойствами.

В медицинской практике в России калоприемники не получили такого широкого применения, как в других странах мира. Это связано, прежде всего, с экономической ситуацией.

Некоторые лечебные учреждения из различных регионов России закупают калоприемники для нужд своих пациентов, однако четкой системы закупок, требований к качеству продукции, критериев ее оценки, норм потребления, от которых зависит и цена, пока еще не выработано, что, естественно, требует вмешательства в процесс специалистов, которые разработают методические рекомендации.

От имени «КонваТек»

**Т. Юрашева, директор**

**Государственная программа лекарственного обеспечения**

Москва, Трехпрудный пер., 9, строение 1 Б. Тел./факс: 935 8307, 935 8308.



**ConvaTec**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТВОРА КУРИОЗИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лечение послеоперационных ран – одна из актуальных проблем хирургии. Поиск препаратов, способных ускорить процесс реабилитации больных, улучшить качество их жизни идет постоянно. Среди множества средств, предлагаемых сегодня больницам, стоит назвать препарат Куриозин, разработанный специалистами венгерского предприятия Гедеон Рихтер. Основное действующее вещество Куриозина – гиалуроновая кислота – биополимер гликозаминогликан, важнейший компонент кожи, входящий в состав межклеточного вещества большинства тканей человека. Взаимодействуя с белками, молекулами воды и другими веществами, он образует дисперсионный внеклеточный матрикс, способствующий поддержанию нормального тонуса и эластичности кожи, улучшению микроциркуляции и регенерации тканей. Гиалуронат цинка оказывает противомикробное действие, что также ускоряет процесс лечения.

При нарушении целостности кожных покровов применение раствора Куриозин приводит к усилению клеточной пролиферации и ускорению заживления тканей. Поэтому он показан для лечения самых разнообразных ран, в том числе плохо заживающих, инфицированных, а также язв, пролежней и свищей.

Возможности Куриозина в терапии послеоперационных повреждений кожи и тканей были изучены специалистами Государственного научного центра колопроктологии. Сравнительные исследования, которые были проведены недавно, подтвердили его эффективность при лечении послеоперационных ран у проктологических больных.

В основную группу были включены 27 больных разных возрастов – от 20 до 70 лет, с интрасфинктерными (7), транссфинктерными (6), экстрасфинктерными (4) свищами и хроническими анальными трещинами (9). Сравнение проводили с данными контрольной группы, сопоставимой по возрасту и патологии, которые были получены в 1996–1998 гг. Послеоперационное лечение пациентов контрольной группы заключалось в ежедневном промывании ран растворами антисептиков и применением повязок с левомеколем. Раствор Куриозина вводили в рану во время перевязок.

Динамика воспалительной раневой реакции на 7-й день лечения Куриозином (оценка по цитологическим данным) приводится на рис. 1.

Положительная оценка давалась в случаях быстрой регрессии воспаления и активном нарастании дистрофических изменений

в клетках, неудовлетворительная – в случаях, когда признаки воспаления персистировали на протяжении всего периода наблюдения. При лечении Куриозином положительная динамика наблюдалась чаще (65,4% и 41,9% в контроле), сохранение признаков активного воспаления отмечалось втрое реже (11,5% и 34,9% в контроле).

Характеристика течения второй фазы раневого процесса на фоне лечения куриозином оценивалась по клиническим параметрам (рис. 2).

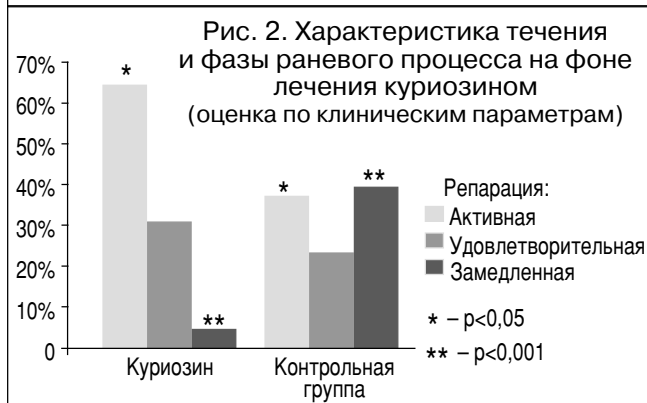
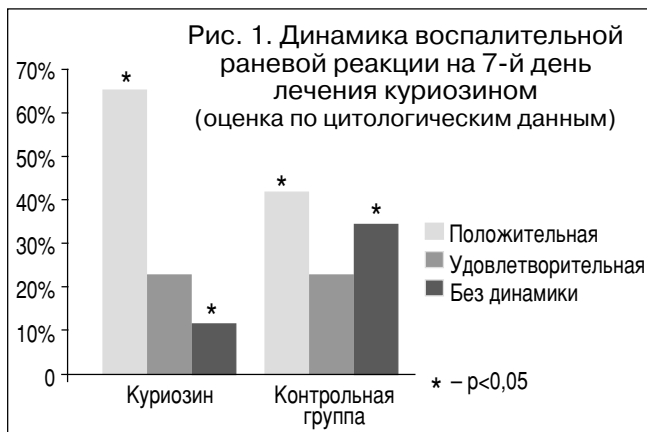
Активная репарация – первые грануляции появлялись на 3 день, их наиболее полное развитие с краевой эпителизацией на 6–7 день. Удовлетворительная – появление грануляций на 4–5 день и их максимального количества – на 8–9 день после операции. Замедленное течение фазы репарации – появление грануляций позже 5 дня и их максимального количества на 10 день после операции.

Интенсивность процесса репарации на фоне лечения Куриозином оценивалась по цитологическим данным.

Активная фаза репарации при применении Куриозина отмечалась вдвое чаще (53,8% и 27,9% в контроле), замедленное течение репаративных процессов встречалось в 5 раз реже (7,7% и 39,5% в контроле).

Средние сроки заживления раны с образованием рубца уменьшились в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Общая микробная обсемененность раны на 7 день лечения оценивалась по мазкам-отпечаткам (немногочисленные микроорганизмы – скудная обсемененность, умеренное количество смешанной флоры – умеренная). Микробная обсемененность была чаще умеренной на фоне применения Куриозина и обильной в контрольной группе. Скудная микробная обсемененность отмечалась у



26,9% основной группы и у 11,6% контрольной группы.

Авторы данного исследования дали следующее заключение.

Применение препарата Куриозин в комплексном лечении ран после операций на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности обеспечивает ускоренное их заживление, предупреждает развитие воспалительных осложнений и сокращает сроки лечения больных. Особенно ощутимо влияние Куриозина на 2 и 3 фазы раневого процесса, где наилучшим образом проявляются репаративные свойства препарата.

Куриозин следует шире использовать в колопроктологии, особенно там, где можно ожидать вялое течение раневых процессов у больного в силу возраста или сопутствующих заболеваний.

Более подробную информацию о препарате Куриозин и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Гедеон Рихтер по телефону: 363 3927.



## ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

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

Какие бы самые современные препараты мы ни оценивали, пока нет лекарств более эффективных в терапии аллергических заболеваний дыхательных путей (астма, аллергический ринит), чем глюкокортикостероиды. Они имеют широкий спектр противовоспалительной активности, воздействуют на иммунные и неиммунные звенья воспаления. Если негормональные препараты действуют всего лишь на какие-то определенные фрагменты аллергического воспаления (скажем, антигистаминные препараты влияют на один из медиаторов аллергии – гистамин), то глюкокортикостероиды блокируют все основные клетки, которые формируют аллергическое воспаление.

Если поинтересоваться, чем лечат больных астмой в поликлиниках, то окажется, что добрая половина пациентов до сих пор получает системные глюкокортикостероиды. Но это вчерашний день мировой клинической практики. Сегодня специалисты отдадут предпочтение топическим ингаляционным лекарственным формам глюкокортикостероидов, которые имеют огромное преимущество перед системными. Ингаляционные стероиды имеют различную липофильность, способность проникать сквозь клеточную мембрану, удерживаться в тканях. Чем селективнее действует препарат на глюкокортикостероидный рецептор (рядом расположены и прогестероновые, эстрогеновые, андрогенные, минералокортикоидные рецепторы), тем меньше вероятность побочных эффектов. Активированный комплекс глюкокортикостероид – рецептор проникает в ядро клетки, участвует в синтезе информационной РНК и продукции белков, которые оказывают противовоспалительный эффект (блокируя фермент фосфолипазу, предотвращают образование целого ряда медиаторов, формирующих ранний и поздний ответ при бронхиальной астме).

Современные ингаляционные стероиды имеют крайне низкую всасываемость в желудочно-кишечном тракте и, одновременно, низкую биодоступность (определяющую системные эффекты). Вместе с тем, их концентрация в легких более чем в 10 раз выше, чем у пероральных форм. Ингаляционные стероиды могут исполь-

зоваться в терапии сезонных и круглогодичных аллергических ринитов, всех форм бронхиальной астмы, в том числе легкой, которая не всегда, к сожалению, поддается лечению негормональными препаратами. Но предпочтительнее их назначать при среднем и тяжелом течении болезни. Ингаляционные стероиды у больных астмой существенно снижают число обострений, госпитализаций; уменьшается применение сопутствующих лекарственных средств. Будучи препаратами мощного противовоспалительного действия, они действуют на бронхиальную гиперреактивность, улучшают легочную функцию, профилактируют астматические состояния. Да, всегда были и будут пациенты, которым необходимы системные глюкокортикостероиды, но применение ингаляционных форм снижает (иногда полностью устраняет) потребность в них.

Принцип назначения ингаляционных стероидов при бронхиальной астме у нас один: если  $\beta_2$ -агонисты используются чаще, чем 1 раз в день, то у врача есть право изменить тактику лечения. При назначении ингаляционных стероидов доза выбирается индивидуально – она никогда не была и не будет стандартной. И всегда зависит от тяжести течения болезни. Но лечение лучше начинать с максимальных для данной степени тяжести доз, постепенно снижая до уровня, обеспечивающего оптимальный контроль за заболеванием.

Между первой и второй неделями терапии у пациента практически полностью проходят приступы удушья. Кажется, что человек резко пошел на поправку, и врачи нередко торопятся либо отменить препарат, либо уменьшить дозу. Между тем, бронхиальная гиперреактивность (свидетельство текущего воспаления в дыхательных путях) уходит самой последней – между шестым и двенадцатым месяцами. Эти наблюдения позволяют ответить на часто возникающий вопрос: как долго следует проводить лечение? Столько времени, сколько необходимо каждому конкретному больному. Не стоит медлить с началом терапии: эффект выше у больных, своевременно получающих ингаляционные формы.

Ингаляционные глюкокортикостероиды представлены на мировом рынке

очень широко. Золотой стандарт глюкокортикостероидов топического местного действия – беклометазон дипропионат, впервые полученный фирмой «Глаксо». Сегодня фирма ГлаксоСмитКляйн предлагает препарат нового поколения – топический глюкокортикостероид флутиказона пропионат. У него есть две лекарственные формы: для лечения бронхиальной астмы – Фликсотид, и для аллергических ринитов – Фликсоназе.

В чем преимущества флутиказона? Во-первых, как препарат местного действия, он имеет минимальную общую биодоступность. У Фликсоназе, например, она менее 2% от той дозы, которую получает пациент. В то время как у флунизолида, она составляет от 20 до 50%. Разница очень существенная. А чем больше у препарата общая биодоступность, тем более реальны возможные осложнения на гипофизарно-надпочечниковую систему, и соответственно – меньше биодоступность, то и воздействия тоже меньше. Учитывая низкий процент общей биодоступности Фликсоназе и маленькую дозировку, 200 мкг в сутки, риск получить осложнения при аллергических ринитах здесь минимален. Препарат длительно связывается с глюкокортикостероидными рецепторами, поэтому его можно использовать всего один-два раза в сутки. Для пациента это гораздо удобнее, ведь «старые» препараты надо было применять три-четыре раза в сутки.

При аллергическом рините взрослым и детям до 12 лет назначается по две дозы в каждый носовой ход, желательное утро. В тяжелых случаях – процедуру проводят два раза в день. Детям 4–12 лет – по одной дозе в каждый носовой ход один или два раза в день.

В заключение, хочу обратить внимание врачей на то, что переводить больных, получающих системные препараты, на интраназальные надо осторожно, тщательно контролируя функцию надпочечников.



Тел.: (095) 777 8900  
Тел./факс: (095) 777 8901

GlaxoSmithKline

## Ф ВЕРОФАРМ™: СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА ПО МИРОВЫМ СТАНДАРТАМ КАЧЕСТВА

ЗАО «Верофарм» – российская фармацевтическая компания-производитель, известная как в нашей стране, так и за рубежом. По данным агентства «Фармэксперт», «Верофарм» занимает 5 место в итоговом рейтинге российских фармкомпаний за 2000 г.

Производство ЗАО «Верофарм» включает 2 самостоятельные бизнес-единицы: «Текущее производство» и «Веро-лекарства». Основной задачей БЕ «Текущее производство» является производство и продажи традиционной продукции. «Веро-лекарства» – это линия современных и эффективных лекарственных препаратов, соответствующих мировым стандартам качества. В рамках БЕ «Веро-лекарства» реализуется программа импортозамещения, позволяющая заменить дорогостоящие западные препараты на доступные современные отечественные аналоги, не уступающие зарубежным ни по качеству, ни по эффективности. Производство дженериков является перспективным направлением, т. к. позволяет экономить средства региональных и федеральных бюджетов, выделенных на оплату лекарств.

В конце 2001 г. планируется запуск нового корпуса по выпуску дженериков на

базе Белгородского предприятия. Корпус строится по современным технологиям, полностью соответствует стандарту GMP.

Производственную базу «Верофарма» составляют два крупных завода: Воронежский химико-фармацевтический завод и Белгородское предприятие по изготовлению готовых лекарственных форм. Воронежский завод, который был открыт еще в 1934 году, производит широкий ассортимент ампульной продукции, выпускает различные виды пластырей. Белгородское предприятие также производит ампульную продукцию, но еще и целый ряд витаминных комплексов. По данным маркетинговых исследований, среди российских заводов, выпускающих витамины, «Верофарм» занимает 70% по номенклатуре и 5% по объему продаж. По пластырям «Верофарм» занимает 75% рынка.

В настоящее время «Верофарм» выпускает более 40 наименований дженериков, относящихся к 10 фармакотерапевтическим группам. Эффективность и качество дженериков «Верофарм» подтверждается исследованиями на биоэквивалентности, зарегистрированными исследованиями и соответствуют международным стандартам GMP. Исследуя тенденции заболевае-

мости в России, компания «Верофарм» формирует свой портфель продукции, исходя из эффективности и востребованности препаратов, и делает их доступными для потребителя. Препараты ЗАО «Верофарм» включены в оптимальные схемы лечения большинства наиболее распространенных заболеваний.

В «Верофарме» работают более 3000 человек. Руководство компании стремится создать доброжелательную атмосферу, для того чтобы каждый сотрудник имел возможность использовать свои знания и способности, максимально реализуя свой потенциал и получая при этом удовлетворение от работы. Кадры «Верофарма» – это профессионалы, которые на каждом этапе создания лекарственного средства видят перед собой человека, для которого оно предназначено.

Компания «Верофарм», имея современную, динамично развивающуюся производственную базу и команду высокопрофессиональных квалифицированных специалистов, уверенно смотрит в будущее, постоянно совершенствуя свой исследовательский, производственный и человеческий потенциал для воплощения достижений науки в своих лекарствах.

### КАРДИОЛОГИЯ

- Веро-эналаприл** – ингибитор АПФ для лечения артериальной гипертензии и сердечной недостаточности
- Веро-верапамил** – блокатор кальциевых каналов с антиаритмическим, антиангинальным и гипотензивным действием
- Веро-атенолол** – кардиоселективный b-адреноблокатор для лечения артериальной гипертензии, ИБС, нарушений ритма и профилактики приступов стенокардии
- Веро-амлодипин** – блокатор кальциевых каналов пролонгированного действия для лечения артериальной гипертензии и ИБС с однократным суточным приемом
- Веро-каптоприл** – ингибитор АПФ короткого действия для лечения артериальной гипертензии с быстрым наступлением эффекта при купировании гипертонических кризов
- Веро-триметазидин** – единственное метаболическое средство для лечения ИБС, обладающий антиишемической и антиангинальной активностью
- Веро-лозартан** – современный антигипертензивный препарат, блокатор рецепторов АТ1, применяемый как альтернатива при неэффективности или непереносимости ингибиторов АПФ
- Веро-симвастатин** – гиполипидемический препарат группы статинов, эффективно снижающий уровень холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, триглицеридов и умеренно повышающий уровень антиатерогенных липопротеидов

### ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

- Веро-омепразол** – современный препарат для контролируемой терапии кислотозависимых состояний с быстрым наступлением эффекта и однократным суточным приемом
- Веро-лоперамид** – эффективное антидиарейное средство с быстрым и продолжительным эффектом

### ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ

- Веро-флуконазол** – противогрибковое средство широкого спектра действия с высокой биодоступностью и возможностью однократного суточного приема

### АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ

- Веро-ципрофлоксацин** – антибиотик широкого спектра действия с выраженной анитисинегнойной активностью
- Веро-рокситромицин** – антибиотик из группы макролидов с высокой активностью в отношении внутриклеточных возбудителей



В конце 1997 года у меня появилась возможность осуществить давнишнюю мечту – отправиться в Перу, в сельву Амазонки. Цель экспедиции – сбор и изучение бабочек тропического леса. В настоящих джунглях я прежде не бывал, Непал не в счет.

В Москве мне сделали прививку от желтой лихорадки. Я спросил: «Что надо еще?» И услышал – ничего. Лишь дней за десять до вылета в Лиму знакомый, посещавший Южную Америку, посоветовал для профилактики малярии принимать какие-нибудь таблетки. В аптеке предложили хлорохин.

Вылетаю 29 декабря 1997 года, 31-го, уже в Лиме, покупаю авиабилет до Икитоса. Здесь, на севере Перу, сохранились обширные тропические леса – амазонская сельва.

Перу – страна испаноязычная. Я же, помимо русского, могу общаться только на английском. За время полета я успел написать плакатик: «Кто знает тех, кто собирает бабочек?».

Быстро получаю багаж, выхожу из аэровокзала и оказываюсь как бы на верхней полке парилки в бане. Протягивая вперед плакатик, направляюсь к большой группе шоферов, теснящихся у выхода в ожидании нашего рейса. Сразу в мой рюкзак вцепились более десятка рук. Среди напористой испанской речи я вдруг услышал: «I know, what you need» – «Я знаю, что вам надо» (англ.).

Помогаю «англичанину» завладеть рюкзаком и сажусь в его машину. Рассказываю Эдвину – так звали моего первого перуанского знакомо-

го – о цели своего приезда. И он везет меня на индейский базар, к Марио Каллегари – «самому известному в Перу коллекционеру бабочек».

Марио оказался молодым, веселым и на редкость энергичным испанцем. Вскоре я узнал его и как от важного исследователя тропической фауны, и как чудесного, интеллигентного и остроумного человека. Рассматривая скрывавшие стены его павильона бесчисленные ящики с фантастическими, изумительной красоты бабочками, гигантскими жуками и другими насекомыми сельвы, я говорю: «Как странно, посещавшие Перу московские энтомологи, вели-

ших, почти безболезненны. А ожидание чуда здесь никогда не обманывает! Ведь число известных видов дневных бабочек в Перу около 3550, то есть это больше, чем в любой другой стране, даже в Бразилии, превосходящей Перу по площади более чем в 17 раз.

Вдруг яркая голубая молния сверкнула над головой. Морфо! Я судорожно, почти без надежды взмахиваю сачком. И – о, чудо! В сачке – громадная бабочка, ослепительно сияющая голубым металлическим блеском. Проводник ведет меня к расставленным загодя приманкам – бананам, в течение трех дней выдержанным в водном растворе сахара. На такие приманки летят многие замечательные бабочки, которых не только поймать, но и увидеть – большая удача. С блаженством на-



Посвящая спасшим меня замечательным врачам ИКБ № 2

## БАБОЧКИ И ...МАЛЯРИЯ ИЗ СЕЛЬВЫ АМАЗОНКИ

колепные ловцы, привозили сравнительно немного бабочек». «Надо знать места» – ответил Марио. Я обвел стены рукой: «Сразу видно, что вы их знаете». И хотя следующий день был первым в новом году, Марио предложил отправиться в лес.

...Километрах в шестидесяти от Икитоса въезжаем в джунгли. На опушке бросилось в глаза предупреждение: «Те, кто находились в лесу несколько часов, должны принять противомаларийное средство». Мне же предстояло провести в сельве почти месяц, и я решил принимать свой хлорохин по инструкции к нему: для профилактики – раз в неделю. (Забегая вперед, скажу, что на полный курс мне не хватило).

И вот мы в сельве. Полумрак: под сплошным пологом сомкнувшихся крон гигантских деревьев не видно неба. В лесу тихо. Фоновый шум создают москиты. Лишь изредка прокричит невидимая птица. Даже обезьяны высоко в густой листве проносятся бесшумно. Я целиком поглощен ожиданием чуда и не замечаю ни воды, наполненной ботинки, ни комаров – их укусы, в отличие от на-

пившись забродившего фруктового сока, сказочные насекомые хмелеют, иногда их даже можно взять «голыми руками».

На высоком тонком пеньке лежал банан, а на нем сидела гигантская брассолида-калиго идомениус. Громадные крылья сложены. Рисунок их нижней стороны напоминал оперение птицы, а огромный глазок в середине заднего крыла похож на глаз совы. Я осторожно подвел пальцы к туловищу спокойно сидящей бабочки и взял ее за грудку. Возмущенный гигант раскрыл широкие крылья, и они вспыхнули таинственным глубоким сине-фиолетовым цветом.

Большую часть времени – около 20 дней – моей базой была индейская хижина в джунглях. Марио оставил мне электрогенератор для сбора ночных бабочек. Ночной лов оказался еще более захватывающим: число видов ночных бабочек раз в десять больше, чем дневных! Некоторые из них были столь велики, что в полете казались трепещущим на ветру пестрыми полотенцами, а у других – длина фантастических хвостов на задних крыльях достигала



10 см. Свет привлекал и других удивительных насекомых: цикад, жуков, кузнечиков.

Я знал, что в сельве обитает более 200 видов малярийных комаров, а малярию при укусе передают самки, активные только в темное время суток. Но ночной лов был столь потрясающе интересным, что я не думал об этом. Репеллентом не хотел пользоваться из-за опасения спугнуть бабочек, да и в хлорохин я искренне верил.

Все 26 дней, проведенные в сельве, я испытывал радость, даже счастье пребывания

в прекрасном волшебном мире, который по сказочному щедро дарил мне свои сокровища и тайны. Я так подробно описал свои впечатления и ощущения в джунглях, чтобы точнее оценить, сколь разительно болезнь изменит и исказит их.

Экспедиция завершена, я прилетаю в Лиму и останавливаюсь в гостинице рядом с нашим посольством. Ночью мне снились какие-то зажатые стенами тупики, огромные механизмы, вращающиеся, вроде бетономешалки; я испытывал незнакомую, неясную тревогу, печаль из-за замкнутости пространства, утраты свободы. Утром это быстро забылось. Вечером в посольстве я рассказывал о лесах Амазонки. Большой зал полон, сотрудники пришли с семьями, много детей: все истосковались по далекой Родине и рады новому человеку отсюда.

Всегда, когда я пишу или рассказываю о каких-либо местах – воображение переносит меня в ту обстановку, и сразу приходит ощущение пребывания там. Так произошло и на этот раз: я старался словами описать фантастическую красоту, загадочность и щедрость джунглей. Но вдруг, уже в конце повествования, я с удивлением почувствовал, что не испытываю прежнего восхищения сельвой. Изумление возросло, когда я вдруг услышал, что начал говорить мой язык. А он произносил: «В сельву можно отправляться только если это необходимо для решения тех задач и достижения таких целей, без решения и достижения которых вы не сможете спокойно жить. Этот мир враждебен белому человеку и поэтому ему не надо приближаться к сельве». В подобном же духе я ответил и на многочисленные вопросы.

Настоящее недомогание я почувствовал, как только очутился наконец в своем номере. Оно быстро нарастало. Разболелась голова, затолшило, очень частым стал пульс и появилось никогда не испытываемое прежде отвращение к еде. Даже мысль о ней усиливала тошноту. Глянул на язык, покрытый белым толстым налетом и темными пятнышками, и решил, что у меня какое-то тя-

**«Природа коварна, но не злонамеренна».**  
**Альберт Эйнштейн**

желое желудочное заболевание и для его определения в Москве надо будет сразу пойти в Институт тропической медицины. К счастью, на следующую ночь я вылетел домой.

Уснув на короткое время, видел те же тягостные сны, что и в предыдущую ночь: тупики, подобия бетономешалок. К утру легче не стало. Хотелось только пить, временами как-то «отключался», впадал в полудрему. Не помог и прохладный душ. Днем меня отвезли в аэропорт. Я предупредил стюардесс, что мне нездоровится и я не буду выходить из самолета на промежуточных посадках. Летели более 20 часов. Я ничего не ел, пил только чай. При подлете к Москве мне было ясно: спасти меня, скорее всего, уже поздно.

В Шереметьево прохожу таможенную и тащусь, волоча рюкзак в медпункт. Температура 39,5°C. Узнав, откуда я прилетел, врач вызвала скорую. Час ночи. Дремлю на топчане... Открываю глаза и вижу седого доктора в белоснежном халате и шапочке, с бородкой клинышком, как из детских книжек. Он представился дежурным эпидемиологом Москвы и сказал, что отвезет меня в 1-ю инфекционную больницу. «Значит, вы меня забираете» – говорю я. «Забирает милиция» – пошутил он.

В приемном покое мне сразу дали таблетки от малярии, сделали укол, взяли кровь на анализ и поместили в бокс. Утром зашел врач и сказал, что анализ показал тропическую малярию – фальципа-

рум. Так я впервые услышал это слово. Утром мне ненадолго стало легче, немного спала температура. Заставил себя проглотить несколько ложек каши и супа. Но тут входит врач и говорит, что меня отвезут в инфекционную больницу на Соколиной горе – там больше опыта в лечении этой болезни.

Мне показалось, ехали мы очень долго. Темнело, шел снег. Я жутко замерз. Со двора, через тамбур вхожу в бокс реанимационного отделения. Похоже, меня ждали. Сразу переодели и уложили. Окружили

врачи и сестры. Я так промерз, что они никак не могли взять кровь из окоченевших пальцев. Уговариваю не жалеть и колоть глубже. Когда ставили термометр, я сказал, что раз мне так холодно – вряд ли температура повышена. Оказалось около сорока. После нескольких уколов подружили капельницу. И хотя мне было очень плохо, я почувствовал, что я, наконец, на Родине.

Наверное, первые два-три дня мое сознание временами затуманивалось или я просто впадал в полудрему. Но многое помню ярко. Утром вижу перед собой двух женщин – докторов. Которая постарше, обращается ко мне: «Леонид Владимирович, дорогой, держитесь, держитесь, все будет хорошо!» А в ее широко раскрытых глазах – все мои страдания, тревога из-за грозившей мне смертельной опасности. Я понимал, что шансов выжить у меня не много. И я просил Бога о спасении, просил дать мне жизнь. Обращался за помощью я и к покойной маме, присутствие которой всегда чувствую, когда мне особенно тяжело.

После того как в меня влили полную дозу хлорохина число малярийных паразитов («кольца») в крови снизилось с 400 до 60–70. Полный



курс хинина уменьшил их количество примерно до 15, но это все равно было много.

На четвертый день меня спросили, могу ли я достать лариам – новое и очень сильное лекарство именно от тропической малярии. Я сразу подумал о своих друзьях Григорьевых – талантливых врачах, спасших многие сотни, если не тысячи, жизней. Меня вывели в коридор к телефону – сам бы не дошел. Ответила Таня. Опытный, несмотря на молодость, доктор, она сразу по голосу оценила мое состояние. Ранним утром, как луч надежды и солнца, Таня появилась в боксе. Три капсулы принесенного ей препарата, в состав которого входит лариам, уничтожили паразитов. Нормальной стала температура, но от слабости я еле ходил, противно дрожали руки, не моей была речь – тихая, однотонная, замедленная. Мне казалось, что я стал не похож на себя прежнего. Все воспринимал необычно обостренно, мысли были ясными, четкими; каждая захватывала меня полностью и сразу определяла настроение, которое быстро и резко менялось.

Пропало отвращение к еде, я даже начал есть с удовольствием. С интересом накинусь на приносимую литературу. Но ко всему, связанному с тропиками, с джунглями, даже к чудесным бабочкам в рюкзаке, сбор которых доставил мне столько удовольствия и счастья, я испытывал ту острую неприязнь, что неожиданно возникла во время моего рассказа в посольстве в Лиме. Даже радость от скорого возвращения домой омрачалась мыслью о висящих там на стенах ящиках с тропическими бабочками, прежде вызывавшими у меня восхищение и даже гордость – ведь многих ловил сам. Но в самый последний, десятый, день пребывания в больнице эта странная неприязнь к тропикам исчезла – внезапно, как и появилась. Я захотел вновь побывать в джунглях и понял, что, действительно, выздоравливаю.

Часа за два до того, как меня отвезли домой, в бокс вошел незнакомый доктор с большой группой студентов, по-моему, со всех пяти континентов. Он оказался профессором кафедры инфекционных болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. В моей истории болезни профессор обратил внимание на 400 – число «колец» в пер-

вом анализе крови – и сказал, что умирают уже при 250. Из больницы уезжал, как из роддома – с чувством второго рождения.

Меня выписали под наблюдение инфекциониста из поликлиники № 80. Его заранее предупредили о появлении «малярика». Опытный, внимательный и заботливый врач Вера Александровна впервые увидела больного после тропической малярии. Мое состояние, как и результаты сделанного вскоре анализа крови, ужаснули ее. Первые дни я еле ползал по квартире. Тем не менее, приходил в себя быстро. Через месяц я уговорил доктора закрыть больничный лист и вышел на работу.

А дней за десять до этого, пришел журнал «Химия и жизнь», где сразу за своей статьей «Окно в тропики», в разделе «Консультации», я прочел публикацию «Береженого – Бог бережет». В ней научные сотрудники Института тропической медицины для профилактики малярии в тропиках рекомендовали именно лариам. Появилась бы эта информация месяца на три раньше!

Прошли еще недели две, и я вновь увидел сон, похожий на те – в Лиме перед заболеванием, ощутил уже знакомые печаль и тревогу. Проснувшись, вспомнил предупреждение о возможности рецидива, который протекает сравнительно легко и не опасен. Днем, действительно, появились прежние симптомы, только выраженные намного слабее. Недомогание держалось часа два – пока поднималась температура до 39°C. После ее снижения, за три-четыре часа до нормальной, я чувствовал себя здоровым. Через день, при втором приступе, как считали, рецидива тропической малярии, я опять оказался на Соколиной горе; на сей раз в общей палате. Утром приходит палатный врач и спрашивает, не побывал ли я после выписки в тропиках снова. Оказывается, анализ крови на этот раз показал не тропическую, а малярию вивакс. «Колец» – около восьми. Третий приступ стал последним. Пробы в больнице неделю, сразу вышел на работу.

Возможно, если бы тогда, в джунглях, мне хватило хлорохина – вивакса я бы избежал. А так, языком коллекционеров, я «собрал» две малярии из трех, распространенных в Южной Америке. Но если серьезно,

случившееся со мной показывает, к чему приводит недооценка опасностей в тропиках. И, пожалуй, самая страшная из них – тропическая малярия – причина более 90% смертельных исходов при заболевании всеми маляриями. Ежегодно от нее гибнет около 2,5 млн. человек. Коварство тропической малярии и в том, что ее возбудители быстро приспосабливаются к применяемым против них препаратам. Поэтому то, что было эффективным еще вчера, может оказаться бесполезным сегодня.

Кстати, недавно в газете «АиФ» прочитал заметку о том, что нынешним летом в Подмоскowie было зарегистрировано 67 случаев малярии. Санитарные врачи бьют тревогу и обрабатывают спецсредствами водоемы.

Значит, людям надо быть начеку, а перед любой поездкой в тропики обязательно прийти в Институт паразитологии и тропической медицины (или подобную организацию) и узнать, что делать для профилактики болезней именно в тех регионах, куда вы отправляетесь. Наученный горьким опытом, я так и поступил, собираясь в экспедицию в джунгли Гайяны в 1999 году.

Нелегко мне было писать этот рассказ, приходилось возвращаться памятью в очень трудное для меня время. Но если он поможет защититься от тяжелой болезни хотя бы одному человеку, я буду считать свою задачу выполненной сполна.

**Л. В. Каабак, доктор химических наук, профессор**



**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. Попандупуло, В. М. Логачев и др.

**УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН  
2001 – 2002 гг.**

№	Наименование циклов и контингент	Вид повышения квалификации	Продолжительность очного обучения
1	Лучевая диагностика сертификационный цикл для врачей специалистов по рентгенологии и ультразвуковой диагностике	ОУ	1,0
2	Лучевая диагностика заболеваний пищеварительной системы и органов брюшной полости для врачей-рентгенологов	ТУ	0,5
3	Лучевая диагностика профессиональных заболеваний для врачей рентгенологов	ТУ	0,5
4	Компьютерная томография для врачей рентгенологов	ТУ	1,0
5	Профессиональная переподготовка для среднего медперсонала на рентгенолаборантов	ПП	3,5
6	Рентгенология - специализация для врачей лечебного профиля	ПП	3,5
7	Ультразвуковая диагностика - специализация для врачей лечебного профиля	ПП	3,5
8	Лабораторное дело в рентгенологии для рентгенолаборантов (сертификационный)	ОУ	1,0
9	Рентгенология	Интернатура	1 год
10	Рентгенология	Интернатура	2 года
11	Ультразвуковая диагностика	Ординатура	2 года

**Адрес: г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, клиническая больница № 6 ФУ МБ и ЭП МЗ РФ.  
Телефон: (095) 190 8421, факс: (095) 193 4573.**

**Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
им. В. П. Сербского объявляет конкурс на замещение вакантных  
должностей:**

- **Руководителей** Отдела социальной психиатрии детей и подростков, Лаборатории клинической нейрофизиологии.
- **Ведущих научных сотрудников** отдела социальной психиатрии детей и подростков, Учебно-методического отдела.
- **Старших научных, научных и младших научных сотрудников** Отдела социальной психиатрии детей и подростков, Учебно-методического отдела, клинических отделений и лабораторий.

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

**Адрес: 119992, Москва, Кропоткинский пер., 23.**

# Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

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

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов

Тел./факс: 399 8493



2001

29 октября  
1 ноября

МОСКВА

Центр международной торговли

2-я Международная медицинская  
специализированная выставка  
**СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2001**

Российский научный форум:  
"Алгоритмы диагностики и лечения неотлож-  
ных состояний на догоспитальном этапе"

"МОРАГ Экспо" совместно с Российской академией медицинских наук, Всероссийским центром медицины катастроф "ЗАЩИТА" МЗ РФ, Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи

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

E-mail: [emergency@morag.ru](mailto:emergency@morag.ru) <http://www.morag.ru>



**г.Сочи  
25-27  
октября**

**ВСЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА  
Медицина и Курорты  
2001**

Комплексное оснащение здравниц и стационаров  
Новое в курортологии, бальнеологии и реабилитации  
Медтехника, фармацевтика, оптика  
Стоматология, косметология, биодобавки

II Всероссийская конференция  
"Проблемы и перспективы санаторно-курортного  
лечения и реабилитации в здравницах Юга России"




**ВК "Сочи-Экспо ТПП г.Сочи"**  
354000, Россия, г. Сочи, ул.Советская, 42  
тел. (8622) 620524, 622851, 623187, 623196  
e-mail: [vladislav\\_expo@mail.ru](mailto:vladislav_expo@mail.ru)  
<http://www.sochi-expo.ru>

**ВК "Сочи-Экспо ТПП г.Сочи"**  
Администрация города Сочи  
Торгово-промышленная палата г.Сочи

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

# ФАРМАЦИЯ

2001

г. Москва, Фрунзенская наб., 30  
Выставочный павильон  
«ТРИУМФ»

**1-4 октября**

**НОВАЯ ВЫСТАВКА. НОВАЯ ФОРМА РАБОТЫ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ.**  
Новая выставка — ключевая фигура — практикующий врач.  
Новая форма работы — стенд не только место для демонстрации продукции и ведения переговоров, но и для проведения семинаров и школ для специалистов.  
Новая роль — возможность получить новые знания о лечении «старых» заболеваний.

В РАМКАХ ВЫСТАВКИ ПРОЙДУТ КОНФЕРЕНЦИИ:  
«ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ»  
«СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК РОССИИ»

Оргкомитет выставки: (095) 205-7183, 259-4348. E-mail: [sen@rosinex.ru](mailto:sen@rosinex.ru) [www.rosinex.ru](http://www.rosinex.ru)

Организаторы:  
МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

ВЫСТАВОЧНОЕ  
ОБЩЕСТВО  
«РОСИНЭКС»

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ  
ИНФОРМАЦИОННЫЙ СПОНСОР  
СЕРИИ ВЫСТАВОК «ЗДРАВЭКСПО»

Федеральный информационный спонсор выставки «ФАРМАЦИЯ»

Аптека ГЕНЕРАЛЬНЫЙ  
ИНФОРМАЦИОННЫЙ  
СПОНСОР ВЫСТАВКИ  
«ФАРМАЦИЯ»



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

**ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ**

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»

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНТИ: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403; тел.: 554 2186  
Подписано в печать 25.09.2001 г. Объем 2,5 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ №