

# ГОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

# БОЛЬНИЦА

№ 6–7  
2001

## НАУКА И ПРАКТИКА

Кафедра  
клинической  
иммунологии и  
аллергологии  
РМАПО,  
ГКБ № 52

СТР. 3–9

Рузам – новый  
нестероидный  
антиаллергический  
препарат

СТР. 10–11

Средства против  
клещей домашней  
пыли

СТР. 15

*Гость*  
Народный  
художник Лев  
Токмаков

СТР. 18–19



*Людмила Александровна Горячкина:*  
«С чего надо начать борьбу с аллергией? Прежде чем приступить к лечению, врач просит больного: «Сделай все для того, чтобы уменьшить концентрацию аллергена в жилище». Это относится к любым проявлениям аллергии».

## НАЛОГОМ ПО ЗДОРОВЬЮ

Не секрет, что люди, подойдя к аптечному киоску и взглянув на ценники, частенько уходят так и не купив нужное лекарство. Похоже, что с будущего года число таких несостоявшихся покупателей значительно увеличится.

Налог на добавленную стоимость – изобретение не сегодняшнего дня. В большинстве стран Европейского Союза НДС был введен еще в начале 70-х годов как косвенный оборотный налог на товары и услуги. Отечественным государственным мужам этот способ изъятия денежных средств у сограждан особенно полюбился по той причине, что уклониться от него намного сложнее, чем от прямых налогов.

Государственная Дума приняла вторую часть Налогового кодекса РФ, где речь идет о введении налога на добавленную стоимость на лекарственные средства. Сторонники НДС из числа государственных чиновников считают, что никаких печальных последствий этот налог не принесет, более того, бюджет существенно пополнится. Кроме того, по их словам, от НДС освобождаются «жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства и изделия медицинского назначения», перечень которых утвержден правительством.

Таким образом, отныне все лекарственные средства разделяются на две группы: «выгодные» и «невыгодные» для производителя. Такое разделение может вызвать сокращение выпуска «невыгодных» препаратов, не попавших в заветный список, освобожденных от налогообложения. Нехватка «невыгодных» отечественных медикаментов заставит Россию закупать их за рубежом, что приведет к дополнительным расходам.

По мнению заместителя члена Государственной думы академика РАМН Сергея Колесникова, необходимо отменить введение НДС на лекарственные препараты и медицинские услуги: «Думский комитет по охране здоровья и спорту дважды обращался в правительство с предложением изменить решение, но все предложения оказались заблокированы. Создается впечатление, что бюджет для многих чиновников стал самоцелью, а интересы реальных людей чем-то призрачным, хотя лекарства бывают важнее хлеба насущного».

Введение нового налога повлечет за собой многие проблемы, о которых сейчас мы мало задумываемся. Например, вырастет доля фальсифицированных препаратов. На сегодняшний день они составляют около одного процента медикаментов, после введения нового налога эта цифра может возрасти в десятки раз. Надо ли говорить о последствиях употребления подобных «лекарств»?»

Сегодня медики, фармацевты в один голос утверждают – НДС на медикаменты необходимо отменить. Может быть, это тот достаточно редкий случай, когда правительство прислушается к голосу специалистов? Ждать осталось немного: до 1 января 2002 года осталось менее шести месяцев...

**Александр Крылов**



9–14 сентября 2001 г.

МОСКВА, Центр международной торговли



## IV ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО АСТМЕ IV СЪЕЗД ИММУНОЛОГОВ И АЛЛЕРГОЛОГОВ СНГ

В рамках научного форума состоится:

- Международная выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования и информационных технологий «Новое в диагностике и лечении астмы, астмы и иммунодефицитов»
- Международная школа по клинической иммунологии и аллергологии

Заявки на участие в работе конгресса, выставки и школы можно направить адрес оргкомитета: *Союз аллергологов и клинических иммунологов СНГ 117997 Москва, ГСП, ул. Миклухо-Маклая, 16/10. Тел.: (095) 336-5000, (095) 429-9620. Факс: (095) 336-5000; E-mail: acicis@ibch.ru; Web site: http://www.islr.ru*



## АПТЕКИ ПОДМОСКОВЬЯ: СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Для подведения итогов работы в 2000 году и обсуждения основных задач и перспектив развития в году нынешнем прошла VII практическая конференция «Аптечная служба Подмосковья: сегодня и завтра». Организаторами конференции явились Управление организации лекарственной помощи Минздрава Московской области и научно-техническое объединение «Юнико», а проходила она в санатории «Отрадное».

Как заметил Генеральный директор НТО «Юнико» И. Лунев, особенность конференции заключалась в том, что она собрала свыше 300 человек, среди которых были как производители, так и компании-дистрибьютеры, ведущие специалисты и руководители органов здравоохранения и аптечных служб Москвы и Московской области, представители регионов. Так своим опытом и проблемами поделились заместитель председателя комитета здравоохранения Ленинградской области Н. Новиков, заместитель Министра здравоохранения республики Карелия В. Грибанова.

Долго и обстоятельно говорил с участниками конференции заместитель Министра здравоохранения Московской области Н. Смирнов. Он подчеркнул, что Москва и Московская область – одни из самых крупных и густонаселенных регионов России, что решения, которые успешно применяются во многих регионах страны, найдены именно здесь, и что конференция организована как раз для обобщения этого уникального опыта, так и для ознакомления с последними разработками ведущих фармацевтических фирм. Теплые слова были сказаны в адрес генерального спонсора конференции Центра внедрения «Протек».

## СБОР И УТИЛИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНЫХ ОТХОДОВ

Восточно-Сибирский центр СО РАМН выпустил монографию д. м. н. П. С. Опарина «Гигиена больничных отходов» под редакцией члена-корреспондента РАМН Г. И. Куценко.

В монографии рассмотрены и научно обоснованы санитарно-гигиенические, эпидемиологические, экологические аспекты больничных отходов; даны оценка количества образования больничных отходов, анализ морфологического состава, методы их обезвреживания. Сформирован банк данных накопления больничных отходов и их микробной обсемененности на примере лечебно-профилактических учреждений Восточной Сибири. Разработана система сбора, утилизации использованных шприцев одноразового применения во вторичный полипропилен и изготовления из него товаров народного потребления, определены экономическая выгода и перспектива данного метода. Научно обоснованы требования и методы дезинфекции твердых отходов и автотранспорта, занято их перевозкой.

Монография является первым в России учебно-методическим пособием для выполнения обязательных мероприятий СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, временного хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений». Она предназначена для научных работников, организаторов и специалистов лечебных учреждений, санэпидслужбы, экологов, коммунальных предприятий и организаций, студентов.

По вопросам приобретения книги обращайтесь по адресу: 664081, г. Иркутск, ул. Красноказачья, 85, редакция НГЖ «Сибирь-Восток», т./ф. (395-2) 22 0262, 22 0258. E-mail: dezirs@irmail.ru

## ТРИДЦАТЬ ЛЕТ БОРЬБЫ С АЛЛЕРГИЕЙ

**В нашей стране есть, пожалуй, только две службы, у истоков которых стояли не врачи-клиницисты, а теоретики – крупнейшие специалисты-патофизиологи. Академик Неговский создал реанимационную службу, а академик Адо – службу аллергологическую. Было это тридцать лет тому назад.**

**Редко кто из врачей общего профиля, терапевтов и педиатров не сталкивался в своей практике с проявлениями аллергии, но сегодня мы будем беседовать с теми, кто накопил огромный опыт по изучению этой болезни и вот уже долгие годы передает этот опыт врачам России. Наши собеседники – сотрудники кафедры клинической иммунологии и аллергологии РМАПО. Эта кафедра вот уже три десятка лет действует на базе Московской городской клинической больницы № 52.**

**И начинаем мы разговор с заведующей – профессором Людмилой Александровной Горячкиной.**

– История кафедры самым тесным образом связана с историей самой службы. И здесь нельзя не вспомнить человека, принимавшего участие в создании и того и другого – академика Андрея Дмитриевича Адо, видного отечественного патофизиолога и крупнейшего специалиста по аллергии. Все начиналась с кабинета в 1-й Градской больнице Москвы, где до сих пор трудятся наши ветераны. Рождение службы пришлось на июль 1969 года – тогда был издан первый приказ Минздрава СССР по улучшению помощи больным аллергическими заболеваниями. Если вы разбудите меня ночью и спросите номер этого приказа, то я вам четко отвечу – № 530-й! После этого стали открываться аллергологические кабинеты в разных городах бывшего Союза. И сразу же возникли проблемы: книг нет, специалистов нет. Как учить врача, чем он должен заниматься, какой круг пациентов он должен обследовать и какими методами? Теоретичес-

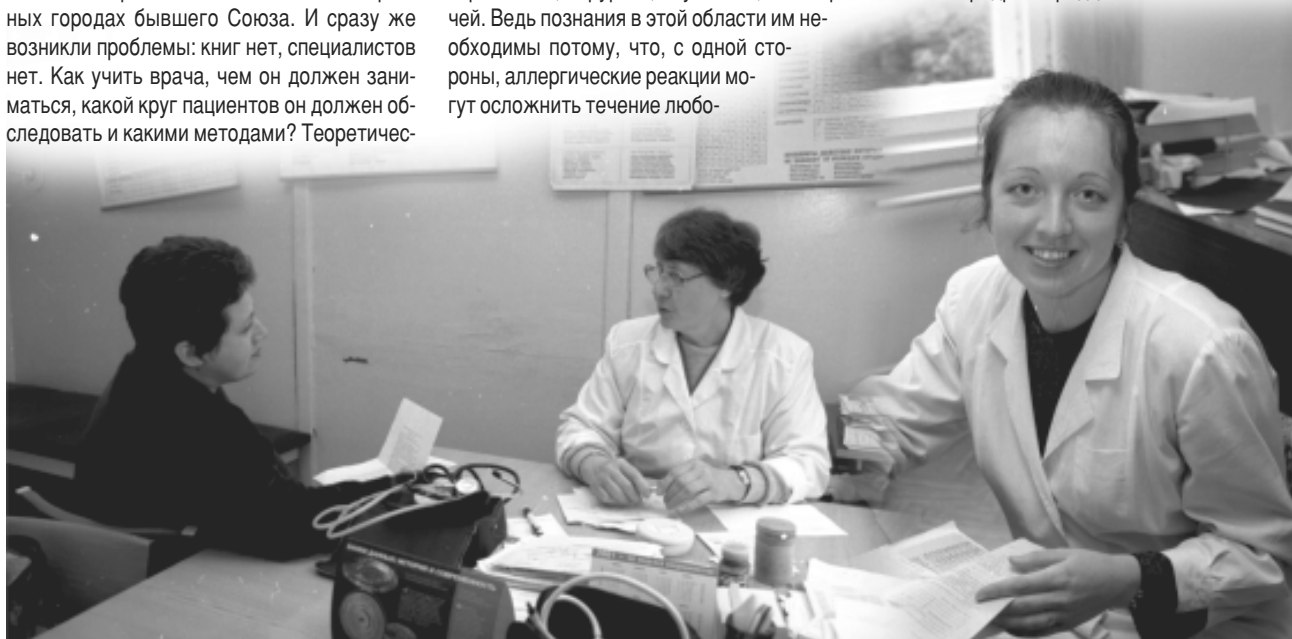
ки все это прекрасно представлялось в голове Андрея Дмитриевича, но на практике оказалось куда сложнее.

В медицинских ВУЗах аллергология не преподавалась, из курса патофизиологии у врачей остались смутные воспоминания о сенной лихорадке – поллинозах. Поначалу они даже не могли правильно произносить слово аллергология. Такие анекдотичные были случаи! Вот и встал вопрос о повышении квалификации врачей по этой дисциплине. Причем, кроме подготовки собственно специалистов-аллергологов, надо было решить вопрос повышения знаний всех остальных врачей, так или иначе с аллергией, особенно лекарственной, сталкивающихся – терапевтов, хирургов, окулистов, ЛОР-врачей. Ведь познания в этой области им необходимы потому, что, с одной стороны, аллергические реакции могут осложнить течение любо-

го заболевания, а с другой – аллерголог подчас бессилён помочь больному, скажем, с осложненной застарелой формой аллергического ринита, где нужны усилия специалиста по профилю, в данном случае ЛОР-врача.

Андрей Дмитриевич предложил создать кафедру для решения этих проблем. Одной из первых была наша в составе ЦОЛИУВа, переименованного теперь в РМАПО.

Идею поддержала Мария Дмитриевна Ковригина, которая тогда была ректором института. И вот в 1970 году был издан приказ об организации кафедры и определена база – та, где мы находимся и поныне. Первых курсантов мы приняли в 1971 году, поэтому нынешний год мы считаем юбилейным. Кафедре – тридцать лет.



Тогда, в начале семидесятых, в ГКБ № 52 строились новые корпуса, и с доброго согласия Горздрава и главного врача здесь открывается аллергологическое отделение. Но поскольку стационарная служба в аллергологии немыслима без амбулаторной, здесь же организуется и аллергологический кабинет.

Мы пришли сюда на голое место – не было ни подготовленного персонала, ни учебных программ и планов – все это создавалось сотрудниками кафедры. Несколько лет на общественных началах кафедрой руководил Андрей Дмитриевич Адо, потом он, в силу своей занятости, на кафедре уже не работал, но всегда помогал нам и словом, и делом. Постепенно у нас сформировался сильный коллектив, который приобрел соответствующий опыт.

Вот с тех пор мы проводим ежегодные циклы усовершенствования для аллергологов, обучаем врачей разных специальностей. Первый приказ Минздрава был хорошо продуман, там, в частности, было написано, что врачом аллергологом мог работать терапевт со стажем не менее трех лет, прошедший специальную подготовку. Поэтому аллергологи, которые обучались в те времена, оставались близки терапии, владели методами дифференциального диагноза, умели оценить общий фон здоровья пациента и все его сопутствующие заболевания.

**– Из широкого спектра проблем аллергологии какие приоритеты имеет ваша кафедра?**

– У нас существует несколько научных направлений. Например, мы много занимаемся специфическими приемами диагностики. На нашей кафедре проходят апробацию все аллергены, которые предлагает сегодня промышленность. Вообще, если вернуться к прошлому, надо сказать, что в начале семидесятых годов была создана стройная система, где, наряду со стационарами и кабинете-

тами, действовали институты, которые осваивали серийное производство аллергенов, выходили периодические издания для врачей новой специальности, шел обмен опытом. Страна наша огромная, спектр даже инфекционных аллергенов очень большой. Отрабатываются новые приемы не только диагностики, но и лечения. Это то, что называется специфической иммунотерапией аллергенами.

**– Если сравнивать диагностическую ценность аллергопроб и аллергологического анамнеза, чему вы отдадите предпочтение?**

– Аллергология – дисциплина особая. Например, кожная проба с лекарственными препаратами – это большая и до сих пор нерешенная проблема. Тесты *in vitro* только отрабатываются, некоторые из них имеют академический интерес. Значит главная опора – на анамнез. Представьте такую ситуацию: пациент называет конкретное лекарственное вещество, вызывающее у него аллергию, и говорит, что от его применения возникла сыпь или другая аллергическая реакция. Даже если бы я получила отрицательную кожную пробу, я бы не рискнула ему назначить данный лекарственный препарат. Другое дело, что за умением правильно собрать анамнез обычно стоит огромный профессиональный опыт. Это не так просто: уже только по тому, как врач опрашивает больного, можно сказать о его профессиональной подготовке. Все методы, и кожные пробы в том числе, которые мы используем, либо подтверждают, либо уточняют причину болезни, что чрезвычайно важно в плане рекомендаций и последующего лечения. Скажем, выявлена аллергия к кошке. Аллерголог что говорит? «С кошкой нужно распрощаться». Или, если аллергия на пищевой продукт, мы говорим: «Это есть нельзя!» Другое дело, что пациенту чаще всего хочется остаться в прежних рамках жизни. Кожные пробы с различными аллергенами очень важный этап обследования, но предшествует этому тщательно собранный и проанализированный анамнез.

**– Антитела против аллергена фиксированы в коже. А в крови можно ли их обнаружить?**

– Антитела при атопической аллергии относятся к иммуноглобулинам Е, который имеет ряд свойств. Он циркулирует в кровотоке, но жадно фиксируется клетками и тканями – кожи, слизистой оболочки, их тучными клетками. Это делает возможным проведение кожных проб. Однако антитела содержатся и в сыворотке, там их тоже можно обнаружить. Поэтому используют как кожные пробы, так и лабораторные методы определения аллергических антител.

**– Как сформулировать пафос сегодняшнего лечения аллергией, что кроме элиминации аллергена имеет значение для больного?**

– Полная элиминация бывает не всегда выполнима. И тем не менее пациенту нужно стремиться хотя бы к частичному его удалению. И здесь велика роль лечащего врача, особенно участкового. Да, невозможно полностью элиминировать аллерген из домашней пыли, но его количество зависит от элементарного порядка в квартире. Например, много ли там ковров-«пылеприемников». Если об этом будет говорить не только аллерголог, но и врач, который много лет вхож в эту семью, доверяя этим рекомендациям будет больше. Или такая ситуация: врач аллерголог требует убрать из дома кошку, собаку. У животных ведь аллергенна не только шерсть, но и слюна, моча, эпителий, в доме они все метят, поэтому даже самими мощными препаратами больному трудно помочь пока они рядом с ним. Пациент мне говорит: «Я убрал кошку, а мне все равно плохо». Начинаешь разговаривать с участковым врачом, а тот объясняет: «Ничего он не убрал – из одной комнаты перенес ее в другую». Так что в деле полной и частичной элиминации участковый врач, знающий пациента, помощник аллерголога.



Сейчас для частичной элиминации предлагается очень много различных средств. Это и моющие пылесосы, и очистители воздуха, и безаллергенное белье – матрасники и наволочки из специальной ткани, которая не пропускает наружу аллергенные субстанции. Кстати, постельные принадлежности, например, подушки очень богаты аллергенами биологического начала, в том числе и клещом, который вызывает не клещевые болезни, а аллергию к себе. Поэтому с чего надо начать борьбу с аллергией? Облагородить свое спальное место. И вообще, прежде чем приступить к лечению аллергенами и фармакологическими препаратами, врач просит больного: «Сделай все то, что уменьшит концентрацию аллергена в твоём жилище». Это относится к любым проявлениям аллергии.

После того, как это сделано, врач, в зависимости от группы аллергенов, от возраста пациента, от наличия сопутствующих заболеваний и применяемого при этом лечения, решает, будет ли он лечить этого пациента аллергенами или же он выберет лечение различными фармакологическими препаратами. Или, учитывая, что болезнь имеет среднюю тяжесть, сначала проведет фармакологический контроль, компенсирует состояние больного, а затем будет лечить его аллергенами. Все это – крайне индивидуально. Стандартных рекомендаций дать невозможно.

Предположим, человек страдает аллергией, проявления которой чрезвычайно редки, далеко живет, очень загружен по работе, а инъекции аллергена обязывают его к постоянному посещению кабинета. Учитывая все это на определенном этапе ему можно предложить и фармакотерапию. И лишь при прогрессировании процесса перейти к специфической терапии аллергенами.

Конечно, мы заинтересованы в проведении наших специфических приемов, которые дают хороший эффект. Но они требуют адского терпения пациента и хорошего аллергологического контроля.

**– А в чем смысл специфического лечения?**

– Механизм этого лечения достаточно сложен. Его ведь используют больше ста лет и впечатления о механизмах все еще уточняются, пополняются, изменяются. Аллергия – это один из видов иммунного ответа, повышенная чувствительность, в основе которой лежит реакция аллерген-антитело или аллерген и повышено чувствительная клетка. Почему эти антитела образуются, что к этому приводит? В частности – поляризация определенных групп лимфоцитов – Т-хелперов-2. Сейчас считают, что специфическое лечение действует на это регуляторное звено и приводит дисбаланс в относительную гармонию. Изыскиваются препараты, являющиеся дополнением к аллергенам, которые еще больше усиливают этот процесс гармонизации. Сюда относится наш отечественный препарат Рузам, полученный группой исследователей во главе с А. Г. Чучалиным. Многолетнее применение его в купе со специфической терапией свидетельствует о возрастании эффекта. Вначале проводят короткий курс Рузама, а потом – курс специфической терапии.

Что касается фармакологического лечения, надо сказать, что кафедра наша является базой различных международных испытаний, которые мы проводим уже несколько лет. Мне приятно, что сейчас изменилось отношение к нашим российским клиникам и нам позволяют проводить не только адаптационные исследования, но и серьезные дорегистрационные испытания по международным протоколам с аудитами из очень серьезных организаций. Уже появились препараты, которые прошли регистрацию в Европе благодаря испытаниям в российских клиниках. Например, препарат для лечения ал-

лергических насморков и конъюнктивитов Аллергодил успешно прошел клинические испытания в России.

**– Какого эффекта добивается аллерголог с помощью лекарств?**

– К сожалению, несмотря на очень хорошие препараты, которые мы сейчас имеем, все, чего можно достичь – это снять симптомы аллергии. Антигистаминные препараты занимают особое место, так как это первые препараты для лечения аллергии. Первым из первых был антерган – Супрастин, сегодня ему уже больше 60 лет. Поэтому меня очень удивляет реклама с телеэкрана, его активно пропагандирующая. Реклама должна быть корректной, а в том, что касается медикаментов, особенно деликатной и ответственной. А здесь такой напор в отношении старого препарата – просто диву даешься. Препараты первой линии сегодня считаются небезопасными, они имеют массу побочных эффектов, есть проблемы по фармакологической совместимости. Если рассмотреть равновесие риск-польза, то в данном случае оно несколько сдвинуто в сторону риска, поскольку сейчас есть уже препараты, где пользы больше, а риска меньше. Это и препараты второго поколения, такие как Лоратадин – эффективный и неседативный препарат, и совсем новые препараты с нулевым порогом опасности – такие как Телфаст – метаболит терфенадина – и только что зарегистрированный препарат – метаболит лоратадина – Эриус. Эти препараты можно назвать не только антигистаминными, но и антиаллергическими. Почему отдается предпочтение метаболитам? Метаболиты имеют гарантированную безопасность при их применении.

Что касается всевозможных публикаций, говорящих об эффективности различных препаратов, в рамках доказательной медицины, можно точно сказать, что по эффективности все они равны.

У меня сорокалетний стаж работы в аллергологии, я имею право на собственное мнение. Все препараты первого поколения



эффективны. Другое дело, что их средняя терапевтическая доза не дает возможности пациенту нормально трудиться. Попробуйте поработать, приняв три таблетки пипольфена! Пациенты говорят – пусть я лучше буду с насморком. У детей – проблема обучаемости, малыши возбуждаются. Второе поколение – тоже эффективные препараты, но небезопасными оказались терфенадин и астемизол. Выяснилось, что они фармакологически несовместимы с очень многими средствами, требующими ограничения в применении у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеют еще целый ряд проблем. Если это не учитывается врачами в практике, то появляются осложнения в виде нарушения ритма сердца вплоть до полной остановки. Поэтому понадобилась разработка следующего поколения лекарственных средств, которые в основном и являются метаболитами препаратов второй линии. Мне грустно, когда я вижу в аптеках дешевые терфенадин и астемизол – в Европе их уже давно не продают, вот потому-то они у нас так дешевы.

Вопросы безопасности лекарств заслуживают особого внимания. Если в начале 70-х годов проблема эффективности в медицине действительно стояла на первом месте, то, начиная с середины 70-х, проблемы безопасности лекарств выходят на первое место. Под опасностью здесь понимают все, что может нарушить обычную жизнь пациента. Происходит определенная шлифовка препаратов, что хорошо прослеживается на наших средствах. И сейчас при регистрации препарата вопрос безопасности стоит вровень с вопросами эффективности и оригинальности.

**– Может ли с возрастом меняться сила аллергической реакции?**

Да. Атопические болезни, например, которые опосредуются с помощью антител класса IgE, имеют особенность с возрастом исчезать. То есть, пациент сам выздоравливает. Это связано с физиологическими особенностями продукции этого класса антител. Но это возраст, уже перешагивающий за порог 60-ти лет! Но, во-первых, надо дожить до 60 лет, не получив осложнений от болезни, а

во вторых – если ты достиг этого возраста, но не избегаешь контакта с аллергеном – симптомы не уйдут. Они могут уменьшиться в силе, несколько видоизмениться, но будут все же тревожить. С чем мы сталкиваемся на практике? Вот больной страдал поллинозом. Пришел солидный возраст, поллиноз утих, но возникли другие возрастные проблемы, например, аденома предстательной железы. Начинают его лечить травами – получают жесточайшую крапивницу, а вылечить зуд пожилому человеку очень трудно, ведь кожа с возрастом и безо всякой аллергии склонна к зудящим проявлениям. Кроме того, отек, сопровождающий крапивницу, с трудом проходит у пожилых людей. Вот к чему может привести не вполне продуманная тактика врача или забвение больным своего аллергологического анамнеза. Поэтому мы говорим: аллергия может исчезнуть, если ты будешь стараться избегать контакта с аллергеном. А некоторые формы аллергии в пожилом возрасте, к сожалению, прогрессируют – различные аутоиммунные проявления, реакции, опосредованные не антителами, а клетками, контактные аллергические реакции, вызываемые, например, глазными каплями и мазями. Возраст дает свою окраску аллергическим проявлениям. Единственно, что благоприятно протекает у стариков – различные атопические реакции. Кроме того, у атопии есть еще одна хорошая сторона – если человек уходит от аллергена и не искушает судьбу – он практически здоров.

**– Как быстро может наступить порог аллергической реакции?**

– Это очень сложный вопрос. Мы никогда не можем точно сказать на какой раз контакта – на второй, пятый, десятый раз или спустя сколько лет она наступит. Вот посмотрите: бициллинопрофилактика применяется давно, длится годами. У нас есть такие пациенты, которые начинали ее еще будучи подростком, а аллергическую реакцию на пенициллиновую группу и бициллин получили лет через 10–12. Период выработки повышенной чувствительности крайне индивидуален, и прогнозировать его очень слож-

но. Человек без клинических симптомов к врачу ведь не пойдет. Хотя в периоде сенсибилизации аллерген усиленно связывается клетками и тканями, можно получить и положительную кожную пробу и положительные тесты *in vitro*, но, повторяю – больной нам не доступен в этот период.

**– А правда ли, что после бурной аллергической реакции больной на какое-то время становится нечувствительным к аллергену?**

– Может быть. Это очень характерно для атопии. Аллергические антитела вступают в реакцию и «расходятся». Поэтому на какое-то время организм становится нечувствительным. Был даже такой «зверский» метод, когда вводили большую дозу аллергена, получали анафилактический шок, а дальше человек на какое-то время не давал аллергических реакций. У нас в практике был такой грустный случай – одному больному, лечившемуся аллергенами, одна неопытная медицинская сестра ошиблась в разведении аллергена и ввела очень высокую концентрацию. У больного развился отек лица, затем шок. Мы его вывели из этого состояния, а через год он приезжает и говорит: «Нельзя ли мне сделать снова тот укол. Я целое лето не болел».

Так что в нашей специальности есть еще немало загадок. Вот недавно мне пришлось слушать доклад о профилактике аллергии у детей. Исследователи рекомендовали группе будущих мам во время беременности избегать аллергенов, не курить, не пить, не есть citrusовых и т. д. При анализе результатов выяснилось, что дети, родившиеся в этой группе, заболели аллергией чаще и болели тяжелее. Докладчик сделал вывод, что сей феномен не объясним.

**Многие аллергические реакции привязаны к летнему периоду времени. Чтобы несколько детализировать нашу беседу, я обратился к сотрудникам кафедры с просьбой поговорить на самые для лета актуальные темы – поллиноз, аллергия на ужаление, сывороточная болезнь.**



## ПОЛЛИНОЗЫ

**Об этой не смертельной, но достаточно обременительной для больного патологии мы беседуем с кандидатом медицинских наук Анатолием Ивановичем Прощалькиным, ассистентом кафедры клинической иммунологии и аллергологии РМАПО.**

– Середина лета – пик заболеваемости, хотя обострение этого заболевания начинается с апреля, когда появляются первые набухшие почки и происходит продукция пыльцы ранцвещающих деревьев. В Москве и Московской области это тополь, береза, ольха, лещина, дуб, клен. Естественно, что в разных регионах нашей огромной страны карта цветения различна. Так, на Севере цветение деревьев начинается в мае, на Юге – в марте, поэтому, если пациент уезжает в апреле в Крым, он чувствует себя прекрасно – все уже отцвело. Возвращается домой по окончании цветения – и здесь ему уже хорошо. Безмедикаментозная терапия прошла успешно – отдохнув в Крыму, человек «пропустил» свое заболевание, разорвав контакт с «виновным» аллергеном. Это, к сожалению, возможно не всегда.

**– Причиной возникновения поллиноза является только пыльца растений или другая пыль тоже?**

– Основным аллергеном при поллинозе, конечно, является пыльца растений. Вызывает аллергию пыльца тех растений, которые широко распространены в данном регионе страны. Кроме того, пыльца должна продуцироваться в большом количестве и обладать выраженными аллергенными свойствами. Пыльца – один из самых активных аллергенов. Кроме пыльцы аллергическое заболевание могут вызвать листья, если они высохли и превратились в порошок. Человек может заболеть, если он работает с сельскохозяйственными животными и кормит их сеном. То есть, аллергены



могут быть и в стеблях растений. Есть такие больные, которые работают в деревообрабатывающей промышленности – столяры, художники, обрабатывающие дерево абразивными материалами, рабочие лесопилок – у них поллиноз может быть и в зимнее время. Часто при этом ставится ошибочно диагноз ОРВИ, гриппа, но это повторяется регулярно, без температуры, что заставляет все-таки заподозрить аллергию. Почему же они болеют именно зимой? Очень просто – их рабочие места утепляются, законопачиваются, концентрация аллергена возрастает.

**– Что является основным в диагностике поллиноза?**

– Самое важное – анамнез. Вот человек точно указывает время своего заболевания. Скажем, он болеет в течение пяти лет в одно и то же время – весна, лето. Тут уже без всяких проб можно поставить диагноз поллиноз. Но я, конечно же, все равно пошлю больного на кожные пробы, или, если состояние кожи не позволяет их провести, на исследование иммуноглобулинов Е в крови. Зачем? Нужно точно определить: какой именно вид аллергена вызывает у человека заболевание. Это поможет нам при проведении специфического лечения

аллергеном. Мы точно сможем определить, какой именно надо использовать. То есть, с помощью кожных проб мы уточняем диагноз. Для уточнения диагноза важно знать, нет ли у больного пищевой аллергии, так как некоторые пищевые продукты вызывают перекрестную аллергию с пыльцой растений. Предположим, если есть аллергия к пыльце деревьев, то есть и аллергия к яблокам, к орехам. Аллергия к пыльце березы часто сочетается с пищевой аллергией к моркови.

**– А мед, насколько часто он вызывает аллергию?**

– Мед – прекрасный продукт, обладающий оздоровительными свойствами. Но он содержит много аллергенов пыльцы, поэтому может вызывать обострение поллиноза у лиц, страдающих аллергией к пыльце злаковых трав, проживающих в средней полосе России. При этом горный мед такое обострение не вызывает – он собирается совсем с других растений.

**– Насколько велика диагностическая точность кожных проб?**

– Почти стопроцентная. Только в редчайших случаях, при наличии у пациентов сопутствующих кожных заболеваний, таких как диффузный атопический дерматит, с распространением процесса на предплечья и кожу спины, кожная проба может быть отрицательной и при наличии поллиноза. Тогда, как я уже говорил, приходится определять антитела *in vitro*.

**– Каковы методы лечения поллиноза кроме элиминации?**

– Отделить больного от аллергена – это первое условие лечения. Основным же методом является специфическое лечение аллергенами. Метод этот, если он проводится под наблюдением опытного врача аллерголога и медсестры аллергологического кабинета, безопасен почти в 100%. (Осложнения чаще возникают там, где больной получает аллерген на руки и ему проводят специфическую иммунотерапию вне аллергологического кабинета). Лечение проводится возрастающими концентрациями аллергена от  $10^{-6}$  до  $10^{-1}$ , процедуры надо успеть провести до наступления цветения. По-



этому, если начать лечение в декабре и закончить в марте, то еще остается несколько недель, когда можно будет сделать еще несколько инъекций так называемых поддерживающих доз. При появлении первых зерен пыльцы в воздухе лечение прекращается.

**– В чем состоит патофизиологическая основа метода специфической иммунотерапии?**

– Сущность метода специфической иммунотерапии (СИТ) заключается в том, что мы снижаем в организме концентрацию антител, относящихся к иммуноглобулинам Е. Они связываются с тем аллергеном, который мы вводим под кожу, и к началу цветения их становится все меньше и меньше. Кроме того, в организме при этом вырабатываются иммуноглобулины G, так называемые блокирующие антитела. Они получили такое название потому, что блокируют рецепторы на иммунокомпетентных клетках (тучные, базофилы, эозинофилы), препятствуя воссоединению на данных клетках иммуноглобулина класса Е с аллергеном. То есть, предотвращают выход биологически активных веществ (гистамина и др.), что приводит к значительному снижению степени тяжести клинических проявлений поллиноза (ринит, конъюнктивит, пыльцевая бронхиальная астма). После двух, трех курсов СИТ течение заболевания становится более легким. Кроме того, данный метод лечения предотвращает развитие более тяжелых форм заболевания – пыльцевой бронхиальной астмы.

Существуют и неспецифические методы лечения поллиноза. К ним относятся прием препаратов Интала (хайкром, оптикром, кромосол и др.).

Определенный успех в лечении поллиноза достигается приемом антигистаминных препаратов, не обладающих седативным действием. В редких острых случаях приходится применять глюкокортикостероидные препараты, чаще ингаляционно в носовые проходы.

## АЛЛЕРГИЯ НА УЖАЛЕНИЕ

**Ужаление насекомыми – актуальная проблема в летнее время. Как отличить протекание отека от аллергической реакции? Вопрос не праздный – ведь иные из них протекают тяжело и угрожают не только здоровью, но и жизни пациента, например, при развитии анафилактического шока. Об этой проблеме мы беседуем с Еленой Владимировной Передковой, ассистентом кафедры.**

– Аллергия на ужаление относится к инсектной аллергии. По тяжести, остроте проявления, по угрозе для жизни пациента она стоит на первом месте. Вообще инсектная аллергия возникает при контакте с насекомыми, при вдыхании продуктов их жизнедеятельности, частичек тела, чешуек насекомых и, конечно, при ужалении или укусах ими. В последнем случае антигенный материал поступает в кровь пациента с ядом насекомого. Данный вид аллергии имеет свой максимум в период вылета насекомых, то есть, в основном, в летние месяцы и сентябре. Как часто встречается это заболевание? Считают, что 0,3–0,4% популяции страдает инсектной аллергией, ежегодно есть сообщения о летальных исходах. Наиболее частой причиной смерти является анафилактический шок, отек с локализацией в области гортани, дыхательных путей. Кроме реакций немедленных, IgE-опосредованных, которых 95–98%, бывают, хотя и значительно реже (2–5%), поздние реакции. Они опосредованы другими антителами, класса IgG, возникают через 6–12 часов и проявляются гене-



рализованном васкулите с поражением кожи, слизистых, внутренних органов, в том числе печени и почек. При поздних аллергических реакциях часто поражается нервная система: невриты, полиневриты, миелиты, возможно развитие демиелинизирующих процессов в ЦНС.

**– Как же себя вести населению, чтобы избежать подобных ужасов?**

– Человек, у которого когда-то были какие-либо реакции на ужаление, предположим, пчелами, осами, шершнями, шмелями, должен быть настороже, выполнять рекомендации, которые ему даст врач-аллерголог.

**– А как происходит сенсibilизация при этом виде аллергии?**

– Антигенный материал попадает в организм с ядом. В этом смысле этот вид аллергии уникален – и сенсibilизация зависит от попадания антигена прямо в кровь, и разрешающая доза аллергена при развитии реакции тоже идет в кровь. Это бывает далеко не при всех видах аллергии. Предположим, при лекарственной можно сенсibilизироваться при приеме таблеток, а разрешение наступает при введении лекарства парентерально.





**– Как отличить просто реакцию на укусы от аллергической?**

Обычная реакция – это довольно выраженный плотный отек, боль в месте ужаления. Отек в течение суток регрессирует. Ничем больше, кроме болевых ощущений в первые часы, он не сопровождается. А вот местная аллергическая реакция сопровождается очень большим, быстро растущим отеком, он увеличивается в течение суток и регрессирует в течение семи дней. Он настолько массивный, что если произошло ужаление в конечность, то охватывает два соседних сустава. Особенно опасно ужаление в область шеи, головы. Есть еще, кроме аллергических, токсические реакции, которые наступают при ужалении большим количеством насекомых за счет действия яда, обладающего геморрагическим, гемолитическим, нейротропным и гистаминоподобным действием. При аллергии же играет роль сама сенсibilизация, готовые антитела, которые при следующем контакте участвуют в развитии этой реакции. Причем, от первого до повторного укуса может пройти несколько лет.

**– Кто страдает от этого вида аллергии больше всего?**

Если речь идет об аллергической реакции на ужаление пчел, то это в основном пчеловоды и члены их семей, люди, проживающие поблизости от пчел. Если же речь идет об ужалении осами – то любой человек, причем даже в городе, так как ос сейчас стало гораздо больше.

**– Каковы методы лечения?**

Если произошла острая аллергическая реакция, то и терапия должна быть немедленной. При общей, системной реакции и проявлении анафилактического шока, это адреналин, глюкокортикостероиды, в значительной степени антигистаминовые препараты, плюс симптоматическая терапия (сердечные гликозиды, кардиотоники). С этой помощью чаще всего связаны врачи первой линии: скорая помощь, врачи сельских амбулаторий и т. д. Большую услугу в этом им может оказать паспорт больного аллергическим заболеванием, где указываются все данные о больном – какие препа-

раты он принимает, на что выявлялась аллергия и т. д., вплоть до телефона лечащего врача-аллерголога. Мы обычно указываем и что надо вводить при ужалении. Пациент в период вылета насекомых носит этот паспорт с собой.

Кроме того, мы даем, больному памятку, где сказано какие меры профилактики он должен соблюдать, как одеваться, как вести себя при приближении насекомого и т. д.

## СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ

**Сывороточная болезнь возникает при контакте организма с гетерологической, обычно лошадиной, сывороткой. Естественно летом, когда людей преследуют травмы, сыворотки, в частности противостолбнячная, вводятся чаще. Поэтому мы решили, что будет нелишним напомнить врачам об этом виде патологии. Мы беседуем о проблеме с Натальей Николаевной Храмовой, доцентом кафедры.**

– Чаще всего мы сталкиваемся с сывороточной болезнью при введении противостолбнячной сыворотки. Здесь частота этого заболевания составляет 2% от числа всех больных, которым сыворотка была введена.

Кроме противостолбнячной сыворотки, определенный процент больных есть при введении антирабического гамма-глобулина, при введении противодифтерийной сыворотки, сыворотки против ботулизма, противогангренозной и противогриппозной сыворотки. Хотя вызвать ее может любая чужеродная сыворотка.

Сывороточная болезнь относится к В-зависимой, G-глобулиновой реакции или реак-

ции иммунокомплексного типа. В отличие от других атопических реакций, в ней принимает участие не IgE, а – IgG, поэтому первые признаки возникают лишь на 8–10 день после введения аллергена и идет она более пролонгировано. Сывороточная болезнь представляет из себя системную реакцию, хотя иногда бывают и локальные реакции на месте введения препарата. По тяжести эти реакции варьируют от легкой до тяжелой. Напоминают они по клинике коллагенозы, поскольку в основе морфологии лежит генерализованный васкулит.

**– Как это лечится?**

– К сожалению, только симптоматически. Здесь назначают антигистаминовые препараты, средства, уплотняющие сосудистую стенку, и глюкокортикостероиды. Прогноз благоприятный, в большинстве случаев происходит полное излечение.

**– А профилактика?**

– Существует два основных пути. Первый – создание сывороток, очищенных от балластных примесей, которые и вызывают эту аллергическую реакцию, и второй – перед введением препарата определить напряженность иммунитета и, по возможности, отказаться от его введения. К сожалению, приходится констатировать, что уменьшить количество сывороточной болезни пока не удается – заболеваемость много лет стоит на одном месте.

*Что хотелось бы сказать в заключение этого репортажа? Аллергология наука особая, требующая от врача редкой скрупулезности и терпения. В то же время – нет ни одного терапевта, педиатра, хирурга, узкого специалиста, которого бы проблемы аллергологии обошли стороной. В этой связи хочется от имени наших читателей поблагодарить коллектив кафедры клинической иммунологии и аллергологии РМАПО, чей пафос состоит не только в накоплении знаний об этих непростых состояниях, но и в самоотверженной передаче накопленных знаний. Огромное Вам спасибо, поздравления и пожелание всего наилучшего в канун тридцатилетнего юбилея!*

**Материалы подготовил  
Михаил Кукулевич.  
Фото Владимира Бахарева**



## РУЗАМ: НОВЫЙ НЕСТЕРОИДНЫЙ АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

Н. А. Колганова, кандидат медицинских наук, НИИ пульмонологии

В последние годы признано, что аллергические воспаления при бронхиальной астме вызывают существенные гистологические изменения в слизистой оболочке бронхов. Они могут наблюдаться даже при минимальных клинических проявлениях болезни. Отсюда вытекают рекомендации по раннему назначению противовоспалительных антиаллергических препаратов. Специалисты советуют преимущественно ингаляционный путь введения гормональных препаратов из-за риска развития тяжелых осложнений при их системном применении. Однако ингаляции, используемые без специальных приборов (небуляторов, небулайзеров), не позволяют избежать раздражающего влияния стероидов на желудочно-кишечный тракт и не исключают их воздействия на микроэкологию слизистых оболочек.

Возникает необходимость поиска новых препаратов с антиаллергической активностью, но лишенных не только раздражающего действия на ЖКТ, но и других осложнений, присущих глюкокортикоидам при их системном применении. Всё вышеизложенное объясняет растущий интерес к соединениям пептидной приро-

ды. Первые исследования в России в направлении поиска принципиально нового антиаллергического средства следует отнести к 1978 году, когда профессор Б. Л. Мазур и Е. Б. Галкина предложили оригинальный способ культивирования термофильных штаммов микроорганизмов, отличающихся высокой биологической активностью. Больше двадцати лет продолжалась работа прежде чем этот препарат появился в аптеках.

Рузам был разработан на основе термофильного штамма *Staphylococcus aureus* в НИИ пульмонологии МЗ РФ под руководством академика А. Г. Чучалина. Препарат представляет собой комплекс растворимых низкомолекулярных белков, обладающих высокой противовоспалительной активностью. В экспериментальной модели, основанной на способности лектинов (конканвалин А) высвобождать медиаторы воспаления, он выявил способность в значительной степени подавлять первую (отечную) фазу аллергического воспаления, что отражено в табл. 1.

Программа клинических испытаний Рузама в комплексной терапии бронхиальной астмы ставила своей целью опреде-

лить эффективность препарата и безопасность в сравнении с контрольной группой пациентов, лечившихся традиционно, кроме того мы хотели выявить отдаленные результаты лечения.

Оценка в динамике объема поддерживающей терапии проводилась по следующим группам препаратов: ( $\beta_2$ -агонисты, интал и его производные, глюкокортикоиды (ингаляционные и таблетированные)). Оценка эффективности лечения проводилась: по субъективным данным самих пациентов, которые в личном дневнике оценивали каждый симптом болезни, а также по объективным показателям эффективности на основе осмотра врачом исходно, через 21, 45 дней, 2–6 месяцев, 1 год после лечения с учетом быстроты и длительности наступившего улучшения, динамики клинической симптоматики в баллах.

В основной группе А, получавшей терапию, включавшую препарат РУЗАМ, было 302 человека, средний возраст которых составил 39,5 года, из них у 47% больных длительность заболевания была до 5 лет, а у 53% более 5 и 10 лет.

В группе В, не получавшей препарат РУЗАМ, было 62 человека, средний возраст которых составил 38 лет, из них у 45% пациентов длительность заболевания была до 5 лет, у остальных – более 5 и 10 лет. Таким образом, обе группы были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания астмой. По степени тяжести заболевания группы были также сходны: с легкой астмой 23% в группе А и 26% в группе В, средней степени тяжести 55% и 55%, с тяжелой 22% и 19% соответственно (табл. 2).

Большинство больных страдало бытовой аллергией – 94% в группе А и 91% в группе В. Пыльцевая аллергия с помощью кожных тестов и RAST выявлена у 75% пациентов группы А и у 70% группы В.

После лечения Рузамом изменилась тяжесть приступов удушья в основной группе, получавшей Рузам, и в группе сравнения (табл. 3).

После лечения препаратом Рузам больных легкой формой стало на 13,7% больше за счет сокращения больных среднего и тяжелого течения бронхиальной астмы. Статистически имеет место достоверность различия изменений по тяжести течения после лечения Рузамом в группах

Табл. 1. Биологическая активность препарата Рузам

Образец препарата	Количество животных	Средняя величина		Индекс реакции (ИР)	Снижение ИР в % от контроля
		Контроль	Опыт		
1	10	26,8±3,2	9,8±2,0	63	p < 0,05
2	10	26,8±3,2	10,8±1,6	60	p < 0,05
3	10	26,8±3,2	10,5±2,2	61	p < 0,05
4	20	22,3±1,6	9,7±1,2	57	p < 0,05
4"	15	20,2±1,5	18,7±1,8	8	p < 0,05
5	10	22,0±1,7	14,3±1,2	35	p < 0,05
6	15	25,6±1,9	18,4±1,2	28	p < 0,05
8	15	20,5±2,0	14,3±1,2	30	p < 0,05
1°	10	23,4±2,4	15,1±1,3	35	p < 0,05
2°	10	23,1±2,3	17,8±2,2	23	p > 0,05
3°	10	20,1±2,0	14,0±1,9	30	p < 0,05
4°	15	25,6±2,0	16,7±1,6	35	p < 0,05
5°	30	17,4±1,3	11,5±1,3	34	p < 0,05
6°	10	21,4±2,2	14,2±1,3	34	p < 0,05
7°	15	20,2±1,5	13,8±1,9	37	p < 0,05

Табл. 2

Степень тяжести	Группа А		Группа В	
	п	%	п	%
легкая	52	23	16	26
средняя	129	55	34	55
тяжелая	50	22	12	19
Итого	231	100	162	100

Таблица 3

Степень тяжести	Рузам (n=95)			Традиционное лечение (n=40)		
	до лечения (%)	после лечения (%)	отсутствие приступов (%)	до лечения (%)	после лечения (%)	отсутствие приступов (%)
Легкая	62	43	44	68	78	10
Средняя	34	11		17	7	
Тяжелая	4	2		15	5	

легкой и средней тяжести. Изменение тяжести течения бронхиальной астмы произошло на фоне уменьшения объема лекарственной терапии. В группе А (получавших Рузам) появляется в 4 раза больше пациентов, у которых приступы отсутствуют, по сравнению с группой В.

Из динамики иммунологических показателей следует, что препарат Рузам в значительной степени (почти в 3 раза) способствует снижению иммуноглобулинов класса Е ( $p < 0,01$ ) и повышению иммуноглобулинов класса G, в то же время практически не меняется уровень иммуноглобулинов классов М и А в сыворотке крови.

Значительно возросли показатели нейтрофильного фагоцитоза – процент фагоцитирующих клеток и количество кокков, фагоцитированных одним фагоцитом ( $P < 0,01$ ).

Наблюдается заметное возрастание титра антител к стафилококку и пневмококку, чем, по-видимому, частично можно объяснить снижение под влиянием Рузама числа рецидивирующих респираторных инфекций у большинства больных.

Сравнительный анализ сывороток крови у больных с аллергическими заболеваниями до и после проведения иммунокорректирующей терапии с помощью препарата Рузам показал, что в процессе лечения в сыворотке крови почти полностью исчезают низкоавидные блокирующие антитела к ряду антигенов и снимается супрессия антителогенеза к некоторым из них. Снятие иммунной недостаточности сопровождалось одновременно затуханием и исчезновением

аллергических реакций (местных и общих) (табл. 4, 5).

Общая оценка эффективности Рузама у больных с бронхиальной астмой и аллергодерматозом по данным исследований в пяти клиниках Москвы дала положительный эффект у 93% больных, из них 61% -результаты лечения были оценены как отличные и хорошие. В группе сравнения положительный эффект от лечения был в 84% случаев (разница не существенна), при этом отличные и хорошие результаты были достигнуты у 48% больных (разница достоверна).

Появление каких-либо побочных реакций, наблюдаемых врачом-исследо-

вателем или высказываемых больным в ходе испытаний, регистрировались в соответствующем разделе индивидуальной карты наблюдения. При применении Рузама побочные эффекты у большинства больных были легкими, не требовали отмены препарата или специального лечения, возникали чаще после 3–4 инъекции и проходили самостоятельно, за исключением двух случаев (0,5%) нерезкого обострения хронического бронхита и гайморита, потребовавшего короткого курса антибиотикотерапии.

Учитывая высокий эффект препарата Рузам, удобство применения – один раз в неделю, эффективность при поливалентной сенсibilизации (в том числе и к лекарственным препаратам), следует считать его весьма перспективным в лечении легкой и средней тяжести бронхиальной астмы, а также других аллергических заболеваний.

Итак, показаниями для применения Рузама являются: бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит, крапивница и отек Квинке, частые респираторные инфекции. Противопоказания: беременность, тяжелые декомпенсированные заболевания внутренних органов. Возможные нежелательные явления: (в редких случаях) препарат может вызвать кратковременное обострение в очаге хронического воспаления. Однако преимуществом препарата Рузам является возможность достигать с его помощью более длительной ремиссии заболевания и предупреждать переход аллергического заболевания в его более тяжелые формы.

Табл. 4. Динамика симптомов сезонного ринита

Симптомы (в баллах)	Группа А (n=20)			
	Исходно	7±2 дня	14±2 дня	1,5 мес.
Ринорея	60	52	36	4
Зуд, чихание	60	56	34	6
Заложенность носа	60	50	22	2
Всего	180	156	92	12

Табл. 5. Динамика симптомов атопического дерматита

Симптомы (в баллах)	Группа А (n=20)		
	Исходно	21±2 дня	45±2 дня
Зуд	58	56	21
Высыпания	50	56	34
Отек	33	20	5
Всего	141	132	60

## ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

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

По данным специалистов, за последние десять лет число больных аллергическим ринитом в мире возросло в три раза, что связано, прежде всего, с агрессивными факторами окружающей среды. Есть данные, что в США ринитами страдают 15–20% населения: примерно три четверти больных – горожане, остальные – жители пригородных районов. Эту закономерность подтверждают данные о распространенности полинозов в Дании: в Копенгагене они диагностируются у 19% жителей, в сельских регионах – у 6–11%.

Вместе с тем этому распространенному заболеванию по сей день не уделяется достойное внимание, изучение его эпидемиологии опирается в основном лишь на анализ обращений за помощью. Однако известно, что больше половины всех больных пытаются лечиться самостоятельно и к врачам по поводу насморка не обращаются вообще.

Симптомы аллергического ринита (хотя бы простудного) испытывали на себе все. Это и головная боль, и затрудненное носовое дыхание, другие неприятные ощущения, резко снижающие работоспособность. У страдающих хроническим или рецидивирующим ринитом возникают нарушения сна, эмоциональные проблемы, ограничивается социальная активность. Больные ринитом дети не могут полноценно учиться: болезнь нарушает способность усваивать знания и, кроме того, для ее лечения используют препараты, оказывающие нередко седативный эффект, затрудняющие концентрацию внимания и нормальное восприятие.

К риниту подчас относятся как к болезни обыденной. Но вот что показывают данные, полученные специалистами США. Только в 1990 году затраты (прямые и косвенные), связанные с его сезонными обострениями, здесь составили почти 2 млрд. долларов.

Немаловажно и другое: сейчас все более очевидной становится взаимосвязь развития астмы и аллергического ринита. По данным английских исследователей, у 45% больных ринит предшествует появлению астмы; 35% заболевают одновременно и астмой, и ринитом, только у 20% астма «опережает» ринит. Таким образом, лечение ринита сегодня

необходимо рассматривать как реальный путь профилактики бронхиальной астмы.

В основе обоих заболеваний – аллергическое воспаление. Его итог при ринитах – назальная гиперреактивность, при астме – бронхиальная. Доказано также: при аллергических реакциях верхних дыхательных путей выделяются практически те же медиаторы (гистамины, лейкотриены, простагландины, фактор активации тромбоцитов), что и при возникновении бронхиальной астмы. В ее формировании чрезвычайно велика роль вирусов, бактерий, которые, распространяясь из верхних дыхательных путей в нижние, вызывают бронхиальную гиперреактивность. У больных аллергическим ринитом она нередко выявляется даже без клинических проявлений астмы. Некогда существовал термин «предастма». Исходя из современных знаний, это – аллергический ринит с бронхиальной гиперреактивностью. Грамотное лечение таких больных должно стать обязательным.

Максимальный эффект дает назначение топических стероидов, специально созданных для местного применения. Фирмой Глаксо Вэлком в свое время был получен уникальный препарат, сегодня это один из самых совершенных препаратов – топический глюкокортикостероид Флутиказон, который хорошо знают пульмонологи. Его лекарственная форма для интраназального применения Фликсоназе имеет минимальную общую биодоступность – менее 2% от той дозы, которую пациент получает. Учитывая низкий процент общей биодоступности Фликсоназе и низкую дозировку – до 200 мкг в сутки, риск получить осложнения от применения данного глюкокортикостероида минимален. У этого препарата есть три очень важных преимущества: первое – это 80–90% эффективности в процессе лечения, второе – выраженный контроль за назальной обструкцией и третье – минимум побочных эффектов.

Аллергический насморк проблема амбулаторная. Сейчас существует несколько международных рекомендательных документов по диагностике и лечению ринитов, которые, на мой

взгляд, практикующий врач должен знать. Эти материалы опубликованы, в частности, в № 3 журнала «Ринология» за 2000 год.

Наиболее часто при поллинозах используют антигистаминные препараты: классические препараты первого и второго поколения, метаболиты первого и второго поколения. Среди большого спектра средств, которые сегодня можно купить в аптеке, стоит выделить препарат Семпрекс (акривастин). Он лишен неприятных побочных эффектов, свойственный другим антигистаминным средствам: он не седативный, не снотворный, не успокаивающий. Второе его преимущество – этот препарат быстродействующий. Поэтому в ряде ситуаций, особенно в неотложной аллергологии, он является, возможно, препаратом номер один. Третья его особенность – лекарственная форма. Сегодня это единственный препарат в желатиновых капсулах, которые позволяют ему моментально всасываться и оказывать быстрый эффект. Неотложная аллергология использует акривастин для купирования острых аллергических реакций. В этих ситуациях он может заменить даже инъекцию: действует в течение 20–30 минут, и действие это достаточно мощное. Семпрекс – препарат короткого действия, поэтому его суточная доза – 8 мг 3 раза в день. В случаях неотложной помощи, когда надо купировать острое аллергическое состояние, достаточно применение одной капсулы, или, в зависимости от того, что диктует клиническое проявление и анамнез, можно назначить до 2-х капсул однократно. Если назначается плановое лечение – сенная лихорадка, хроническая крапивница, круглогодичный аллергический ринит, тогда назначается по 8 мг в течение суток. На страницах этого номера газеты обсуждается проблема аллергических реакций на укусы и жаления. Человек за городом, в лесу, в поле, на даче, где врач недоступен. Наличие данного препарата, который всегда можно носить с собой, быстрота его действия, позволяет быть готовым к неприятной ситуации. Но это, конечно, не исключает обращения к врачу и ряда этапов последующей терапии.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КЛАРОТАДИН У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Л. В. Лусс, ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ

Аллергодерматозы в структуре аллергопатологии занимают второе место по обращаемости в научно-консультативное отделение. Если учесть, что клинические симптомы лекарственной, пищевой, инсектной, холодовой аллергии также нередко выражаются в виде кожных проявлений, становится очевидной актуальность проблемы аллергодерматозов в клинической аллергологии.

Поскольку в реализации симптомов аллергодерматозов, протекающих по разным механизмам, важная роль принадлежит медиаторам, и в первую очередь гистамину, при назначении симптоматической терапии, направленной на устранение клинических признаков заболевания, особенно часто используются антигистаминные препараты, которые, блокируя  $H_1$ -гистаминовые рецепторы, обеспечивают снижение экссудации, отека, гиперемии, зуда и других кожных проявлений аллергодерматозов. В настоящее время известно свыше 150 различных антигистаминных препаратов, нашедших широкое применение в лечении аллергодерматозов.

Появление новой генерации антигистаминных препаратов 2-го поколения, не проникающих через гематоэнцефалический барьер и лишенных побочных нежелательных центрального, холинолитического и седативного эффектов, характерных для препаратов первого поколения, расширило возможности использования препаратов второй генерации у лиц, профессия которых требует повышенного внимания и активности.

**Кларотадин** фирмы «Акрихин», Россия, относится к антигистаминным препаратам 2-го поколения. Он обладает выраженным противогистаминным эффектом и лишен побочных симптомов, свойственных антигистаминным препаратам первой генерации.

В клинике ГНЦ Института иммунологии проводилось открытое клиническое испытание этого препарата у больных с аллергодерматозами.

В исследование включались больные с симптомами хронической рецидивирующей крапивницы длительностью не менее 6 недель. Критерии исключения из исследования: гиперчувствительность к препарату, беременность, лактация, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, пациенты, принимавшие антагонисты  $H_1$ -рецепторов, кетотифен, системные или местные кортикостероиды в период 2-х недель до начала исследования.

Препарат Кларотадин назначали по 1 таблетке (10 мг) один раз в сутки, непосредственно перед завтраком, в течение 4 недель.

Тяжесть клинических симптомов оценивалась в баллах во время каждого посещения

по следующим показателям: частота обострений, длительность обострений, количество и площадь высыпаний, интенсивность зуда и высыпаний, потребность в дополнительном приеме медикаментов. Тяжесть атопического дерматита оценивали по международной шкале SCORAD (от 0 до 3 баллов). Клиническая эффективность оценивалась по шестибальной шкале.

### Методы исследования.

Всем больным до назначения препарата Кларотадин проводили клинико-лабораторное и аллергологическое исследование: сбор аллергологического, фармакологического и пищевого анамнеза; кожные тесты с атопическими аллергенами: бытовые (домашняя, библиотечная пыль), эпидермальные (перо, шерсть животных и птиц), пыльцевые (пыльца деревьев, злаков и сложноцветных), пищевые; выявление специфических IgE-АТ к атопическим аллергенам; клинический и биохимический анализ крови и мочи; осмотр специалистов (дерматолог, ЛОР, окулист, эндокринолог, терапевт, гинеколог и другие по показаниям).

### Результаты исследования.

Мы применяли Кларотадин у 30 больных с аллергодерматозами в период клинических проявлений, возраст которых был от 23 до 56 лет. Из них 20 больных наблюдались по поводу хронической рецидивирующей крапивницы (ХРК), а 10 – по поводу атопического дерматита (АД) легкой и средней степени тяжести.

Кларотадин вводился в комплексной терапии ХРК и АД, которая включала: соблю-

дение общей неспецифической гипоаллергенной диеты по А. Д. Адо, ферменты (мезим-форте, фестал и т. п.), коррекцию микрофлоры кишечника, энтеросорбенты и др., в соответствии с диагнозом и особенностями клинического течения заболевания. Другие антигистаминные препараты, местные и системные кортикостероиды, которые бы могли затруднить оценку клинической эффективности Кларотадина, больным не назначались.

У всех обследованных больных была выявлена значительная роль атопических аллергенов в формировании заболевания.

Значительное снижение зуда и интенсивности высыпаний отмечалось уже через 2–3 суток от начала приема препарата. У больных с легкой формой крапивницы клинические проявления полностью исчезали через 2 недели приема Кларотадина, у больных со средней степенью тяжести – через 3 недели приема препарата, а у больных с тяжелой формой крапивницы зуд сохранялся и через 4 недели приема препарата, однако интенсивность высыпаний уменьшилась у 2 больных и не изменились у одного больного.

При атопическом дерматите у всех больных отмечалось значительное снижение зуда, уменьшилась сухость кожи, лихенификация.

Препарат переносился хорошо, все больные провели курс лечения полностью.

У одного больного отмечались боли в животе после приема препарата, которые исчезли после устранения из диеты продуктов, богатых гистамином, тирамином, гистаминолибераторами, приема ферментов, а курс лечения Кларотадином был проведен полностью.

Таким образом, у 29 из 30 больных с аллергодерматозами легкой и средней степени тяжести отмечен положительный клинический эффект использования Кларотадина. Ухудшения состояния не отмечалось ни в одном случае. Отсутствие эффекта отмечалось только у одного больного с тяжелой формой ХРК.

### Выводы.

– Положительный клинический эффект приема препарата Кларотадин выявлен у 96% больных с ХРК и АД легкой и средней степени тяжести.

– У всех больных с ХРК и АД на фоне приема Кларотадина отмечалось снижение интенсивности зуда, интенсивности и частоты уртикарных высыпаний.

– Переносимость препарата Кларотадин была хорошей у всех больных.

**Препарат Кларотадин можно рекомендовать как эффективный антигистаминный препарат второй генерации в комплексной терапии аллергодерматозов.**

### Результаты аллергологического обследования больных с хронической рецидивирующей крапивницей и атопическим дерматитом

Аллергены	Число больных
Домашняя пыль	19
Перо подушки	11
Библиотечная пыль	8
Шерсть кошки	5
Шерсть собаки	4
Волос человека	1
Шерсть морской свинки	1
Дафния	3
Пищевые аллергены	10
Грибковые аллергены	6
Смесь злаков	8
Польнь	4
Подсолнечник	2
Пыльца березы	4

## ЦЕТРИН: ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г. Ж. Калмагамбетова, к. м. н.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения около 30% населения земного шара страдают аллергическими заболеваниями (АЗ). В России в 1985 году, по данным А. В. Боговой, общая заболеваемость всеми нозологическими формами АЗ составляла 2%. К 1996 году этот показатель увеличился до 10–15%.

Аллергический ринит встречается во многих развитых странах и поражает до 10–20% общей популяции. Широкая распространенность данного заболевания приводит к тому, что из-за сезонного и круглогодичного ринита дети пропускают до 1,5 миллионов школьных часов ежегодно. В настоящее время выявлена сильная причинно-следственная связь таких заболеваний, как аллергический ринит и атопический дерматит, с бронхиальной астмой. Только одно это может быть серьезным обоснованием своевременного рационального лечения больных аллергическими заболеваниями.

Основными принципами лечения АЗ являются: устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами; обучение пациентов; специфическая иммунотерапия и фармакотерапия.

Фармакотерапия аллергических заболеваний включает пять основных групп препаратов – это антигистаминные, стабилизаторы мембран тучных клеток, сосудосуживающие средства, антихолинергические и кортикостероиды. Остановимся на первой группе препаратов.

Выделяют антигистаминные препараты (АП) первого и второго поколения. В отличие от АП первого поколения, антигистаминные препараты второго поколения практически не обладают седативным действием в терапевтических дозах, хорошо всасываются из желудочно-кишечного тракта, быстро начинают действовать, обладают длительной продолжительностью действия (до 24 часов), суммарная концентрация исходных соединений и их метаболитов достаточна для практически полной избирательной блокады  $H_1$ -рецепторов, отсутствием тахифилаксии и отсутствием блокады рецепторов других типов.

Было обнаружено, что некоторые из новых антигистаминных препаратов, в том числе цетиризин, обладают противоаллергическими свойствами, это может способствовать улучшению диагностики и лечения аллергии. В числе таких свойств можно упомянуть:

– торможение высвобождения гистамина из базофильных клеток человека;

– блокирование выделения гистамина и частичное блокирование выделения простагландина D2 с назальным секретом пациентов с выраженной аллергией;

– прямое торможение активации эозинофилов;

– блокирование гистаминной активации эпителиальных клеток дыхательных путей путем подавления экспрессии поверхностных маркеров, участвующих в презентации антигена (например, ICAM-1, антиген HLA-DR класса II).

Сейчас, оценивая фармакологическую эффективность того или иного лекарственного средства, клиницисты все больше и больше внимания уделяют его безопасности. Так, многие исследования подтвердили, что цетиризин является одним из самых безопасных средств среди лекарств данной фармакологической группы. Это подтверждено даже в тех случаях, когда его принимали вместе с антибиотиками группы макролидов. Следовательно, озабоченность многих врачей относительно влияния антигистаминных препаратов на интервал QT на электрокардиограмме не имеет отношения к препарату цетиризин. Этот эффект не является свойством АП второго поколения.

В связи с этим обращает внимание появление на рынке антигистаминного препарата **Цетрин** (цетиризин) производства фирмы «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд».

**Цетрин** – это новый АП с сильным противоаллергическим действием. Он обладает выраженным сродством к гистаминовым  $H_1$ -рецепторам. Как и другие представители антигистаминных препаратов второго поколения, он не имеет антисеротонинового, антихолинергического действия. В обычной терапевтической дозе он практически не проникает через гематоэнцефалический барьер, и, следовательно, не влияет на центральную нервную систему и не вызывает существенного седативного эффекта. **Цетиризин практически не метаболизируется в организме, так как является фармакологически активным метаболитом гидроксизина.** В отличие от других АП цетиризин препятствует скоплению эозинофилов в очаге аллергического воспаления. Показаниями к применению Цетрина являются сезонные и круглогодичные аллергические риниты и конъюнктивиты, хроническая рецидивирующая крапивница и ангионевротический отек, аллергодерматозы.

Имеющиеся данные указывают на то, что цетиризин (могут потребоваться дозы,

превышающие рекомендованные уровни) обладает некоторым бронхолитическим действием, уменьшает чувствительность бронхов к гистамину, предотвращает бронхоспазм, вызываемый физической нагрузкой и аллергенами. Показано, что цетиризин вызывает ослабление симптомов астмы у пациентов, страдающих ринитом и сезонной астмой, при приеме в течение недели и месяцев.

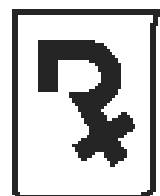
Лечение цетиризином на раннем этапе развития детей с атопическим дерматитом, сенсibilизированных к пыльце трав или домашней пыли (повышение уровней аллерген-специфического IgE выше 0,35 кЕ/л), значительно уменьшает число случаев последующего возникновения бронхиальной астмы.

Все эти данные указывают на то, что своевременное и правильное применение антигистаминных препаратов в качестве вспомогательных терапевтических средств может предотвратить появление симптомов поражения нижних дыхательных путей у восприимчивых пациентов.

Часто при лечении АЗ используют не один препарат, а несколько. Так, показано, что Цетрин в комплексной терапии больных с аллергодерматозами оказывает быстрое противозудное действие, которое сохраняется до 24 часов. Кроме того, он блокирует или значительно уменьшает проявления крапивницы. Также показано, что включение Цетрина в комплексное лечение аллергического ринита позволяет значительно повысить качество жизни пациентов.

Таким образом, на данный момент одним из эффективных и безопасных антигистаминных препаратов является Цетрин (цетиризин). Его важными достоинствами являются высокая эффективность, безопасность, отсутствие взаимодействия с другими препаратами, экономическая доступность, хорошая переносимость, удобство дозирования.

Более подробную информацию о препарате Цетрин и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд» по тел.: (095) 795 3939; факс: 207 5348; e-mail: omez@drreddys.ru. Http: www.drreddys.ru



## СРЕДСТВА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЕЙ

**Многочисленные исследования и в нашей стране и за рубежом показывают, что одним из самых распространенных аллергенов, с которыми человек сталкивается в течение всей своей жизни, является домашняя пыль. Та самая пыль, мельчайшие частицы которой легко переносятся с потоками воздуха внутри помещения и осаждаются на пол, стены, потолки, предметы обстановки – мебель, радио и телеаппаратуру, компьютеры, шторы, книги, картины.**

Ученые, изучающие аллергические заболевания, установили, что домашняя пыль представляет собой не один аллерген, а целый комплекс, включающий частицы кожи, перхоти, волос человека, шерсти животных и самое опасное – микроскопических паукообразных насекомых – клещей домашней пыли. Любимым местом обитания этих насекомых являются спальни, где, благодаря тесному контакту человека с постельным бельем, создаются идеальные условия для их существования и размножения: клещи питаются чешуйками эпидермиса. В двуспальной кровати в среднем помещается до 500 миллионов сапрофитов, которые, впрочем, не сидят на месте, а свободно кочуют из комнаты в комнату. Ежедневно человек теряет до 1 г микрочастиц кожи, но даже четверти этого количества достаточно, чтобы несколько тысяч клещей не испытывали голода в течение месяца.

Изучение феномена домашней пыли вскрыло тот факт, что аллергеном, который играет главную роль в развитии бронхиальной астмы, является не сам клещ, а продукты его жизнедеятельности, содержащие аллерген Р1. За свою жизнь один сапрофит производит столько экскрементов, что их вес превышает его собственный в две тысячи раз (кишечник клеща освобождается 20 раз в сутки!). Накапливаясь в матрацах, подушках, одеялах и других постельных принадлежностях эти вещества легко вдыхаются человеком во время сна или отдыха.

Долгие годы в нашей стране единственным способом борьбы с этим невидимым врагом были – вода, солнце и мороз. Однако на Западе вот уже более 20 лет широко используют специальные средства для борьбы с домашним клещом. Там давно производятся различные противоклещевые препараты, барьерные средства, специальные пылесосы для аллергиков и особые постельные принадлежности. Все это позволяет значительно улучшить качество жизни больных аллергией. На нашем Российском рынке подобные вещи появились сравнительно недавно и, несомненно, займут свое достойное место.

Расскажем о некоторых из них.

Прежде всего, это препараты, разработанные немецкой фирмой «Аллергофар-

ма». **Акаросан** – спрей, порошок – для обработки тканей, матрацев, подушек, диванов, ковров; **Акарил** – моющая добавка для машинной и ручной стирки термочувствительных текстильных материалов (шерстяных одеял, гардин, одежды, мягких игрушек).

**Акарекс-тест** – набор для определения содержания аллергенов в бытовой пыли (предназначен для самостоятельного использования). Он позволяет «не стерилизовать» всю квартиру, а обработать только те места, где выявляется наибольшая концентрация клещей.

Для того, чтобы полностью исключить контакт человека с аллергенами клеща, эта же фирма предлагает **противоаллергенные защитные чехлы для постельных принадлежностей**. Они хорошо пропускают влагу и воздух, снабжены герметической застежкой-молнией и одеваются на подушки, одеяла и матрацы. Эти чехлы обеспечивают 100% защиту от проникновения клеща внутрь и выход его наружу. Поскольку при снятии чехлов есть опасность возвращения аллергенов в окружающую среду, то рекомендуется производить стирку защитных чехлов только в случае их сильного загрязнения, а так достаточно протереть их влажной салфеткой. И все же, перед тем как на матрац надеть чехол, его неплохо бы обработать с помощью препарата Акаросан.

Чехлы отличаются высокой прочностью к растяжению и разрыву и могут использоваться длительное время – до 10 лет. Исследования, проведенные в ряде европейских клиник, показали, что улучшение самочувствия благодаря использованию этих чехлов было отмечено более чем у 80% опрошенных пациентов. Применение защитных чехлов обязательно для беременных женщин и детей до одного года, если кто-нибудь из членов семьи имеет аллергию на клеща домашней пыли.

А как быть с мебелью – диванами и креслами, для которых нет защитных чехлов? Для их обработки можно использовать тефлоновый аэрозоль **Скотч-гард**: он покрывает невидимой пленкой мягкую мебель из натуральных и синтетических тканей, изолируя тем самым человека от ее аллергенных внутренностей.

А теперь несколько слов о подушках – любимых обиталищах пылевых клещей. Подушки **Комфорель Дюпон** производят из материалов, которые хорошо пропускают воздух, отлично стираются и не пылят. В качестве наполнителя используют полиэстр, а чехлы сшиты из 100% хлопка.

Как и обычные, эти подушки надо каждое утро взбивать и регулярно проветривать. Стирать их надо 3–4 раза в год, причем, делать это можно в стиральной машине, сушить тоже можно в машине или на свежем воздухе. Помимо того, что такие подушки не очень удобны «для проживания» клещей, они весьма удобны для тех, кто на них спит: наполнитель в форме шариков обеспечивает условия для лучшего положения позвоночника и шеи во время сна.

Так где же можно купить все эти средства? Сообщаем адрес.

**ЦЕНТР ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ТОВАРОВ: 107258, Москва, 1-я ул. Бухвостова, 12/11, Торговый Дом «Все на свете» (Рядом со станцией метро «Преображенская площадь»).**

**Тел.: (095) 963 5018, 9635063, факс: 963 9648.**



## ОСТОРОЖНО – НАФТИЗИН!

Врачи неотложной и скорой помощи в последнее время стали сталкиваться с весьма неприятными последствиями применения сосудосуживающих капель при лечении насморка у детей первых двух лет жизни. При малейшей неосторожности – закапали две капли вместо одной, сократили интервал между закапываниями и... дети становятся вялыми, бледными, у них нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы, падает артериальное давление. В тяжелых случаях им требуется помощь реаниматолога. Чаще всего эти явления связаны с применением самого популярного сосудосуживающего средства – нафтизина, который продается в любом киоске и считается совершенно безвредным. Увы, это не так. Сосудосуживающие препараты иногда могут вызывать опасные реакции. Мы предлагаем вам размышления врача отоларинголога на эту тему.

Сейчас в аптеках появилось огромное количество лекарств, содержащих сосудосуживающие средства. Наиболее популярны капли для носа. Яркие упаковки, удобные флакончики, убеждающее действие рекламы приводят к тому, что несмотря на высокие цены, красивые коробочки перебираются с прилавка в домашние аптечки. К сожалению, не все знают, как правильно использовать капли, чтобы эффект от них был максимальным, а побочные явления не наступали. Что же представляют из себя сосудосуживающие капли в нос? В основе их (нафтизин, галазолин, санорин, тизин, називин, ксилометазолин, отривин) лежит химическое вещество имидозалин или его производные, вызывающие сужение сосудов. При длительном их применении к препаратам возникает привыкание – об этом стоит помнить. Еще нужно заметить, что имидозалин лежит в основе мощнейшего препара-

та клофелин, резко снижающего артериальное давление. Вот почему при передозировке средств против насморка давление тоже снижается.

Выпускаются все эти капли, спреи, мази в двух дозировках – взрослой и детской, более слабой. Применять детям, особенно до трех лет, взрослую дозировку категорически нельзя. В самом крайнем случае капли можно разбавить в соотношении один к двум кипяченой водой, но это только если в аптеке нет соответствующего возрасту препарата.

Итак, три правила применения сосудосуживающих капель от насморка.

**Правило № 1:** правильная дозировка.

Обычно врач назначает по 1–2 капли препарата 2–3 раза в день. Ни в коем случае не превышайте эти дозировки и не уменьшайте интервал между введениями! Особенно это касается детей первых двух лет жизни: известны случаи ухудшения состояния детей именно из-за уменьшения срока между закапываниями. Такие последствия чаще всего бывают у «безобидного» нафтизина – самого доступного из-за низкой цены препарата. Иногда родители, стараясь закапать хоть что-нибудь своему сопротивляющемуся чаду, набирают по целой пипетке или льют в нос прямо из флакона. Тогда капли попадают не только на слизистую носа, но и на заднюю стенку глотки, откуда немедленно всасываются в кровь, вызывая целый букет осложнений – жжение и сухость во рту, повышение, а затем стойкое снижение артериального давления, аритмию, снижение тонуса гладких мышц кишечника и желудка, беспокойство и возбуждение, сменяющееся угнетением нервной системы. Трехкратное введение используется только при очень сильной заложенности носа, обычно же бывает вполне достаточно вводить капли два раза или даже один раз – на ночь. Если нос

дышит – сосудосуживающие капли применять не нужно!

**Правило № 2:** соблюдение техники введения препарата.

Наклоните голову ребенка в правую сторону (или уложите на правый бок) и капните 1–2 капли на слизистую оболочку правой половины носа. Не вводите пипетку слишком глубоко! Подержите голову в таком положении минуту, затем, наклонив голову влево, закапайте препарат в левую ноздрю.

Еще эффективнее и безопаснее так называемые «позиционные дренажи». Для этого из ваты делаются жгутики длиной в 1–2 см (в зависимости от возраста ребенка). Жгутики смачиваются лекарством и легкими вращательными движениями вставляются в обе половины носа и оставляются там на 10 минут. При этом голова ребенка наклонена вниз или он лежит на животе, опустив голову ниже уровня тела. В таком положении слизь хорошо стекает из носа, освобождая и околоносовые пазухи. После процедуры необходимо высморкать нос.

**Правило № 3:** краткость курса применения сосудосуживающих капель.

Они должны применяться не дольше 5–7 дней! Потом сила их воздействия ослабевает. Иногда подростки, страдающие хроническим насморком, постоянно носят с собой флакончик и употребляют капли при малейшем затруднении дыхания. Сосуды полости носа то сужаются, то расширяются, пока не наступит их паралич: расширенные сосуды уже не могут сузиться, что приводит к сильнейшему затруднению носового дыхания. Борьба с этим состоянием очень трудно, а часто и невозможно.

**Т. Нефедова,**  
детский врач-отоларинголог

### НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА

для пациентов с крапивницей, отеком Квинке и аллергическими дерматитами

**Рекомендуется исключить из рациона:**

1. Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.)
2. Орехи (фундук, миндаль, арахис и др.)
3. Рыба и рыбные продукты (свежая и соленая рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра и др.)
4. Птица (гусь, утка, индейка, курица, и др.)
5. Шоколад и шоколадные изделия
6. Кофе
7. Копченые изделия
8. Уксус, горчица, майонез и прочие специи
9. Хрен, редис, редька
10. Грибы
11. Томаты, баклажаны, перец, свекла

12. Яйца
13. Молоко пресное
14. Клубника, земляника, дыня, ананас
15. Сдобное тесто
16. Мед
17. Печень (свиная, говяжья)
18. Категорически запрещается употреблять все алкогольные напитки
19. Сладкие газированные воды («Фанта», «Кока-кола», «Пепси» и др.), содержащие красители и консерванты
20. Жевательные резинки

**В пищу можно употреблять:**

1. Мясо говяжье нежирное, отварное, постную свинину, телятину, кролика
2. Супы крупяные, овощные
  - а) на вторичном говяжьем бульоне
  - в) вегетарианские

3. Масло сливочное, оливковое, подсолнечное
4. Картофель отварной
5. Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая
6. Молочнокислые продукты однодневные (творог, кефир, простокваша)
7. Огурцы свежие, петрушка, укроп
8. Яблоки печеные, арбуз
9. Чай
10. Сахар
11. Компоты из яблок, сливы, смородины, вишни, из сухофруктов
12. Белый несдобный хлеб.

**Пищевой рацион включает около 2800 ккал (это 150 г белков, 200 г углеводов, 150 г жиров).**





## БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ И МИЛОСЕРДИЕ В РОССИИ

«Ваша книга, несомненно, заполнит, хотя бы частично, пробел, который существовал в течение многих десятилетий, когда слово «милосердие» было забыто как устаревшее и ненужное. Продолжайте работать над темой, такие книги необходимы нашему выздоравливающему обществу» – так Дмитрий Сергеевич Лихачев отозвался о книге Павла Власова «Обитель милосердия». И автор последовал этому совету.

Российское дворянское собрание и издательство «Центрполиграф» начали выпуск книг серии «Россия забытая и неизвестная». В цикле «Российский образ жизни» представлена новая работа давнего друга и автора газеты «Больница», доктора медицинских наук Павла Васильевича Власова: книга «Благотворительность и милосердие в России». Это не только собрание фактов мало известных широкому читателю об отечественных филантропах, но и размышления на вечную тему добра и зла, Из забвения выводится плеяда замечательных людей – благотворителей, а некоторые исторические лица предстают в совершенно новом, неизвестном ранее ореоле.

Творили благо представители самых разных сословий, отдавая то, что у них было: одни – средства, дома, коллекции, другие – силы и время, последние гроши. В книге собраны и соединены в единое целое архивные документы, воспоминания современников, редкие иллюстрации.

«Книга имеет большое воспитательное значение, она помогает вернуть к жизни забытые духовные ценности, несет большой потенциал культурного возрождения России. Эта книга нужна именно сегодня, в пору духовной неустойчивости и смятения умов» – с этими словами М. Б. Каннабих-Беклемишевой, председателя Дамского попечительского комитета о бедных в Москве, написавшей предисловие к книге, нельзя не согласиться.

На снимке П. В. Власов и М. Б. Каннабих-Беклемишева на презентации книги «Благотворительность и милосердие в России»

## «НЕ УСТАНЕТ ЩЕДРОЙ БЫТЬ ДУША...»

«...Живопись давно изжита, и сам художник – предрассудок прошлого», – так писал в 20-е годы Каземир Малевич. Но сколько бы раз в истории не хоронили искусство и Художника, они остаются вечными, как вечной остается сама Красота.

Особенно радует, когда это доказывают современные, молодые «творяне». Ведь открывая книгу такого автора, всегда «напрягаешься» – вдруг ждет встреча с очередным графоманом, сквозь строчки которого проступает сплошное «Я» и нет даже намека на литературное дарование? Встречаясь с первыми стихами сборника «Белый танец» Екатерины Ставропольцевой, такие опасения проходят сразу.

Хотя стихи и о «себе». Но не о «себе, любимой», а о себе переживающей, о себе раскаивающейся или, как в одном из стихотворений, «запутавшейся».

«Ты так и не узнал, что я казачка, что степь течет по венам, а не кровь» – таким вот страстным отношением ко всему, что касается чувств пронизаны все стихи Екатерины, и естественно, было бы странным, если бы тема любви в творчестве молодой поэтессы не занимала главного места. И любовь эта полна оттенков – от откровенно чувственных до платонических, впрочем, как

пишет автор: «Что сильнее страсти платонической?..»

Но есть и другие строки, хорошо понятные каждому Художнику:

*Я к Вам приду!*

*Но Ваши поцелуи*

*Мне не заменят розовой мечты.*

К сожалению, «розовые мечты» нередко превращают жизнь в замкнутый круг:

*Реально жить?! Зачем?!*

*Да и не знаю как.*

*Уйдя от всех проблем,*

*Барахтаюсь в мечтах.*

И уж совсем горько звучат строки:

*Но ища лекарственное средство*

*Лихо натыкалась на шипы.*

Кстати, до рождения сына, Катя работала медсестрой, а свои первые стихи опубликовала в газете «Больница». Поэтому медицинская тема так или иначе часто проскальзывает в ее стихах отдельными словами, строчками или заголовками, например, «Читая Ганнушкина».

Но, к счастью, от всех личных невзгод спасает поэта другая любовь – к сыну, которому посвящено немало стихов.

*Осень. Тучи хмурые. Но с тобой светло!*

*Радость белокурая, Солнышко мое!*

Стихотворения о сыне, для сына – они так нежны, так светлы, что сами могут стать

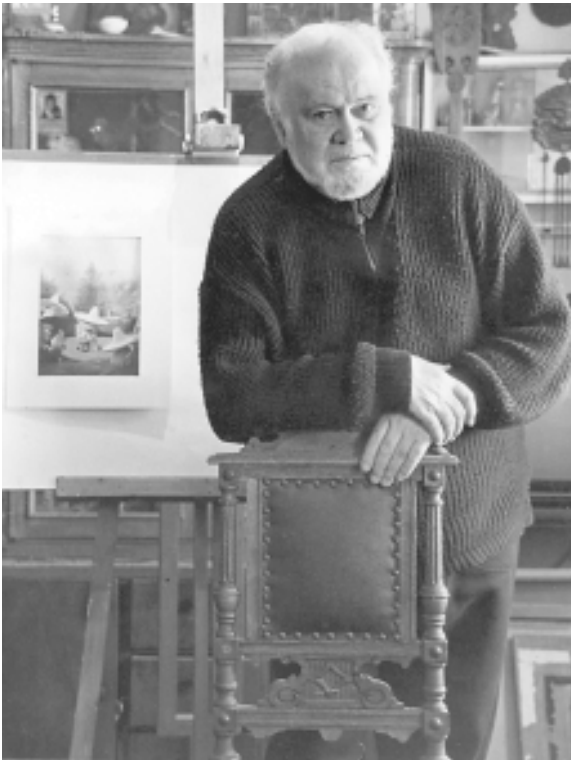


средством психотерапии при каких-то недугах.

А еще стихи Е. Ставропольцевой красивы. Их «видишь». Не случайно у автора много друзей-художников и посвященных им стихов. «Нарисую твой треножник рифмой на листе...». Яркими красками дышат стихи о природе, о горах, о птицах на даче, о самых маленьких букашках и о роскошных розах.

Нет, живопись явно не «изжита» и, уверена, много еще встретится поэтов у которых, как у Екатерины Ставропольцевой, «палитра души разлилась» и «рифмой коронована строфа»!

Е. Горицкая



Мы жили в глухомани. Я поехал в Москву якобы к логопеду лечиться от заикания, а сам повез свои карандашные рисунки, сдал вступительные экзамены, и меня зачислили. Тогда-то проще было. Это был первый послевоенный год: половина поступивших – фронтовики, принятые без экзаменов. А уж из провинции приезжали учиться только одержимые.

**– Какие события студенческих лет наиболее живо сохранились в памяти?**

– В первый же год я попал на Всесоюзную выставку на Кузнецком, дом 11. Пришел туда, смотрю – плавают такие «киты», только по фотографиям в журналах их видел. И встретился я взглядом с Сергеем Васильевичем Герасимовым – не с Богом, но с архангелом. А у меня вдруг жуткая гордыня – вот я, парень из тайги, и вот, где я нахожусь, среди таких... И вдруг безумная мысль: взял бы

## Иллюстрации к жизни иллюстратора

**Так уж получилось, что иллюстратора детских книг, народного художника России Льва Алексеевича Токмакова судьба связывала с медициной постоянно. Об этом и о многом другом гость редакции рассказывает нашему корреспонденту.**

– Мое появление на свет равносильно чуду, потому что коллеги-врачи говорили матери: «У тебя детей не будет никогда».

Когда я родился, моя бабушка, Мария Владимировна Лаженицына переехала со мной в Свердловск (мама в Перми заканчивала медицинское образование). В детской консультации суровые уральские бабы бабушку со мной пускали без очереди, а встречая ее на улице, интересовались: «Как у вас ребеночек, еще не помер?» Дело-то решенное было уже: я появился на свет с врожденным пороком сердца, и еще куча разных болезней была. Выжил благодаря заботе бабушки. Вытащила меня еще и врач-педиатр, очень известная в Свердловске. К стыду своему забыл ее фамилию.

Меня война вылечила. Может быть потому, что никому тогда до меня никакого дела не было. По медицине тех лет есть мне надо было много, а двигаться мало, а тут наоборот – нужно было картошку копать, лес валить, дрова возить, колоть их, короче – выживать. В военкомате послали меня на стадион, я сделался хорошим лыжником, получил свидетельство инструктора лыжного спорта. И все мои сердечные болячки как рукой сняло.

**– А когда появилась склонность к рисованию?**

– В раннем возрасте купили мне книжку Чарушина «Джунгли – птичий рай». Мой младший дядька схватил ее и воскликнул: «Женька Чарушин! Мы же с ним в Вятке в студии Финикова занимались!» С этого момента Чарушин стал членом семьи. Я всех художников, которые детские книги и журналы иллюстрировали, знал и отличить их мог по стилю запросто. Начал и сам чего-то рисовать. И все же, всю свою доинститутскую жизнь, всю среднюю школу, я думал, что стану врачом. И если я рисую, думал, то это пригодится в моем будущем хирургическом образовании. Отец, мать – медики. В руках у меня, как мне кажется, генетически эта профессия заложена. Уколы я сам себе делаю, могу шов наложить – рука не дрогнет. И крови не боюсь.

**– И все же вы выбрали другое поприще...**

– Да. Хотя мое поступление в Строгановское, в 45 году – тоже медицинская история.

Сергей Герасимов и со мной поздоровался. Он смотрит на меня и говорит: «Здравствуйте». Много лет спустя я понял – он же педагог, профессор, боялся кого-нибудь обидеть, не вспомнив, и всегда здоровался первым, считая, что все – его студенты. Так что чудо произошло.

Помню, как в первый раз приехал в Ленинград зайцем. Шел по Невскому, и история искусств оживала. У Лебяжьей Канавки от восторга чуть не подох. Потом я стал законодателем мод на поездки именно таким способом в Питер на субботу-воскресенье. Возвращались утром в понедельник, сразу на занятия.

...Одним из преподавателей у нас тогда был Куприн – известная фигура (в объединение «Бубновый валет» входил в свое время). Мировая знаменитость. Старик уже. Вваливаюсь я, опоздав на час.

– Александр Васильевич, я только что из Ленинграда.

Видит он на физиономии моей черные разводы (потому что большую часть пути едешь на крыше вагона), и как художник отреагировал, спрашивает:

– Пятку Блудного сына видели?

– Видел, – отвечаю, презирая себя в этот момент. Конечно, я ходил в Эрмитаж, видел картину, пятку, но, чтобы увидеть ее так, как увидел Куприн, и чтобы вранье мое мне потом на небесах простилась, я на следующую же субботу опять поехал специально посмотреть. Таращил свои глазенки, ничего не понял совершенно. Только спустя много лет мне начало казаться, что я что-то понимаю, начинаю догадываться. Когда цвет появляется из яркого тюбика – это одно, это проще. А когда его художник извлекает из сочетания достаточно жухлых, тусклых красок, а они начинают сиять, будучи в соединении на холсте – это высшее проявление искусства.

**– Судя по всему, пора студенчества, как ей и положено, проходила отнюдь не скучно. А что же было дальше?**

– Я заканчивал факультет по художественной обработке металла. Меня хотели распределить в Москве в Институт стали – решетки там всякие ваять. А я в газете, в «Советской культуре», нашел маленькую заметочку про Каслинский завод художественного литья. Город Касли на Урале. Я решил, что для будущего специалиста работа там будет неоценимым опытом. Приехав, я вскорости понял, что там главное – атомная отрасль, второстепенная – мясорубки,

третьестепенная – бюст Кирова, а на пятидесятом месте – нечто творческое. Это было строго режимное место, где шагу нельзя было ступить без пропуска, и вскоре я решил оттуда увольняться. По тем временам надо было отрабатывать и мне пришлось даже симулировать душевную болезнь – сумасшествие. Я лежал в каслинской больнице, меня там заворачивали в мокрую простыню, и мне помогла одна врачиха, которая тут же мою симуляцию раскусила. Меня по состоянию здоровья уволили.

**– Как все-таки началась карьера иллюстратора?**

– После каслинской эпопеи я приехал в Свердловск. Пришел с папкой рисунков в свердловское книгоиздательство, мне сказали: «Ох, ох, ох, но сделай нам хотя бы один рисунок композиционной иллюстрации». Я сделал, получилось прилично – просто повезло. И мне дали иллюстрировать детскую книжку.

Потом я вновь оказался в Москве – женился на девушке, с которой был раньше знаком. Из этой девушки получилась детская писательница Ирина Токмакова.

**– В вашей творческой биографии – рисунки к трем сотням книг. Иллюстрировали бы вы сегодня какие-то из них по-другому.**

– Все изменяется, и я изменяюсь. Фазы каждые семь лет проходят, человек идет от всезнайства к ничего не знающему и это нормально. В начале моей карьеры была книжка Джанни Родари «Джельсомино в стране лжецов». Мне заказал ее мой друг художественный редактор покойный Витя Плешко. Он был тоже самоучка, всю войну прошел, был разведчиком, к нему ордена приходили уже в мирное время. Отважный человек. Его высшая похвала рисунку была: «Нахально!» И он в меня поверил, я задним числом уже его доверие оправдал.

Кстати, Родари писал страну лжецов с нас. В этом он признался мне, когда мы однажды гуляли по Москве. И сразу было видно, что это политический памфлет, только хорошо завуалированный. А наши долдоны решили, что он как всегда капитализм критикует. И я, честно говоря, короля Джекомонуса с Хрущева рисовал. Он тоже лысый, башка шишковатая. И сам Родари это понял.

**– Иллюстратор – человек зависимый, в первую очередь – от книгоиздателя. Часто ли приходилось сталкиваться с тем, что называют «вкусовщиной»?**

– Я по натуре покладистый. Но если мне говорит что-то человек чуждый по духу – издатель или автор, я никогда не делаю поправки по направлению указательного пальца. Смотрю на рисунок и думаю, что же меня в нем не устраивает, и переделываю его напрочь. И об этом пальце уже никто не вспоминает. За мою жизнь в связи с этим много курьезов накопилось. Был в свое время в Детгизе литературный редактор Карл Арон. Хороший мужик, но у него была манера читать незнакомый текст с точки зрения дефективного ребенка. Он садился, выпячивал губы, читал как будто по слогам.

...Это была вторая Иринина книжка – шотландские народные песенки «Крошка Вилли Винки». И такое стихотворение: «Купите лук, зеленый лук, петрушку и морковь,

Купите нашу девочку шалунью и плутовку...»

И вот он: «Купите девочку? Что же это получается? Продажная девочка? Нет, в топоры, этот текст не пойдет».

Иллюстратор подталкивает воображение читателя. Я нарисовал деда, у которого на закорках или на коленках (варианты были разными) сидит внучка, и он ей это поет. И, глядя на ту иллюстрацию, сам Карл уже о своих первоначальных замечаниях и не вспомнил.

**– Вы работаете для детей не один десяток лет. Как вам кажется, не изменилось ли их мироощущение за последнее время?**

– Лет тридцать назад я оказался за одним столом с Олегом Поповым. И задал почти такой же вопрос. Он ответил: «Ну что ты, они сейчас прагматики, в чудеса не верят, выступать пред ними сложно».

Сейчас я веду студию, где занимаются дети от пяти до одиннадцати лет. На мой взгляд, это именно тот возраст, который находится

вне времени. Как были сто лет назад, так и сегодня они такие же. Такие открытия делают! Недавно одна девочка нашла ошибку в переводе Чуковского сказки Кипплинга «Кошка, которая гуляла сама по себе».

Там Женщина, хозяйка пещеры, договаривается с Кошкой о том, что если она один раз ее похвалит, та будет иметь право сидеть при входе, два раза – чему не бывать конечно – ей позволят сидеть у очага, а третий – что совершенно невозможно – кошка будет получать молоко. И на каждый пункт договора в сказке есть свидетель – шкура лошадиная рухнула у входа, костер похлынул. А в третьем случае – крынка, стоявшая у костра, треснула в двух местах, кошка подскочила и стала лакать молоко.

Девочка рисует как иллюстратор, текст через себя пропускает. Ведь, если крынка в двух местах треснула, молоко все проливается на пол пещеры, а лакать оттуда кошка никак не будет. И она в своем рисунке развалила крынку напополам. Я залез в оригинал Кипплинга, который тоже был иллюстратором. И действительно, у него написано: «треснула на две части», а у Чуковского – «в двух местах».

**– Не разочаровывали ли Вас за все эти годы представители медицинской профессии? Ведь и специалисты, и люди разные попадают...**

– Знаете, я иду к врачам, как к своим родным. Может быть, поэтому разочарований и не было. Поделюсь несколько крамольной мыслью. На мой взгляд, большой урон современной медицине наносит компьютер. Он с одной стороны помощник, а с другой... Когда человека обследуют, а смотрят не на него, а на монитор, это в первую очередь раздражает контакт между больным и врачом.

Представьте картину. Приезжает доктор. В прихожей он отдает полшубок, ему дают таз с теплой водой, он моет руки, раскрывает чемоданчик, измеряет пульс, спрашивает: «На что жалуетесь?». И уже с этого начинается выздоровление. Попасть в руки к врачу знающему, достойному, помогающему – большая удача. Мне в этом отношении везет.

На днях, к примеру, мне делали УЗИ. Врач сначала тоже смотрела в компьютер, но беседа завязалась человеческая. И в результате она обратила мое внимание на несколько нюансов, о которых вроде бы даже не имела права говорить (хитросплетения платной медицины), и намекнула, какие надо сделать дальнейшие шаги. Уходя, я сказал ей: «Вы – настоящий врач», и почувствовал, как ей приятно было это услышать.

А как-то приезжает из поликлиники художественного фонда молодая интересная красавица. Я один дома хворал. Достал свежее полотенце, в ванной повесил. Ей показываю, где можно руки помыть. Она: «Какие руки! Семнадцать вызовов!» И топ, топ в комнату. Я ей шпильку ввернул в конце – рассказал, что мой отец сам пациентам куриный бульон носил, считал, что помимо медицинских процедур, такое внимание их еще быстрее на ноги поставит. Она меня купила с потрохами, ответив: «Ну – то настоящий врач». И я понял, что она не строит из себя врача по крайней мере. Расстались друзьями.

**Записал Д. Виноградов**

Р. С. Судьба отца художника – хирурга Алексея Токмакова, на наш взгляд, заслуживает отдельного повествования. Материал о нем читайте в одном из следующих номеров «Больницы».



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

ПОД ПАТРОНАТОМ МИНПРОМНАУКИ РФ  
при участии  
МИНЗДРАВА РФ и ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНИЕМ РЯДА СУБЪЕКТОВ РФ



г. Сочи  
ГК «Жемчужина»

## II ВСЕРОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ  
МЕДИЦИНСКОГО БИЗНЕСА.  
МЕДИЦИНСКАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ -  
УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ**

**с 12 по 17 сентября 2001 г.**

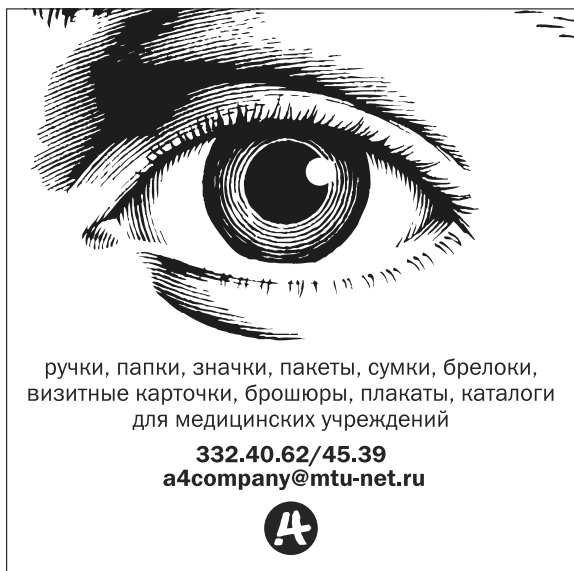
**ВСЕРОССИЙСКАЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
ВЫСТАВКА**

**«ЭКСПОМЕД СОЧИ 2001»**

По вопросам участия в конференции и выставке обращаться к организаторам:

«Профессионал-Центр» - тел./факс: (095) 361-99-85, 361-99-86, 361-99-84, 361-93-03,  
361-96-82, 361-98-08. E-mail: [seminprof@vei.ru](mailto:seminprof@vei.ru)

«Сочи-Экспо» - тел.: (8622) 620-524, 622-851, 623-187, 623-196. E-mail: [expo@sochi.ru](mailto:expo@sochi.ru)



ручки, папки, значки, пакеты, сумки, брелоки,  
визитные карточки, брошюры, плакаты, каталоги  
для медицинских учреждений

332.40.62/45.39  
[a4company@mtu-net.ru](mailto:a4company@mtu-net.ru)



сиб  
ЗДРАВООХРАНИЕНИЕ  
СибЭкспоЦентр

2001

Прием заявок  
на участие:

E-mail: [fair@sibexpo.ru](mailto:fair@sibexpo.ru);  
[sibexpo.baikal.ru](mailto:sibexpo.baikal.ru)  
тел.: (3952) 352-239,  
351-398  
тел./факс: (3952)  
358-223, 352-900,  
353-033

2-5 октября  
Иркутск

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

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

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ