

ГОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
*Не падай духом
в несчастье!*

БОЛЬНИЦА

9 • 97

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

**НИИ
УРОЛОГИИ:
НАУКА И
ПРАКТИКА**

стр. 3 - 7

Лекарства
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
УРОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ



стр. 8 - 14

**У нас в
ГОСТЯХ**
художник
*Геннадий
Целищев*

стр. 15



Академик РАМН Николай Алексеевич Лопаткин: “Основная задача нашего института - разработка новых методов лечения и диагностики, внедрение их в практику и передача опыта на периферию. Оказание медицинской помощи пациентам не главное, хотя в наших стенах лечат на высшем уровне”.

Фоторепортаж из НИИ урологии В. Афанасьева

ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД УРОЛОГОВ

С 22 по 26 сентября в Курске проходит 9-й Всероссийский съезд урологов. Его проводит Всероссийское общество урологов под руководством члена-корреспондента АМН Ю. А. Пытеля. В оргкомитет съезда входят: академик РАМН Н. А. Лопаткин, член-корреспондент РАМН М. Ф. Трапезникова, профессора Л. М. Горюловский, О. Б. Лоран, В. Н. Степанов и другие видные российские ученые. В работе съезда примут участие, в частности, специалисты НИИ урологии МЗ РФ, ММА им. И. М. Сеченова, ММСИ им. Н. А. Семашко, РГМУ, Курского государственного медицинского университета, а также представители Минздрава России, облздравотдела и администрации Курской области.

Мы желаем съезду плодотворной работы.



ГЛАЗАМИ БОЛЬНОГО

Пока здоровье есть - все нипочем,
Не очень дружим мы с врачами.
Простуда ведь пройдет сама собой,
А возраст, годы носим за плечами.

В окно больницы смотришь со страданием:
Жизнь не стоит, в движеньи все вокруг.
Срок отживают свой деревья, здания,
Их тоже подлечить пора бы, друг.

Система, дрянь, разладилась, хромает,
Врач-труженик как все нуждой забит.
У власти силы явно не хватает
Больницы привести в нормальный вид.

Возраст. С неумолимой быстротой жизнь
приближает нас к роковой черте, за плечами
семьдесят. Как бы в "награду" за все сделанное
сыплются на нас всевозможные болезни,
залечить одно - появляется другое. В марте

прошлого года скорая помощь забрала меня в больницу № 53 - аденома. Сделали прокол, вставили катетер, через десять дней выписали, говорят, отдохните, придите в себя. Вторичная госпитализация. Пролежал восемнадцать дней, делать операцию не стали, сославшись на высокое давление. Лекарств от давления не давали, а от простого лежания на койке оно не понизится. Я понимаю, что у больниц много проблем - нет лекарств, врачи несвоевременно получают заработную плату, но на нас, больных, думаю, это не должно отражаться. Уговорил своего уролога направить меня в какой-нибудь институт или в хорошую больницу. Попал в 1-ю Градскую, там мне в марте этого года сделали ТУР. Отверстие, где стоял катетер не зарастает, "свищ" причиняет массу неудобств. Повторно госпитализировали, но операция откладывается опять-таки из-за давления.

Уважаемые академики, профессора, кандидаты наук! Подумайте, что можно сделать, чтобы человек остаток отпущенных дней мог пожить спокойно, особенно с такой болезнью, как злополучная аденома.

С уважением, пенсионер Н. Ярин

Стихи автора письма *Москва*



Может ли какая-нибудь отрасль клинической медицины обойтись без собственного головного института? Нет, если она действительно хочет идти вперед, а не топтаться на месте. Как бы ни был высок научный потенциал кафедр медицинских вузов, сегодня им, из-за ограниченных материальных ресурсов и отвлечения на учебный процесс, многие исследования не по силам. Поэтому некоторые из них, в частности кафедры урологии, закрываются или реорганизуются в доцентские курсы, а сама отрасль сливается с общей хирургией.

На этом фоне роль созданного в начале 80-х годов Института урологии Министерства здравоохранения России приобретает все большее значение. Прежде всего потому, что сегодня это прекрасно оснащенное, высокотехнологичное научно-практическое учреждение. И работают здесь энергичные, талантливые люди, работают с энтузиазмом, преодолевая самые, казалось бы безнадежные, ситуации. Институт не только удержал свои позиции, но с уверенностью смотрит в завтрашний день, осваивая современные технологии, отвечая на все новые и новые вопросы, которые ставит Урология - сложная и очень обширная область медицины.

Уважаемые читатели!

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

- ☞ монографий
- ☞ книг
- ☞ брошюр
- ☞ каталогов
- ☞ проспектов
- ☞ методических материалов
- ☞ бланков

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

Контактный тел./факс 465 4854.



С 11 по 15 ноября в Центральном выставочном зале города Москвы ("Манеж") будет проходить ставшая уже традиционной Четвертая Международная специализированная выставка "Аптека-97". Она организована австрийской фирмой "M.S.I. Vertriebsgesellschaft m.b.H." совместно с АО "Фармимэкс". Концепция выставки: единство симпозиальной программы и выставки, актуальность тематики, действующая аптека и современное аптечное оборудование.

Более подробная информация о выставке по тел.: (007-095) 292 5217, 202 9349, 290 4013; факс: 292 9889, 290 6002.



Академик РАМН Николай Алексеевич Лопаткин - выдающийся российский уролог, блестящий хирург, один из организаторов и бессменный руководитель Института урологии МЗ РФ. За полтора десятка лет своего существования институт под его руководством стал крупным, прекрасно оснащенным научным и лечебным учреждением, флагманом отечественной урологии, широко известным своими достижениями во всем мире.

УРОЛОГИЮ НАДО ЛЮБИТЬ И УВАЖАТЬ

- Николай Алексеевич, направляясь к вам в институт, я не подозревал о масштабах того, что здесь делается. Выходит, урология совсем не такая уж узкая специализация?

- Вы сами ответили на свой вопрос. Представление об урологии, как об узкой дисциплине, абсолютно неправильное. Урология - это важная и ответственная отрасль медицины, которая, как хирургия и терапия, вмещает в себя очень многое. Необходимы знания физики, физиологии, патофизиологии, анатомии, биохимии. Человек, который не

да правительство нас не поддержало, и потребовалось лет 20, чтобы я, став профессором, снова поднял этот вопрос. Борис Васильевич Петровский, тогдашний Министр здравоохранения Союза, отнесся к предложению с пониманием и помогал чем мог. Он очень много сделал для создания научно-исследовательских институтов и организации здравоохранения вообще. Это очень эрудированный человек, обладающий такими большими организаторскими способностями, каких до сегодняшнего дня ни у кого в медицине нет.

- Статистика говорит, что только 6% из нуждающихся больных сегодня получают квалифицированную помощь в гемодиализных центрах. А уж о пересадке почки я и не говорю - это, в лучшем случае, несколько десятков больных на всю страну. Что можно сделать, чтобы изменить положение к лучшему?

- Этот вопрос тревожит и меня. Все дело, к сожалению, упирается в то, что работа по пересадке органов в стране до сих пор не налажена. Я с большим уважением отношусь к академику Шумакову, но он, видимо, встречает огромные препятствия на этом пути. Тут не надо изучать опыт Европы, Америки - все и так известно: программа по решению этой проблемы должна очень хорошо финансироваться правительством. Несмотря на то, что банк органов в Москве создан, работает он плохо. У нас больные месяцами, а то и годами ждут почку. Но ведь можно жить и на искусственной почке! У меня есть сотрудники, которые имеют хроническую почечную недостаточность и работают - получают диализ и трудятся. Я знаю медицинское отделение в Европе, где все сотрудники, 18 человек, находятся на диализе и тут же работают. Вы не представляете их чуткого, бережного отношения к больным, к своим, так сказать, собратям.

Чтобы изменить ситуацию к лучшему у нас в стране, необходимо готовить кадры, надо думать о строительстве заводов по выпуску аппаратуры. Но сейчас это очень непросто. Еще в бывшем СССР с помощью фирмы "Фрезениус" построили завод по выпуску ди-

ализаторов в городе Борисове; я тоже принимал участие в организации этого производства. Теперь завод собственность независимой Белоруссии, а мы должны опять покупать диализаторы чуть ли не за валюту. Был план построить такой же завод в Курске. Вот поеду в Курск, буду интересоваться, как сдвинуть дело с мертвой точки.

- И последний вопрос. Каковы перспективы института?

- Основная задача института - разработка новых методов лечения и диагностики, внедрение их в практику и передача опыта на периферию. Оказание медицинской помощи пациентам совсем не главное в нашей работе, хотя в наших стенах лечат на высшем уровне. Институт создан для того чтобы обучать, готовить кадры. Это самое основное. Но, к сожалению, рыночные отношения этому мешают. Многие врачи не могут позволить себе учиться в столичном НИИ - дорогая дорога, дорогие гостиницы, высока плата за обучение. Органы здравоохранения на местах не могут (или не хотят) платить за обучение. Но и мы сегодня тоже не можем учить бесплатно! Нам теперь на это деньги не дают. Следовательно, все зависит от заинтересованности на местах: если город или область хочет иметь первоклассного специалиста этого профиля, то деньги, как правило, находят. Есть врачи-энтузиасты, которые приезжают к нам, используя свой очередной отпуск. Они у нас учатся и работают. Таким людям мы не отказываем, пусть приезжают и работают - будем только рады.

Вы знаете, я раньше считал, что институт не нуждается в рекламе. Сейчас я изменил свое мнение. Знаете почему? В связи с появлением коммерческих центров: урология, сексопатология. Газеты каждый день печатают объявления: "Эрекция сейчас!" Это что, грамотный подход к вопросу? Это профанация! Или: "Центр эндохирургии и литотрипсии". Раздробили камень - и гуляй на все четыре стороны? А кто будет наблюдать за больным?

Желание пациента мгновенно вылечиться за большие деньги понятно, но неосуществимо и может принести только вред.



разбирается в этих вопросах, не может быть хорошим урологом. Он должен быть, кроме того, и диетологом, и даже психотерапевтом. Урология - очень широкая дисциплина. Ее надо любить и уважать.

- Расскажите об истории создания института.

- Идея организации института возникла не у меня. Она возникла у Антона Яковлевича Пытеля и Арама Яковлевича Абрамяна около 40 лет тому назад. Я тогда был ассистентом у Антона Яковлевича и готовил первые документы по организации института. Но тог-

ИНСТИТУТ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ



Для того чтобы рассказать нашим читателям об Институте урологии, нашему корреспонденту Михаилу Кукулевичу пришлось не один день путешествовать по его лабораториям и лечебным отделам. Редакция газеты признательна всем сотрудникам института за помощь в работе. Особенно хочется поблагодарить заместителя директора Элану Константиновну Яненко и научного сотрудника Александра Викторовича Казаченко, потративших много сил и времени для того, чтобы этот материал увидел свет.

Знакомство с Институтом урологии я начал не с научных лабораторий и клиник, а с отдела, которого в других НИИ встречать не приходилось. Потом, беседуя со многими специалистами института, не раз слышал: «как нам рассказали в инновационном отделе...», «этот аппарат мы достали благодаря инновационному отделу...» Суть работы этого подразделения можно выразить двумя словами - владение информацией. Ее «выуживают» из системы «Интернет», из многочисленных зарубежных журналов, из посещений съездов, конференций, симпозиумов. Зачем? А затем, чтобы иметь полную информацию обо всем новом, что происходит в области урологии, начиная от цен на новейший прибор и лекарство и кончая их сравнительными характеристиками. Отдел помогает не только сотрудникам института, но и специалистам Министерства здравоохранения. Если вы главный врач больницы и хотите, к примеру, открыть центр дистанционной литотрипсии, вам подскажут не только, какой аппарат лучше купить, но и пройдуся по всей технологической цепочке лечения таких больных, укажут на возможные осложнения метода и способы их устранения. В отделе не только собирают информацию, но и сами накапливают опыт работы с некоторыми методами лечения, как это произошло с термотерапией заболеваний предстательной железы. Поняв, что этот метод весьма перспективен, здесь постарались приобрести целую серию различного термального оборудования и накопили уникальный опыт работы с ним. Нигде в мире такого набора «в одних руках» нет.



Побывав в инновационном отделе, я сразу осознал уровень этого НИИ. Поэтому, когда в отделе эндоурологии и новой уротехнологии мне сказали, что нет ни одного сантиметра мочевыводящих путей, куда бы не смог пройти своим инструментом врач-эндоскопист, я ни минуты не сомневался - это действительно так. Практически 60 - 70% урологических больных можно лечить с помощью эндоскопической техники. Эти вмешательства почти бескровны и гораздо легче переносятся больными (не подвластны методу, пожалуй, лишь сложные реконструктивно-пластические операции и, частично, уроонкология). Здесь широко используют лапароскопические и ретроперитонеальные операции, которые, нанося минимальную травму пациенту, позволяют производить даже удаление почки - нефрэктомии. Причем, если раньше подобные операции делали 6 часов, то теперь значительно быстрее - за 1,5 - 2 часа. Суть работы отдела, возглавляемого доктором медицинских наук А. Г. Мартовым, - поиск наиболее щадящих для пациентов методов лечения. Чаще всего специалистам приходится иметь дело с больными, страдающими доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Заболевание это является настоящим бичом мужчин старшего возраста, а в последнее время и более молодых. Раньше удаление аденомы предстательной железы требовало во всех случаях вскрытия мочевого пузыря, что обрекало больного на длительное существование с надлобковым свищем. Теперь «золотым стандартом» при этом заболевании является ТУР - трансуретральная резекция.

Одним из грозных осложнений этого метода является развитие ДВС-синдрома, когда в ходе операции через поврежденные венозные синусы в кровь пациента поступает большое количества жидкости. Для того чтобы свести это осложнение на нет, в институте во время таких вмешательств начали применять ваваризацию (выпаривание и коагуляция ткани предстательной железы специальным электрохирургическим инструментарием, введенным через эндоскоп). Это позволяет уда-

лять ткань железы практически бескровно и полностью предотвращать поступление нежелательной жидкости в кровь. Кроме того, сейчас используется такой малоинвазивный метод, как эндоскопическая лазерная абляция, то есть удаление части железы на фоне воздействия лазерной или другой энергии. Методов, как мы видим, довольно много. Выбор их зависит как от размеров железы, так и от гистологических особенностей поражения. Ориентироваться в этом хирургам помогает исследование биоптата, которое проводится в институтской патанатомической лаборатории, накопившей за эти годы крупнейший в мире материал по прижизненному исследованию пораженных тканей. Мне посчастливилось увидеть эту лабораторию. Ею заведует доктор медицинских наук Ю. В. Кудрявцев. Здесь проводят целый спектр исследований: иммуноморфологические, морфометрические, ферментохимические, цитоспектрометрические, вплоть до электронной микроскопии.





Но вернемся в отдел эндоурологии. Кроме предстательной железы, много хлопот доставляют специалистам заболевания верхних отделов мочевыводящих путей. Здесь производят эндоскопические операции по поводу стриктур мочеточников с последующим установлением внутреннего катетера (стента, препятствующего рецидиву болезни). Первые стенты, кстати, и были изготовлены именно для урологических целей - для стентирования уретры. Лечат в отделе и больных с мочекаменной болезнью и опухолями мочевого пузыря. С каждым днем спектр возможностей эндоскопической техники и круг специалистов, овладевших ею, расширяется. Но, наверное, это реальность лишь для столичного института? Ничего подобного, ответили мне. Аппаратуры в стране становится все больше и востребованность ее растет год от года. В этом немаловажную роль играют сотрудники отдела - через их руки ежегодно проходит не менее 60 курсантов из самых разных регионов страны. Это видно и по пациентам: они начинают лечиться на местах, а в Москву поступают с наиболее сложными случаями. Учатся курсанты в постоянно действующей школе, которая работает уже 5 лет. Занятия проходят с использованием эндотелевизионной техники, и объем знаний, получаемых здесь, больше, чем в других местах, а стоимость обучения примерно в пять раз дешевле. Не удивительно, что многие врачи приезжают сюда повторно - они начинают оперировать сами и их уже интересуют более тонкие нюансы.

Мочекаменной болезни, воистину, все возрасты покорны. Самый маленький пациент с камнями в почках бал всего 7 месяцев от роду, а всего за годы существования института детей младшей возрастной группы прошло более 1000. К 2000 году ожидается рост заболеваемости в 1,8 раза по сравнению с 1997 годом. Стоит ли удивляться, что в Институте урологии МЗ РФ есть отдел мочекаменной болезни, заведует которым доктор медицинских наук Н. К. Дзеранов. На базе института работает Республиканский центр дистанционной литотрипсии. Здесь считают, что раздробить камень - полдела, главное сочетать процедуру с постоянным на-

блюдением за больным. Камни здесь дробить умеют, недаром в институте был разработан и внедрен в практику знаменитый "Урат" - единственный литотриптор в мире, позволяющий управлять интенсивностью ударной волны. Институт много сделал, чтобы этими аппаратами была снабжена страна. Происходило это в конце 80-х, и сейчас на территории бывшего Союза работают около ста аппаратов разных поколений. Кстати, последние "Ураты" значительно отличаются от своих предшественников: они дополнительно оснащены ультразвуком и компьютером, достаточно компактны, а по цене во много раз дешевле импортных. На "Урате" в день можно делать до 12 операций самым разным по возрасту пациентам.

Конечно, ударная волна в состоянии раздробить даже мрамор и гранит, но какой ценой? Ведь камень находится в опасной близости с нежным паренхиматозным органом. Почка может не выдержать удара большой силы, тем более, если она болеет и ее функция снижена. Поэтому совершенно недопустимо, когда в некоторых коммерческих центрах ограничивают свои заботы только разрушением камня. В НИИ урологии больные с мочекаменной болезнью проходят полное дооперационное обследование, включающее и динамическую нефросцинтиграфию. Литотрипсия, вырванная из общего контекста наблюдения за больными мочекаменной болезнью, менее эффективна и даже опасна. Медицинский руководитель, решивший открыть у себя в регионе такой центр, должен быть готов и к борьбе с возникающими в ходе литотрипсии осложнениями -



паранефральными и внутривенными кровотечениями. Впрочем, институт и здесь вносит свою лепту в обучение кадров: сотрудники отдела поддерживают связи с врачами на местах, следят за их работой, выезжают на места, контролируют открытие новых отделений, анализируют их отчеты, каждые два года проводят симпозиумы по литотрипсии.

Очень интересный разговор о мочекаменной болезни произошел у меня в биохимической лаборатории института, где изучают биохимические сдвиги в крови и моче больных. Советы, которые дают в институте пациентам, сугубо индивидуальны, но

кое-что можно почерпнуть всем, страдающим этой болезнью. Не "сушить" себя, пить много, но дробно, чтобы не перегружать сердце. Избегать тех продуктов, которые вызывают усиленное всасывание оксалатов из кишечника - острое и жареное. Иногда образование камней зависит от поступления кальция - тогда надо ограничить потребление продуктов, его содержащих. Но пожилым людям, которым грозит остеопороз, этого делать не нужно.

Если на заре применения гемодиализа больные с терминальной стадией хронической почечной недостаточности жили считанные месяцы, то теперь они могут жить 10 - 15 и более лет. Об этом мне рассказал заведующий отделом нефрологии и эфферентных методов лечения доктор медицинских наук А. П. Данилков. Термин этот, "эфферентный", означает "уносящий". Уносящий яды, очищающий организм. По сути дела, все имеющиеся на сегодняшний день методы очистки находят применение в



отделе: и гемодиализ, и гемосорбция, и плазмозферез, и лазерное облучение крови. Несколько лет здесь активно занимаются достаточно эффективным методом электрохимического окисления (ЭХО), когда в кровь больного вводят "ex tempore" полученный раствор гипохлорида натрия. Получается он из физиологического раствора путем электролиза и потому достаточно дешев. Особенно хорошо метод показал себя при тяжелых инфекциях у больных с поливалентной аллергией. Применение ЭХО дает возможность резко сократить гемосорбцию, которая является все-таки грубоватым методом, поскольку может приводить к разрушению форменных элементов крови. И хотя урологи привыкли, что с помощью гемосорбции можно успешно лечить септическую интоксикацию, гнойную инфекцию, а также остановить некупирующуюся атаку пиелонефрита, сотрудники отдела эфферентных методов все чаще доказывают высокую эффективность электрохимического окисления крови. В качестве дополнительного метода применяют здесь и оксигенбаротерапию.



Основная же забота отдела - это больные, находящиеся на гемодиализе. В институте есть отдельный флигель, где постоянно живут около двух десятков больных, находящихся на диализной программе - ждут пересадки почки. Да еще столько же приходит амбулаторных больных. Больным с хронической почечной недостаточностью гемодиализ впервые стали делать в 1964 - 65 годах, но результаты сначала были не очень хорошие. Однако теперь врачи научились надолго продлять жизнь своим пациентам, привязав их к диализному центру - процедуру надо проходить по крайней мере два - три раза в неделю. "Освободить" больного можно только одним способом - путем пересадки почки. В институте давно научились делать эти операции, но проблема в другом - в донорах. Ожидание почки длится месяцами, а то и годами, и пациенты все ходят и ходят на гемодиализ. Так получается, что из 100 больных, нуждающихся в этом лечении, могут воспользоваться им не больше шести.

Бесплодие и неспособность мужчин к половому акту жизни не угрожает, но волнует очень и очень многих. Этим и занимается отдел андрологии, которым заведует А. А. Камалов. Данная проблема в высшей степени деликатная и требует от врача самых разнообразных навыков, включая психотерапевтические. В самом деле, мужская импотенция только в 40% имеет органическую причину, в остальных 60 она зависит от психогенных причин. Тем важнее эти 40% своевременно диагностировать и лечить.

Ученых отдела в первую очередь интересуют непосредственные заболевания репродуктивных органов, из которых наибольшее значение имеют инфекционные заболевания, травмы, нарушения кровотока. Отдел состоит из двух частей - лабораторной и клинической. В лаборатории могут исследовать сперму и определить функциональное состояние сперматозоида, подвергнуть сосудистую сеть доплеровскому исследованию и оценить состояние венозного и артериального кровотока. Врачи-клиницисты, в свою очередь, осуществляют уникальные пластические и реконструктивные операции, часть из которых стала возможной благодаря тому, что в отделе имеется специальный операционный микроскоп - ведь только под микроскопом можно делать, скажем, операцию по восстановлению проходимости семявыносящих путей. Много хлопот андрологам доставляют застойные и инфекционные процессы в предстательной железе, в результате которых она теряет способность выполнять свою функ-

цию по трансформации тестостерона в активный дегидротестостерон. Другой важной проблемой, которой занимаются сотрудники отдела, является варикоцеле. Заболевание часто носит врожденный характер и зависит либо от слабости сосудистой стенки, либо от отсутствия в венах клапанов. Необходима своевременная операция, так как нарушение венозного оттока приводит к застою крови в яичке и придатке и грозит бесплодием.

Нарушение эректильной функции напрямую не связано с репродукцией, но сильно ее осложняет и наносит психическую травму больному. В ряде случаев таким больным можно помочь. Если при помощи доплерографии установлено, что в нарушении эрекции виновато состояние сосудистой системы, то возможно выполнение различных реконструктивных сосудистых операций, а в крайних случаях - замещение одного или двух не-

работающих кавернозных тел с помощью протеза. Важно помнить, что к этим операциям надо подходить очень ответственно, учитывать и отдаленные последствия. Здесь не место кавалерийским наскокам, которыми грешат различные медицинские коммерческие структуры.

Гордость академика Н. А. Лопаткина, его любимое детище - детская урологическая клиника. Отдел детской урологии, которым с самого начала, с 1983 года, руководит профессор, заслуженный деятель науки А. Г. Пугачев, сегодня размещается в корпусе, равного которому нет ни в одной клинике Европы.

К великому сожалению, многие урологические заболевания начинаются в раннем детстве и сопровождают человека всю его жизнь. И какой будет эта жизнь, очень часто зависит от того, как рано специалист-уролог начнет наблюдать больного. С пересадкой почки у детей еще сложнее - детское донорство в стране запрещено. Тем отраднее слышать, что в институте недавно успешно была произведена пересадка ребенку почки взрослого человека. Здесь впервые в стране начали применять у детей дистанционную литотрипсию, накопили и самый большой в мире опыт по применению у детей нефролитолапаксии - это когда через прокол в коже вводят в почку эндоскоп и на "in situ" дробят камень. Ученые отмечают тесную связь мочекаменной болезни с гиперфункцией паращитовидной железы у детей.

Очень тревожит сотрудников этого отдела тот факт, что дети продолжают поступать в институт в очень запущенном состоянии. На протяжении многих лет в поликлиниках не устают ставить порочный по сути диагноз - инфекция мочевыводящих путей. Дальше ребенка не обследуют, а ведь причиной инфекции могут быть и врожденные аномалии развития мочевых путей, которые очень важно начать лечить своевременно. У института есть консультативная поликлиника. Направляйте! И проконсультируйте больного, и при необходимости положат в стационар.

Вот и подошел к концу наш репортаж. Кое-что, к сожалению, осталось "за кадром". Например, мы не рассказали об очень интересной работе недавно организованного отделения реконструктивной урологии, лаборатории моделирования урологических заболеваний, микробиологической и биохимической лабораториях, где сделано много полезных для практической медицины открытий. Об этом в следующий раз. Мы надеемся, что наше сотрудничество с НИИ урологии продолжится.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ГИПОАНДРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН

О. Б. Лоран профессор, зав. кафедрой урологии ММСИ; А. С. Сегал, доцент кафедры, зав. андрологическим отделением московской клинической больницы № 50

Более ста лет назад пожилой француз Брун Секар сообщил об открытии секрета омоложения после выполнения 8 аутоинъекций вытяжки из тестикул собак. Хотя эффект был нестойким, именно это событие 1889 года явилось импульсом к развитию нового медицинского направления - терапии андрогенами. В настоящее время показаниями к лечению тестостероном являются гипогонадизм, задержка полового созревания, нарушения потенции при тестостерон-дефицитных состояниях, идиопатическое бесплодие, остеопороз, старческие проявления у мужчин, отдельные формы анемий.

По соглашению международных экспертов от 1992 года основная цель терапии андрогенами состоит в повышении содержания тестостерона до уровня близкого к физиологической концентрации. Соответственно, назначение тестостерона считается обоснованным в тех случаях, когда утреннее содержание его в сыворотке крови больных ниже 12 нмоль/л, при норме 10 - 35 нмоль/л. Важно добиться повышения не только общей концентрации тестостерона (тотального тестостерона), но и, что особенно важно, свободного тестостерона. Известно, что из общего количества циркулирующего в крови тестостерона около 98% связано с белками плазмы и неактивно. Лишь 2% находящегося в свободном состоянии тестостерона оказывается способным на уровне специфических тканей-мишеней (простата, семенные пузырьки, придатки яичек и др.) после трансформации под влиянием 5 α -редуктазы в дигидротестостерон и ароматазы в эстрадиол обеспечивать все его биологические эффекты. В мышечной ткани, которая бедна 5 α -редуктазой, активная форма представлена самим тестостероном.

К негативным последствиям назначения андрогенов, особенно в повышенных дозах, следует отнести риск нарушения саморегуляции системы гипоталамус-гипофиз-гонады.

Возможности и приемлемость терапии андрогенами значительно расширились с появлением перорального препарата Андриол (тестостерона андеканоат), синтезированного и производимого в настоящее время фирмой Органон (Нидерланды). Часть принятого внутрь Андриола способна адсорбироваться через лимфатическую систему и, не подвергаясь первичному метаболизму в печени, поступать в кровяное русло через грудной лимфатический проток. Мы, как и другие специалисты, применяющие Андриол, полагаем, что в настоящее время это единственный эффективный и безопасный пероральный андрогенный препарат. Используя в течение последних

трех лет Андриол, а при показаниях к парентеральному введению андрогенов - Сустанон (Органон), мы добились положительных результатов при лечении отдельных форм бесплодия (идиопатическая недостаточность семенных канальцев, патоспермия на почве первичного гипогонадизма), нарушений копулятивной функции вследствие ее возрастной инволюции.

Весьма важным является определение дозы андрогенов. В зависимости от цели назначения целесообразно выделять три категории доз препаратов тестостерона: подавляющие, заместительные и стимулирующие. Назначение подавляющих доз тестостерона не нашло широкого практического применения. Эта методика, описанная как ребаунд-эффект или "эффект отдачи", используется при отдельных формах секреторного бесплодия. Назначение высоких доз тестостерона (более 75 мг в сутки) в течение 2 - 3 месяцев влечет угнетение продукции гонадотропинов и их релизинг-гормонов с последующим полным подавлением нарушенного сперматогенеза. Вслед за отменой препарата происходит обратный процесс и, в результате обновления сперматогенного эпителия и интенсификации продукции сперматозоидов, показатели эякулята могут значительно улучшиться.

Заместительные дозы предназначены для нормализации уровня общего и свободного тестостерона при различных состояниях, связанных с гипогонадемией. Данный терапевтический подход является весьма распространенным. Его эффект при первичном гипогонадизме обусловлен не только прямым восполнением дефицита тестостерона, но и устранением гиперстимуляции пораженных яичек ("эффект подстегивания истощенной лошади") за счет снижения уровня гонадотропинов. Курс лечения бесплодия проводится в течение 2,5 - 3 месяцев с учетом длительности цикла сперматогенеза, составляющей 72 - 76 суток. Назначение же стимулирующих доз призвано поддерживать физиологический уровень содержания тестостерона, активизировать половое влечение и обменные процессы. Продолжительность терапии от одного до нескольких месяцев.

Если показания и методы терапии андрогенами первичного и вторичного гипогонадизма, задержки полового развития, отдельных форм бесплодия в определенной степени уточнены и разработаны, то назначение препаратов тестостерона с целью предотвращения и купирования инволюционных изменений у мужчин пожилого и старческого возраста активно дискутируется. В пользу назначения андрогенов

этой категории пациентов служат результаты научных и клинических исследований, выполненных преимущественно в последнее десятилетие. Они убедительно продемонстрировали, что после 50 лет у мужчин, на фоне постепенного уменьшения массы клеток Лейдига, происходит снижение продукции тестостерона и ослабление сперматогенеза. В результате нарастающей с годами андрогенной недостаточности появляются изменения в структуре и функции органов-мишеней тестостерона: репродуктивной системе, костях, мышцах, ЦНС. Клинически это проявляется в ослаблении либидо, адекватных и спонтанных эрекции, снижении фертильности эякулята, остеопорозе, атрофии мышц.

Однако, описанные изменения отражают общие тенденции старения мужского организма, но не являются абсолютно закономерными. Так, отнюдь не все мужчины демонстрируют возрастные проявления гипогонадизма. Уровень сывороточного тестостерона у здоровых пожилых мужчин весьма индивидуален, а критерии его дефицита нечеткие. Установлено отсутствие корреляции между уровнем сывороточного тестостерона и либидо, сексуальной активностью, адекватными эрекциями. Тем не менее, при наличии возрастных проявлений андрогенной недостаточности большинство специалистов признает терапию андрогенами целесообразной и эффективной. Стимулирующие дозы препаратов тестостерона не вызывают каких-либо отрицательных побочных эффектов и не способны провоцировать возникновение доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы. В тоже время, исключение рака простаты является обязательным условием назначения андрогенов.

Для дополнительной медицинской информации обращаться в Представительство фирмы "Органон" по адресу: 125445, Москва, Смольная ул., 24д, коммерческая башня "Меридиан", тел.: (095) 960 2897, факс: (095) 960 2896.

По вопросам приобретения препаратов Андриол и Сустанон обращаться: "ПРОТЕК" - тел.: (095) 113 8833; "Мединторг" - тел.: (095) 339 4111; "Инвакорп" - тел.: (095) 127 9107; "Мультифарма" - тел.: (095) 721 3050.



ШВАБЕ



Простагут форте - комбинированный растительный урологический препарат. В его состав входят липофильный экстракт из плодов американской остролистной пальмы сабаль и сухой экстракт из корней крапивы двудомной. В экспериментальных исследованиях удалось продемонстрировать, что

экстракты пальмы сабаль и крапивы ингибируют активность двух важнейших ферментов, отвечающих за метаболизм андрогенов в простате. Это, прежде всего, 5 α -редуктаза, участвующая в процессе перехода тестостерона в дигидротестостерон, а также ароматаза, катализирующая превращение тестостерона в 17- β -эстрадиол. Так как дигидротестостерон и эстрадиол играют основную роль в патогенезе аденомы предстательной железы, подавление их синтеза позволяет добиваться облегчения соответствующей симптоматики. Кроме того, препарат обладает анти-

экссудативной активностью и снимает застой в простате.

Показания к применению. Нарушения мочеиспускания, вызванные аденомой предстательной железы (1 и 2 стадии); видоизменения простаты с расстройством процесса опорожнения мочевого пузыря; лечение до и после операции на простате; хронический простатит; застойные явления в простате; неврогенные заболевания простаты; воспаление и слабость сфинктера мочевого пузыря без органических изменений как у мужчин, так и у женщин.

Особых противопоказаний для применения Простагута

форте нет. В редких случаях могут наблюдаться побочные эффекты в виде расстройства ЖКТ.

Способ применения и дозы. Капсулы принимать внутрь по 1 капсуле 2 раза в день. Глотать не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости; капли: по 20 - 40 капель 3 раза в день. Принимать с небольшим количеством воды.

Форма выпуска. Упаковки по 60 капсул, флаконы по 100 мл.

Более подробную информацию о препарате можно получить в представительстве фирмы Schwabe по тел.: 237 1691, 954 6111; факс: 958 1458.

ПРОСТАГУТ форте

ЛАБОРАТУАР ФУРНЬЕ



Дриптан (оксибутинин гидрхлорид) - препарат, снижающий тонус гладкой мускулатуры мочевого пузыря. Активное вещество препарата оказывает расслабляющее действие на гладкую мышцу детрузора мочевого пузыря как за счет прямого антиспазматического влияния, так и вследствие антихолинергического эффекта, в результате блокады взаимодействия ацетилхолина и мускариновых рецепторов гладкой мускулатуры. Дриптан вызывает расслабление мышцы детрузора мочевого пузыря и у больных с нестабильной функцией пузыря, увеличивает его объем, а также урежает случаи спонтанных сокращений мышцы детрузора.

Препарат применяют при недержании мочи, связанном с нестабильной функцией мочевого пузыря, нарушенной либо в результате расстройств неврогенного характера (гиперрефлексия детрузора), например, при распространенном склерозе или spina bifida, либо при идиопатических нарушениях функции детрузора (моторное не-

держание). Детям старше 5 лет Дриптан назначают при ночном энурезе в сочетании с немедикаментозным лечением при неэффективности последнего в качестве монотерапии, так и совместно с другими лекарственными средствами.

Дозировка. Взрослым по 5 мг 2 - 3 раза в день; пожилым - 5 мг 2 раза в день; детям старше 5 лет при нарушениях функции мочевого пузыря неврогенного характера - 5 мг 2 раза в день, при ночном энурезе 5 мг 2 - 3 раза в день с назначением последней дозы на ночь. Рекомендуется постепенное увеличение дозы препарата, начиная с 1/2 табл. 2 - 3 раза в день.

Побочные действия - сухость во рту, запоры, снижение остроты зрения, тошнота, желудочный дискомфорт, приливы (у детей), затрудненное мочеиспускание.

Противопоказания - кишечная непроходимость, значительные нарушения оттока из мочевого пузыря (риск precipitation мочи), атония кишечника, тяжелый язвенный колит или расширение ободочной кишки, миастения, глаукома, дети моложе 5 лет.

Дриптан следует применять с осторожностью у ос-

лабленных пожилых людей и у больных с автономной нейропатией, тяжелыми заболеваниями печени и почек. На фоне применения препарата возможно усиление симптомов гипертиреозидизма, коронарной болезни сердца, застойной сердечной недостаточности, аритмий, тахикардии и гипертрофии предстательной железы. С осторожностью применять у больных с грыжей пищеводного отверстия, связанной с рефлюкс-эзофагитом. В период беременности препарат назначают только по строгим показаниям.

Форма выпуска. Таблетки по 60 шт. в упаковке.

ТАДЕНАН

Таденан (экстракт африканской сливы, капсулы 50 мг) - препарат, применяемый в урологии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, обладающий эффектом как в отношении предстательной железы, так и мочевого пузыря.

Таденан подавляет пролиферацию фибробластов, восстанавливает секреторную функцию простаты и уменьшает ее отек. Препарат уменьшает возрастную гиперактив-

ность мочевого пузыря, повышает эластичность мышцы (детрузора), благодаря чему облегчается процесс и снижается частота мочеиспускания.

Таденан улучшает объективные клинические показатели и субъективные симптомы. Частота ночного мочеиспускания снижается на 31%, остаточный объем мочи уменьшается на 24%, уже через два месяца лечения у 60% больных уменьшается задержка мочи и усиливается ее напор.

Таденан не обладает побочными эффектами, характерными для гормональных препаратов, не снижает либидо и потенцию. Его можно применять с другими лекарствами, в том числе и сердечно-сосудистыми, обычно применяемыми в пожилом возрасте. Он хорошо переносится пациентами, из которых не более 2% отмечают незначительные и проходящие побочные явления.

Курс лечения: 1 капсула утром и 1 капсула вечером в течение 6 - 8 недель.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в Представительстве компании Фурнье по адресу: 103001, Москва, Гранатный пер., 9. Тел.: 203 4901, 290 3161, факс: 956 6236.

ДРИПТАН

ЭСПАРМА



Блемарен (гранулированный порошок) - препарат, в состав которого входит лимонная кислота и цитрат натрия. Применяется для консервативной терапии и профилактики мочекаислого уролитиаза. Действие Блемарена основано на принципе последовательной нейтрализации реакции мочи, то есть, с его помощью можно удерживать реакцию мочи в идеальном диапазоне pH - между 6,6 и 6,8. Если данное значение pH удается сохранять

в течение длительного времени, то наступает растворение имеющихся камней и предупреждается образование новых.

Доза Блемарена устанавливается для каждого пациента индивидуально. Для этого перед началом применения необходимо определить дозировку при которой обнаруживается оптимальное значение pH мочи. Суточная доза равномерно распределяется в течение дня (8.00, 14.00, 20.00) и принимается после еды. Контроль эффективности производится три раза в день перед приемом препарата. Для этого к каждой упаковке прилагается индикаторная бумага, которая имеет

диапазон показываемых значений pH от 5,4 до 7,4. Дозировка может считаться правильной, если три раза в день измеренные значения pH не превышают 7,0, либо не снижаются ниже 6,2. Средняя суточная доза может составлять от 6,0 до 18,0 г гранулята в день. Одна полная мерная ложечка (прилагается) соответствует 3 г гранулята.

Блемарен хорошо переносится даже при длительном применении. Во время лечения рекомендуется ограничить прием богатых белками продуктов питания и увели-

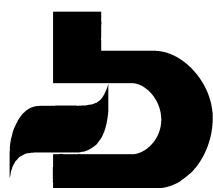
БЛЕМАРЕН

чить потребление жидкости (не менее 1,5 - 2 л в сутки) для лучшего "промывания" мочевыводящих путей.

При назначении препарата больным, страдающим гипертонической болезнью, заболеваниями сердца и почек, необходимо принимать во внимание, что средняя суточная доза гранулята (12г) содержит 1,5 г калия и 0,9 г натрия. Так как Блемарен не содержит углеводов, его можно назначать больным сахарным диабетом.

Более подробную информацию можно получить по тел.: (095) 967 6963, факс: (095) 967 6960.

БИОНОРИКА Арцнайmittel ГмБХ



Канефрон - комбинированный препарат растительного происхождения. Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт. Уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек. Потенцируют эффект

терапии антибиотиками.

В 100 г раствора содержится 29 г водно-спиртового экстракта (вещество вытяжки - 59% этанол) из *Herba Centauni* (золототысячник) 0,6 г, *Fructus Cynosbati sina Semine* (кожура шиповника) 1,0 г, *Radix levestici* (любисток) 0,6 г, *Folia Rosmarini* (розмарин) 0,6 г. Содержит 19,6% спирта. Одно драже содержит порошок: *Herba Centauni* (золототысячник) 18 мг, *Fructus Cynosbati sina Semine* (кожура шиповника) 30 мг, *Radix levestici* (любисток) 18 мг, *Folia Rosmarini* (розмарин) 18 мг. Драже по 50 штук в упаковке. Раствор для перорального применения 100 мл во флаконе.

рального применения 100 мл во флаконе.

Препарат показан при хронических воспалительных заболеваниях мочевого пузыря и почек, хронических неинфекционных заболеваниях почек и для профилактики нефролитиаза, в том числе после удаления конкрементов.

Взрослым назначают по 2 драже (50 капель) 3 раза в сутки. Грудным детям назначают по 10 капель 3 раза в день; для детей в возрасте от 1 года до 5 лет - по 15 капель 3 раза в день; для детей школьного возраста - по 1 драже (25 капель) 3 раза в день. При необходимости ле-

чение можно проводить курсами. Длительность применения препарата определяется клинической картиной заболевания.

Побочные действия неизвестны. Можно назначать во время беременности.

Комбинация Канефрона с антибактериальными лекарственными средствами возможна и целесообразна.

Более подробную информацию можно получить в Представительстве фирмы "Бионорика Арцнайmittel ГмБХ" (Германия) по адресу: Москва, пр-т Вернадского, 37, к. 2, оф. 457, тел.: 938 9355, факс: 938 2600.

КАНЕФРОН

КНИГИ

"Патофизиология." Современные научные данные о работе отдельных органов и систем человека в условиях здоровья и болезни рассмотрены в книгах этой серии с позиции фундаментальной медицинской науки - патофизиологии. Практические врачи, научные работники и студенты найдут много новых и полезных сведе-

ний, облегчающих понимание этиологии, патогенеза и клинической картины заболеваний.

В мае 1997 года вышла в свет книга **Дж. Шеймана "Патофизиология почки"**. Представлены современные сведения по морфологии, биохимии, патофизиологии и патологической анатомии почки. Рассмотрены вопросы участия почки в водно-солевом обмене, регуляции кислотно-основного состояния, механизмы протеинурии и гематурии, особенности острой и хронической почечной недостаточности. Описаны

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОЧКИ

стандартные клиренсовые методы, данные биохимических лабораторных анализов, светоптических, электронномикроскопических исследований клубочков и канальцев почек, позволяющие выявить характер и локализацию патологического процесса при диагностике заболевания. В книгу включены истории болезней и тесты, анализ и выполнение которых облегчают понимание основ патофизиологии почек. Для терапевтов, нефрологов, врачей общей практики, студентов-медиков. Ориентировочная сто-

имость книги - 16 - 18 т. рублей.

Так же издательство выпустило следующие книги: Ф. Циммерманн **"Клиническая электрокардиография"**, В. В. Руксин **"Неотложная кардиология"**. Готовятся к выходу - Мари Э. Вуд и Пол Э. Банн **"Секреты гематологии и онкологии"**, **"Патофизиология органов пищеварения"** под ред. проф. Дж. М. Хендерсона и другие.

Адрес Издательства "Бином": 103473, Москва, а/я 133. Тел.: (095) 973 9063, 973 9064; факс: (095) 978 1631.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т.Н. Краснова, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, отдел нефрологии НИЦ

В настоящее время в арсенале средств, применяемых при лечении заболеваний иммуновоспалительного характера, наряду с традиционными глюкокортикостероидами и цитостатиками с общим цитостатическим эффектом, входят и иммуносупрессоры направленного селективного действия.

Сандиммун (циклоsporин - А), который является средством выбора профилактики и лечения кризов отторжения после трансплантации органов, последние 10 лет активно используется интернистами для лечения иммуновоспалительных заболеваний органов зрения, кожи, системы крови, желудочно-кишечного тракта, почек, суставов и др.

Сандиммун назначают как альтернативу глюкокортикостероидам при рефрактерности заболевания к глюкокортикостероидам, при развитии стероидозависимых форм заболеваний, развитии осложнений стероидной терапии.

Наиболее хорошо физическая эффективность Сандиммуна при кожных болезнях, хрони-

ческом гломерулонефрите, ревматоидном артрите, болезнях кишечника, апластической анемии. Проводятся исследования по эффективности Сандиммуна у больных диабетической нефропатией, системной красной волчанкой, фиброзирующем альвеолите, но однозначного ответа об эффективности Сандиммуна при этих болезнях пока нет.

В дерматологии Сандиммун оказался эффективным при псориазе, в том числе и при тяжелых формах заболевания: псориазической эритродермии, артропатическом псориазе, а также при тяжелом течении атопического дерматита. Несмотря на высокий процент рецидивов при отмене препарата в большинстве случаев даже кратковременные ремиссии позволяют больным заметно улучшить качество жизни.

Накоплен десятилетний опыт применения Сандиммуна у больных хроническим гломерулонефритом с нефротическим синдромом. Ответ на лечение различается в зависимости от морфологической формы болезни. Уменьшение при-

знаков нефротического синдрома или полное его исчезновение позволяет больному избавиться от тягостных отеков и опасных осложнений, а также отдалить время наступления почечной недостаточности. Сандиммун оказался эффективным при ревматоидном артрите. Эффективность его более высока при ювенильной форме болезни. При этом уменьшение степени активности болезни не сопровождается задержкой роста детей, как при стероидной терапии.

В ряде случаев, при тяжелых обострениях неспецифического язвенного колита, назначение Сандиммуна позволяет избежать оперативных вмешательств.

Учитывая, что Сандиммун назначают как препарат второго ряда, любой положительный результат его действия может рассматриваться как большое достижение.

Сандиммун обладает рядом побочных действий (гипертрихоз, гиперплазия десен, гиперлипидемия), но главным препятствием для его применения является нефротоксический

эффект, который клинически, в первую очередь, проявляется ухудшением функции почек и развитием артериальной гипертензии, даже у больных без патологии почек. Эффективность препарата и развитие осложнений, способствует колебанию уровня циклоsporина в сыворотке из-за непредсказуемости его всасывания. Самая последняя форма препарата Сандиммун-неорал лишен этого недостатка, т.к. представляет собой молекулу циклоsporина-А, соединенную с жирными остатками, что способствует всасыванию препарата в 12-перстной кишке, не зависимо от особенностей пищеварения у больного, и, таким образом, обладает большей биодоступностью и более удобен в применении.

При лечении иммуновоспалительных заболеваний высокие дозы Сандиммуна не применяются и составляют 1,5-5 мг/кг веса в сутки у взрослых.

Таким образом, селективные иммуносупрессоры позволяют улучшить течение и прогноз тяжелых иммуновоспалительных заболеваний.

ЭГИС



Суметролим - комплексный химиопрепарат широкого спектра действия для лечения инфекционных заболеваний. В его состав входят сульфаметоксазол и триметоприм. Оказывая влияние на одну и ту же цепь биохимических реакций, они потенцируют действие друг друга.

Показания к применению: инфекции почек и мочевыводящих путей (цистит, пиелит, пиелонефрит, уретрит); воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, холангит); инфекции ЖКТ (энтерит, брюшной тиф, паратиф, дизентерия); заболевания мочеполовых путей (уретрит, вызываемый гонококком, простатит); инфекции кожи (фурункулез, абсцесс, инфекции ран); заболевания верхних и нижних дыхательных путей (острые и хронические бронхиты, бронхоэктазии, пневмо-

нии, тонзиллит, синусит, фарингит).

Дозировка: для детей в возрасте 1 год - 1/4 табл. 2 раза в день или 1 мл сиропа 2 раза в день; для детей от 2 до 6 лет - по 1/4 - 1/2 табл. 2 раза в день или 6-8 мл сиропа 2 раза в день; детям от 7 до 12 лет - по 1/2 - 1 табл. 2 раза в день или по 8-16 мл сиропа 2 раза в день после еды.

При применении препарата следует учитывать состояние функции печени и почек, нарушение картины крови, беременность (первый триместр и пери-

СУМЕТРОЛИМ

од перед родами) Во время лактации - в первые 6 недель - назначения препарата следует избегать. Абсолютным противопоказанием является гиперчувствительность к препарату.

Побочные эффекты: плохое самочувствие, головные боли, сыпь, жалобы со стороны желудка.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в научном представительстве по адресу: 123376, Москва, ул. Красная Пресня, 1/7, офис 570, тел.: 255 1447, 250 6402, 250 7180, факс: 252 6502.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т. С. Перепанова, д. м. н., Научно-исследовательский институт урологии МЗ РФ

Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов представляет значительные трудности. Персистенция возбудителей на камнях в мочевых путях, поддержание инфекции в "замкнутом пространстве" при наличии обструктивной уропатии на любом уровне мочеполовой системы, необходимость катетеризации и дренирования мочевых путей, приводящие к "катетер-ассоциированной инфекции" - лишь небольшая часть причин, обуславливающих частоту и трудность борьбы с этими заболеваниями.

Проблема антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов является одной из важнейших в борьбе с госпитальной инфекцией вообще, и мочевой, в частности. Эффективность лечения даже новейшими антибиотиками не всегда дает желаемого результата, в связи с опасностью селекции и быстрого распространения резистентных к ним штаммов бактерий. В настоящее время известно несколько механизмов резистентности у микроорганизмов. Наиболее распространенной является ферментативная инактивация (бета-лактамазы) в отношении всех бета-лактаменных антибиотиков, аминогликозидов и макролидов.

Поиск средств борьбы с антибиотикорезистентностью, обус-

ловленной выработкой ферментов ведется в 2-х направлениях: а) изыскание способов разрушения ферментов микроорганизмов или подавления бета-лактамазообразующей способности микроорганизмов; б) создание антибактериальных препаратов, обладающих устойчивостью к действию ферментов. В этом отношении заслуживают внимания комбинированные препараты: амоксилав (амоксициллин+клавулановая кислота), уназин, сулациллин (ампициллин+сульбактам), т. е. препараты, содержащие комбинацию антибиотика широкого спектра действия и ингибитора бета-лактамаз.

Опыт клинического применения в Научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ препарата Уназин (фирма Pfizer, США), испытанного в двух лекарственных формах - инъекционной и пероральной - показал их высокую клинико-бактериологическую эффективность. Препараты представляют собой комбинацию ингибитора бета-лактамаз: сульбактама и бактерицидного антибиотика - ампициллина (С/А). За счет подавления сульбактамом ряда бета-лактамаз восстанавливается и расширяется спектр антимикробного действия против устойчивых штаммов микроорганизмов.

Антибактериальную активность С/А изучали диско-диффузионным методом, минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) препаратов ампициллин, уназин, сульбактам изучали методом разведения в агаре Мюллер-Хинтона с использованием репликатора. Бета-лактамазную активность микроорганизмов изучали с помощью теста с нитроцефином. Концентрации С/А в крови и моче определяли методом жидкостной хроматографии.

Большинство изолированных от больных бактерий были чувствительны к С/А, среди грамположительных кокков чувствительные штаммы превышали 80%, из грамотрицательных микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae - свыше 50%. Процент микроорганизмов, обладающих бета-лактамазной активностью, варьировал от 36% до 75%. Наиболее часто бета-лактамазы выявляли у микроорганизмов рода *Proteus* и *Staph.epidermidis*, реже у *E.coli* и *Staph.aureus*. Максимальная концентрация ампициллина в крови составляла 18,5 + 5,7 мкг/мл; для сульбактама 11,64 + 2,42 мкг/мл. Время достижения максимальной концентрации С/А в крови составляло 1 час. Концентрация ампициллина в моче колебалась в пределах 350 мкг/мл для суль-

бактама и 700 мкг/мл для ампициллина.

Уназин применен при лечении 114 больных с острыми и хроническими воспалительными урологическими заболеваниями: цистит, пиелонефрит, простатит, эпидидимоорхит, инфекция на фоне постоянных дренажей и катетеров в мочевых путях. Суточная доза С/А 1,5 - 6 - 9 - 12 г в/в, в/м или перорально, в зависимости от тяжести заболевания, у детей из расчета 150 мг/кг массы тела. Курс лечения 7 - 10 - 14 дней. В соответствии с результатами "in vitro" мы получили хороший терапевтический эффект. Удовлетворительная бактериологическая эффективность лечения обнаружена в 92,3% случаев, причем, полной ликвидации патогенного возбудителя удалось добиться в 57,7% случаев. Наиболее эффективным было лечение коли-бациллярной инфекции - в 75% случаев обнаружена полная ликвидация кишечной палочки. Продолжительность антибактериальной терапии необходимо решать индивидуально, учитывая многие факторы. Антибактериальная терапия, как правило, неэффективна в случае хронической инфекции, поддерживаемой инородными телами в мочеполовой системе (дренажей, катетеров, камней), что требует их устранения.

ПФАЙЗЕР



Уназин - комбинированный препарат, обладающий широким спектром активности в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, в том числе вырабатывающих бета-лактамазу.

Показания. Лечение бактериальных инфекций, вызванных микроорганизмами, чув-

ствительными к сультамициллину (в том числе гонококковые инфекции). Препарат также показан больным, продолжающим терапию после парентерального курса лечения комбинацией ампициллина и сульбактама.

Побочное действие. Возможны - диарея, зуд, сыпь и кожные реакции. Реже - тошнота, рвота, боли в эпигастрии, колики, сонливость, недомогание, головная боль. В редких случаях - энтероколит, и псевдомембранозный колит, развитие суперинфекции (в том чис-

ле грибковой). Описаны случаи тяжелых анафилактических реакций.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к пенициллинам.

Особые указания. У пациентов, имеющих в анамнезе аллергические реакции на цефалоспорины, следует учитывать возможность перекрестной аллергии. Пациентам с инфекционным мононуклеозом Уназин назначать не следует. У больных с тяжелыми нарушениями функции почек следует увели-

УНАЗИН

чить интервалы между приемами препарата. При длительном лечении Уназином необходимо контролировать картину периферической крови, функцию печени и почек.

Безопасность применения препарата в периоды беременности и лактации не установлена.

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

КНОЛЛЬ АГ

ГЕПТРАЛ (АДЕМЕТИОНИН)

ПРЕПАРАТ ШИРОКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Медицинский отдел фирмы Кнолль АГ

В последнее время в ряде европейских стран, в том числе и в России, в лечении широкого спектра заболеваний успешно применяется препарат **Гептрал**. Его активный ингредиент - адеметионин - синтезируется печенью из метионина и адеметионина и служит субстратом многих биохимических реакций, протекающих в клетках живых организмов. Выделяют три наиболее важные реакции, в которых адеметионин играет главную роль: трансметилирование, транссульфурирование, аминопропилирование. При нарушении трансметилирования происходит нарушение транспорта желчных кислот. При нарушении транссульфурирования происходит повреждение клеточных мембран. Вследствие реакций аминопропилирования происходит стимуляция пролиферации гепатоцитов. Клинически эти процессы выражаются в виде антидепрессивных, антихолестатических и гепатопротекторных эффектов Гептрала.

Благодаря тому, что в основе препарата лежит натуральное биологическое вещество, встречающееся во всех тканях и жидких средах человеческого организма, Гептрал прекрасно переносится и не имеет практически никаких побочных эффектов, а следовательно может назначаться пациентам любого возраста. Его выпускают в виде таблеток 400 мг и во флаконах (400 мг) с растворителем 5 мл. Рекомендуются курс лечения - 4 недели, из них пер-

вые две недели - интенсивная терапия - 2 флакона в день внутривенно или внутримышечно. Далее поддерживающая терапия - 2 - 4 таблетки в день.

В России Гептрал изучался во многих ведущих медицинских центрах и научно-исследовательских институтах. По результатам клинических испытаний был проведен ряд симпозиумов, на которых специалисты обменялись опытом по его применению.

В частности, в ЦНИИ гастроэнтерологии и ММА им. И. М. Сеченова были проведены исследования по использованию Гептрала в лечении хронических заболеваний печени с внутривенным холестазом. Результаты подтвердили высокую эффективность препарата: с первых же дней терапии было отмечено исчезновение астенической симптоматики, уменьшение размеров печени, у некоторых пациентов наблюдалось уменьшение асцита. К концу второй фазы лечения почти полностью исчезли расчесы, уменьшился зуд, нормализовался ряд биохимических показателей (билирубин, щелочная фосфатаза, аланиновая и аспарагиновая трансаминазы, холестерин и др.). Профессор С. Д. Подымова (ММА им. И. М. Сеченова) обосновала необходимость проведения третьей 10-дневной фазы лечения, которая приводит к еще более выраженному клиническому эффекту.

Профессор А. В. Калинин (госпиталь им. Бурденко)

высказал мысль о том, что Гептрал может быть применен при лечении различных видов патологии, в том числе и вирусных гепатитов, заболеваний составляющих до 2/3 всех заболеваний печени.

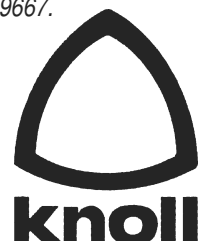
Профессор А. Б. Смулевич (НЦ психического здоровья РАМН) отметил, что Гептрал, не уступая по эффективности трициклическим антидепрессантам (амитриптилин, имипрамин), обладает одновременно тимолептическим и соматотропным действием. Такой двойной эффект обеспечивает Гептралу преимущества перед другими лекарственными средствами при терапии широко распространенных как в психиатрической, так и в общей медицинской практике депрессий невротического уровня, протекающих с явлениями соматизации. Профессор Ю. А. Александровский (ГНЦ им. В. П. Сербского) также подчеркнул эффективность Гептрала при терапии астенических состояний в рамках соматической патологии, дистимий, соматизированных депрессий, а также при лечении нарушений, вызванных токсическими, химическими воздействиями в том случае, когда формируется гепатоцеребральный синдром. Профессор В. Н. Краснов (НИИ психиатрии МЗ РФ) отмечал эффективность Гептрала при депрессиях, развившихся на органически и соматически неполноценной почве.

Д. м. н. З. И. Кекелидзе (ГНЦ им. В. П. Сербского) по-

делился опытом применения Гептрала при лечении алкогольных психозов. Препарат хорошо зарекомендовал себя, ибо действовал сочетанно: резко уменьшал проявления печеночной недостаточности, снимал чувство подавленности и угнетенности, т. е. проявлял свойства антидепрессанта, и наконец снимал астенические проявления. Данные зарубежных исследователей (Di Padova, 1987), свидетельствуют, что введение Гептрала лицам, употреблявшим перед этим алкоголь, приводит к снижению в крови уровня как алкоголя так и ацетальдегида. Данный препарат является новым перспективным средством для лечения некоторых форм алкоголизма.

Резюмируя обсуждение, можно констатировать, что отечественное здравоохранение получило новый высокоэффективный препарат для лечения заболеваний печени, алкоголизма и депрессий.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы по адресу: 119881, Москва, ул. Малая Трубецкая, 8, 12 этаж. Тел.: (095) 234 9666; факс: 234 9667.



ПФАЙЗЕР

КАРДУРА (ДОКСАЗОЗИН)

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 (ДГП) с возрастом способствуют разработке и появлению множества фармакологических препаратов, направленных на консервативное лечение ДГП для улучшения качества жизни. Клиническое проявление ДГП оказывает существенное отрицательное влияние на повседневную жизнь пациентов: учащенное мочеиспускание вялой струей, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания, прерывистая струя мочи, невозможность удержать 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 ДГП зависит как от механического, так и от динамического компонентов инфравезикальной обструкции. Гиперпластическая ткань простаты, капсула, шейка мочевого пузыря содержат большое количество альфа-1-адренорецепторов, стимуляция которых при-

водит к сокращению гладкой мускулатуры, увеличению внутриуретрального сопротивления, сопротивлению потоку мочи. Антагонистическое действие альфа-1-адреноблокаторов, в частности, препарата Доксазозин на альфа-1-рецепторы обуславливает эффективность их применения у больных ДГП. Уменьшая тонус гладкой мускулатуры, альфа-блокаторы селективно уменьшают инфравезикальную обструкцию и улучшают нарушенное мочеиспускание без ослабления сокращения детрузора. Доксазозин - селективный альфа-1-адреноблокатор имеет 22 часовой период полураспада, который позволяет назначать его 1 раз в сутки. Длительный период полураспада Доксазозина обеспечивает постепенное начало действия и гибкое дозирование - утром или вечером.

Международные клинические исследования доказали, что Доксазозин эффективен и безопасен для лечения больных с ДГП. Большинство международных рекомендаций для установок диагноза - доброкачественная гиперплазия простаты и необходимость 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 - IPSS-score. 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, количества остаточной мочи и урофлоуметрию.

В научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ опыт клинического применения Доксазозина (Д) (Кардура, Пфайзер, США) у больных с ДГП, прошедших амбулаторный курс лечения в течение 16 недель (2 недели - плацебо, 14 недель - Кардура), показал его эффективность.

Дозы препарата варьировали в зависимости от количества очков при подсчете суммарной оценки шкалы IPSS. При увеличении суммы очков IPSS больше, чем на 30% от исходного уровня доза Д не менялась, в противном случае доза увеличивалась на 2 мг в сутки. Первая доза - 1 или 2 мг, в дальнейшем определяли дозу 4 или 8 мг. Большинство пациентов (60%) прошли курс лечения на дозе 4 мг. Пациенты отмечали улучшение мочеиспускания уже через 1 - 2 недели приема Доксазозина. Анализ клинической эффек-

тивности Д по сумме очков IPSS показал улучшение симптомов нарушенного мочеиспускания на 42% через 4 недели лечения (2 мг) Кардурой. После всего курса лечения Д (14 недель) положительный эффект лечения отмечен у всех пациентов, улучшение показателей IPSS в среднем на 60%. Показатели артериального давления в среднем не изменились. У больных с симптоматической артериальной гипертензией отмечалось снижение (вернее, нормализация) цифр артериального давления на 10 - 15 мм. рт. ст. Отмечалось улучшение показателей урофлоуметрии, в частности Q max на 2 - 3 мл/сек и количества остаточной мочи в среднем на 40%.

Препарат Кардура переносился больными хорошо, описываемые в литературе побочные действия, такие как головная боль, головокружение, утомляемость и т. д. - мы не наблюдали. Аллергических реакций не было. Таким образом, предварительные данные позволяют считать Доксазозин (Кардура, Пфайзер, США) адекватным препаратом для симптоматического лечения пациентов ДГП, не имеющих серьезных осложнений, требующих хирургического лечения.



ЯМАНУЧИ

ОМНИК

ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественная гиперплазия простаты, известная под названием аденомы предстательной железы и проявляющаяся в затрудненном мочеиспускании, является одной из наиболее распространенных болезней среди пожилых мужчин.

Недавно разработанный компанией "Яманучи" (Япония), и уже завоевавший значительные доли мирового рынка (в Японии - 50%, в Европе - от 20% до 40%), Омник является препаратом, появление которого стало значительным шагом вперед в лечении аденомы простаты.

Известно несколько методов лечения аденомы, одним из которых является хирургический. Однако в большинстве случаев заметное улучшение операция приносит лишь пациентам с тяжелой формой болезни и выраженной симптоматикой. Пациентам с мягким течением заболевания и незначительными симптомами операция не приносит облегчения. Поэтому столь актуален поиск новых эффективных возможностей медикаментозного лечения этого заболевания.

Сегодня появилось огромное количество препаратов, которым удается не ликвидировать аденому, а избавить больного от тех неприятных ощущений, которыми сопровождается болезнь. Бытующее мнение о том, что аденома может "рассосаться" с помощью того или иного препарата, неверно, а вот уменьшение действительно может про-

изойти за счет ликвидации отека, характерного при опухолевом процессе.

Медикаментозное лечение должно применяться, в основном, к двум следующим группам больных - "неоперабельным" т.е. к тем, кому вследствие сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и другие), операционное вмешательство грозит смертельным исходом. К другой группе относятся мужчины молодого возраста, для которых оперативное лечение может иметь негативные последствия, такие как снижение или исчезновение потенции до ретроградного семяизвержения во время полового акта.

Одним из главных побочных эффектов большинства препаратов, применявшихся в России и за рубежом, является их действие на сосуды, приводящее к резкому снижению артериального давления, следствием которого иногда становятся обмороки. Другим недостатком многих препаратов, является относительно долгий срок, необходимый для получения положительного эффекта (от 3-х до 6-ти месяцев). Это снижает уровень и качество жизни пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты.

Появление сначала на европейском, а теперь и на российском рынке лекарств такого препарата как Омник является важным событием в дальнейшем развитии урологии. "Эффект от препарата может появиться уже после первой дозы, - гово-

рит медицинский директор московского представительства "Яманучи" Дмитрий Казей. - Это обусловлено его суперселективным воздействием на гладкие мышцы предстательной железы. Немаловажным фактором также является и то, что Омник не дает побочных эффектов. Для пациента особенно важно, принимать препарат, надо всего один раз в день. Это очень удобно".

Омник (тамсулозин) - первый простатоселективный α_{1A} -адреноблокатор. Тамсулозин снижает напряжение мускулатуры простаты, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры. Это вызывает уменьшение динамического компонента обструкции мочевого пузыря и способствует уменьшению симптомов раздражения. Таким образом, тамсулозин улучшает отток мочи, увеличивает скорость потока мочи и снижает уровень симптомов заболевания. Противопоказанием для применения препарата является гиперчувствительность к нему и выраженная почечная недостаточность. С осторожностью его следует принимать лицам со склонностью к ортостатической гипотензии.

Не отмечено случаев лекарственного взаимодействия Омника с алкоголем, эналаприлом и нифедипином. Одновременный прием циметидина вызывал некоторое повышение уровня тамсулозина в плазме крови,

фуросемида - снижение, однако, это не требует изменения дозы тамсулозина.

Начиная с года основания (1923 г.) компания "Яманучи" широко известна своими научными исследованиями и является лидером бурно развивающейся фармацевтической промышленности Японии.

Поставив цель стать всемирной к началу XXI века, компания сконцентрировала свои усилия на дальнейшем развитии, производстве и реализации лекарств для пожилых людей, особенно применяемых в таких областях медицины, как гастроэнтерология, неврология, урология, дерматология, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания костно-мышечной системы. Популярностью пользуются в России такие препараты фирмы как Де-Нол, Фосфалюгель, Пимафуцин и другие. Омник занял достойное место в этом ассортименте лекарств.

Главная цель "Яманучи" - стремление к совершенствованию качества жизни, отражена в лозунге компании, понятном любому человеку в мире: "Созидание и Забота ... во Имя Жизни".

Более подробную информацию о препарате Омник и о возможности его закупки можно получить в московском представительстве фирмы "Яманучи Юроп Б. В" по тел.: (095) 276 1528, 276 1592, факс: 276 5906





РОМАНТИКА ТОЧНОСТИ

Геннадий Целищев
художник-иллюстратор детских книг

к объекту изображения и ..большое уважение к тем, для кого он это делает. И люди платят ему тем же.

Из книги отзывов: *“Дорогой Геннадий Дмитриевич! Придя на вашу выставку, я была просто ошарашена красотой и великолепием ваших картин. Я уважаю вашу чуткость к природе”. Юля, 11 лет.*

“Геннадий Дмитриевич! Я хочу, чтобы вы не болели и желаю вам долгой жизни. Чтобы вы нарисовали еще много картин про животных, рыб, птиц и ископаемых”. Света, 9 лет.

Мы сидим на 14 этаже дома на Малой Грузинской. За окнами - ясный сентябрьский день и Москва. Художник показывает мне раздувшуюся, ошетилившуюся колючками рыбу-ежа, большого лангуста, маленького дальневосточного крабика. О каждом - целая история. И самая интереснейшая! Понимаю, почему в конце концов, он стал не только рисовать, но и писать о животных - слишком много накопилось знаний.

- Вот видите - дождевой червь. Я наблюдал на огороде все этапы его жизни. Полезнейшее существо - настоящий пахарь! А вот мышка землеройка: у нее сердце бьется 18 раз в секунду. Она съедает вредителей за день в 4 раза больше своего веса. Чудеса, да и только! А вот посмотрите - осьминог сражается с муреной. Она схватила его за одну ногу, а он, как ящерица хвост, ее отбросил, обдав обжору чернильным облаком. Умнейшее животное, самое умное в океане. Умеет даже дома для себя строить.

Я слушал рассказ художника и думал, как же нам повезло, что в это суматошное время живет такой неторопливый, основательный сибиряк, наблюдательный, увлеченный и неутомимый. Профессional высокого класса, влюбленный в книги и природу.

Из книги отзывов: *“...Почти целый час я люблюсь изумительными произведениями друга-художника, пытаюсь понять тонкости его мастерства, но, признаюсь, они так и остались для меня загадкой”. Писатель М. Рябых*

“С каждым годом беднеет природа, работы же Г. Д. Целищева сохраняют для наших внуков сегодняшний день. Спасибо вам большое от ныне живущих и от будущего поколения за вашу наблюдательность, за острый глаз,

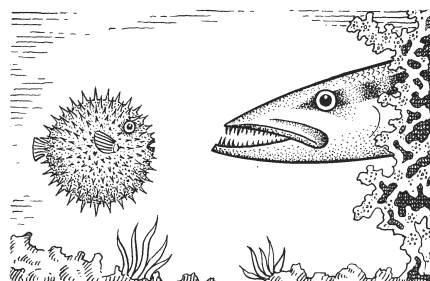
твердую руку и колоссальное терпение”. Г. Морозова

Геннадий Дмитриевич Целищев наш большой друг. Он помогал в выпуске первых номеров газеты “Больница”, оформлял детские спецвыпуски “Бо-бо”. По просьбе редакции он устроил выставку своих картин в детском бронхологическом санатории в Измайлово. Ребятам так понравились работы мастера, что они не захотели, чтобы выставка закрылась. И Геннадий Дмитриевич целый год два раза в неделю ходил в этот санаторий и учил детей рисовать. А потом организовал постоянно действующую выставку детского рисунка и своих работ.

К медицине художник относится очень трепетно, у него много друзей-врачей, давние отношения связывают его с урологом Н. К. Минаковым. Лет 30 назад Геннадий Дмитриевич получил срочный и ответственный заказ: академику Б. В. Петровскому понадобились рисунки к лекциям. Интересная и необычная была работа, он очень старался, и академик остался чрезвычайно доволен. А когда случилось несчастье - Целищев стал терять зрение, первым на помощь пришел профессор-офтальмолог О. В. Груша, дважды его оперировала профессор А. Ф. Бровкина. И сохранили глаз! Но не только с профессорами и академиками везло художнику. У него замечательный участковый врач - терапевт Лидия Сергеевна Семина, которой он, пользуясь случаем, просит передать слова благодарности и признательности. Геннадий Дмитриевич говорит:

- Врачи бывают разные. Хорошего определить не трудно: как правило, это добрые, внимательные люди. Есть очень душевная песня, жаль, что сейчас ее редко можно услышать. Там есть такие слова: “Низко вам поклониться хочу, люди в белых халатах”. Для меня эта песня как гимн.

М. Кукулевич



В фамилии этого человека недаром слышится слово *цель*. Его друг, художник Виктор Чижиков, сказал на открытии персональной выставки в Республиканской детской библиотеке, что наш герой, преодолевая одно препятствие за другим, упорно шел к своей цели.

Паренек из алтайской глубинки больше всего на свете любил уроки рисования. Но в грозное предвоенное время было не до художеств - в 14 лет мальчик пошел работать на завод. Потом началась война. Только в двадцать восемь лет, сняв шинель, Гена стал слушателем Художественного института им. В. И. Сурикова. Он оказался способным учеником, об этом говорят его изумительные акварели - пейзажи природы средней полосы России, Севера и его родного Алтая. Однако известность художнику принесла работа иллюстратора детских книг. Он стал рисовать животных, и рисовать так, как мало кто сегодня умеет.

Из книги отзывов: *“Легко и приятно рассказывать сказки! Но рисовать книжку с научным уклоном так, чтобы было легко и радостно ее смотреть! Это можешь только ты...” Художник Лев Токмаков.*

“Можно жить без президента и правительств, но нельзя жить без птиц и рыб, существовать без океана. Спасибо вам, открывающему нам, сирым горожанам, космос живой природы”. М. Зубавин.

Для того чтобы нарисовать животное, надо очень много о нем знать. Читать книги, смотреть фотографии, консультироваться с учеными. Мелочей в этом деле нет - нужно точно знать и среду обитания, и привычки зверя, представлять, как он охотится, защищается, выводит потомство. У Целищева в основе рисунка лежат точное знание, огромный интерес

Я, конечно, человек непьющий. Ежели другой раз и выпью, то мало - так, приличия ради или славную компанию поддержать.

Больше как две бутылки мне враз нипочем не употребить. Здоровье не позволяет. Один раз, помню, в день своего бывшего ангела, я четверть выкушал.

Но это было в молодые, крепкие годы, когда сердце отчаянно в груди билось и в голове мелькали разные мысли.

А теперь старею.

Знакомый ветеринарный фельдшер, товарищ Птицын, давеча осматривал меня и даже, знаете, испугался. Задрожал.

- У вас, - говорит, - полная девальвация. Где, - говорит, - печень, где мочевого пузырь, распознать, - говорит, - нет никакой возможности. Очень, - говорит, - вы сносились.

Хотел я этого фельдшера побить, но после остыл к нему.

"Дай, - думаю, - сперва к хорошему врачу схожу, удостоверюсь". Врач никакой девальвации не нашел.

- Органы, - говорит, - у вас довольно в аккуратном виде. И пузырь, - говорит, - вполне порядочный и не протекает. Что касается сердца, то оно очень еще отличное, - даже, - говорит, - шире, чем надо. Но, говорит, - пить вы перестаньте, иначе очень просто смерть может приключиться.

Михаил Зощенко

ЛИМОНАД

А помирать, конечно, мне неохота. Я жить люблю. Я человек еще молодой. Мне только-только в начале нэпа сорок три года стукнуло. Можно сказать, в полном расцвете сил и здоровья. И сердце в груди широкое. И пузырь, главное, не протекает. С таким пузырем жить да радоваться. "Надо, - думаю, - в самом деле пить бросить". Взял и бросил.

Не пью и не пью. Час не пью, два

не пью. В пять часов вечера пошел, конечно, обедать в столовую.

Покушал суп. Начал вареное мясо кушать - охота выпить. "Заместо, - думаю, - острых напитков попрошу чего-нибудь помягче - нарзану или же лимонаду". Зову.

- Эй, - говорю, - который тут мне порции подавал, неси мне, куриная твоя голова, лимонаду.

Приносят, конечно, мне лимонаду на интеллигентном подносе. В графине. Наливаю в стопку.

Пью я эту стопку, чувствую: кажись, водка. Налил еще. Ей-богу, водка. Что за черт! Налил остатки - самая настоящая водка.

- Неси, - кричу, - еще! "Вот, - думаю, - поперло-то!" Приносит еще.

Попробовал еще. Никакого сомнения не осталось - самая натуральная.

После, когда деньги заплатил, замечание все-таки сделал.

- Я, - говорю, - лимонаду присил, а ты чего носишь, куриная твоя голова? Тот говорит:

- Так что это у нас всегда лимонадом зовется. Вполне законное слово. Еще с прежних времен... А натурального лимонаду, извиняюсь, не держим - потребителя нету.

- Неси, - говорю, - еще последнюю. Так и не бросил. А желание было горячее. Только вот обстоятельства помешали. Как говорится - жизнь диктует свои законы. Надо подчиняться.

1929



худ. М. Петров

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

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

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

Газета зарегистрирована Комитетом Российской Федерации по печати
Регистрационный номер 014489. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова Отдел рекламы Е. Ходакова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, к. 204; тел./факс: (095) 465 4854
Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

Цена
договорная

Отпечатано в ЗАО "Красногорская типография" г. Красногорск, Коммунальный квартал, 2; тел/факс: 562 1097.
Подписано в печать 15.09.97 г. Тираж 30000 экз. Заказ № 2598