

ГОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 12
2001



С НОВЫМ
ГОДОМ!



**НАУКА
И ПРАКТИКА**

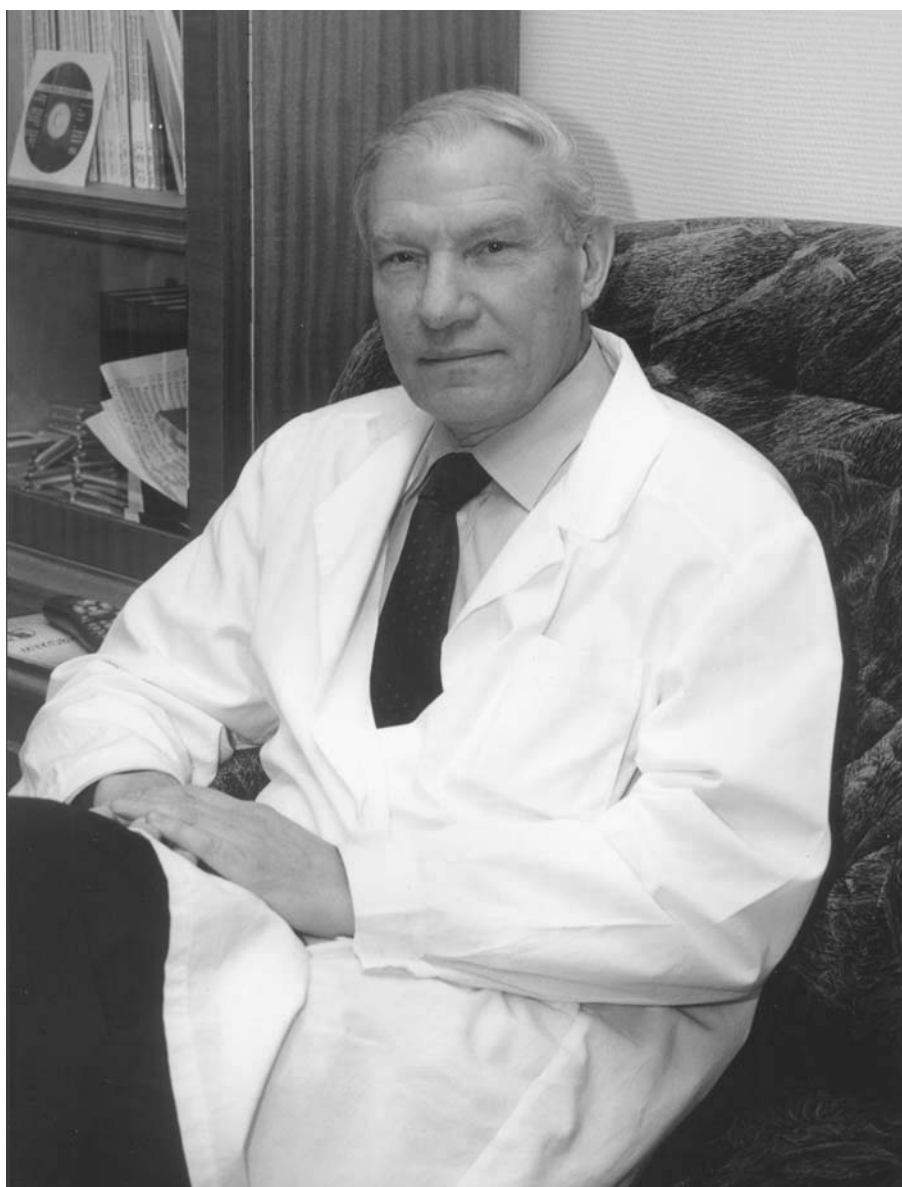
**Кафедра
пропедевтики
внутренних
болезней
ММА имени
И. М. Сеченова**

СТР. 3–8

ЛЕКАРСТВА

**для гастро-
энтерологии**

СТР. 9–12



*Главный гастроэнтеролог Минздрава РФ профессор
Владимир Трофимович Ивашкин:*

*«Не менее двух третей населения России нуждается
в помощи гастроэнтеролога. Это миллионы и
миллионы людей. Задача состоит в том, чтобы
каждый наш специалист был достаточно хорошо
образован и технически оснащен».*



ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского исполнилось 80 лет.

На торжественном заседании, которое прошло в Большом зале Дома ученых, с Актовой речью «Роль Центра им. В. П. Сербского в развитии психиатрии» выступила директор Центра академик РАМН Т. Б. Дмитриева.

В числе мероприятий, посвященных юбилею, состоялась конференция «Психиатрия и общество». В числе обсуждаемых тем были актуальные проблемы социальной и судебной психиатрии, этические основы современной психиатрической практики, динамика распространенности психических расстройств в России и другие.

РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация (РГА) приглашает Вас принять участие в работе Седьмой Российской Конференции «Гепатология сегодня», которая состоится в Москве в период с 18 по 20 марта 2002 года. Научная программа конгресса включает обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гепатологии. Во время Конференции состоится выставка лекарственных средств и медицинской техники.

Перед Конференцией 16–17 марта 2002 года будет проведена сессия Национальной Школы гастроэнтерологов, гепатологов «Билиарология и панкреатология».

Адрес для переписки и справок: Россия, 119881, Москва, ГСП-3, Погодинская ул., д. 5, кафедра пропедевтики внутренних болезней ММА им. И. М. Сеченова, Оргкомитет Российской Конференции «Гепатология сегодня».

Телефон: (095) 248–75–15, факс: (095) 248–36–10 (авт., круглосуточно)

E-mail: liver@orc.ru, rgas@orc.ru

Страница в Интернете: <http://www.gastro.ru>.

СИМПОЗИУМ, КОНФЕРЕНЦИЯ, ПРЕЗЕНТАЦИЯ

По официальным данным Института Иммунологии МЗ РФ количество больных аллергией за последние восемь лет увеличилось в два раза. Эти впечатляющие данные обсуждались на научном симпозиуме «Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы, опасность трансформации» в рамках прошедшего Национального Конгресса по болезням органов дыхания.

В симпозиуме приняли участие ведущие специалисты в этой области: И. С. Гуцин, профессор, д. м. н., член-корреспондент РАМН, Н. А. Геппе, д. м. н., профессор кафедры детских болезней и И. В. Сидоренко, к. м. н., доцент кафедры аллергологии ММА им. И. М. Сеченова, Я. И. Левин, профессор, д. м. н., заведующий отделением Московского Городского Сомнологического Центра.

К симпозиуму было приурочено и открытие нового Интернет-ресурса (www.telfast.ru). Сайт, всесторонне освещающий все проблемы, связанные с аллергией и ее лечением, призван стать полноценным справочным пособием как для аллергиков, так и для специалистов. Над информационным наполнением ресурса работали высококвалифицированные специалисты – аллергологи и иммунологи. Постоянное обновление сайта позволяет его посетителям знакомиться с последними новостями в этой сфере.



Прошла конференция, посвященная биоактивному комплексу «Витамакс», производства корпорации «GlaxoSmithKline» (GSK).

О результатах испытаний «Витамакса» в хирургическом отделении Первой Градской больницы рассказал профессор кафедры факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета В. А. Петухов.

В отличие от большинства поливитаминных комплексов, «Витамакс», помимо полного набора необходимых витаминов, минералов и микроэлементов, включает в себя восемь биоэлементов, а также маточное молочко и экстракт корня женьшеня – природные источники энергии и здоровья. Благодаря этому, препарат не только решает проблему недостатка витаминов и микроэлементов, но и обладает лечебным действием. Секрет высоких терапевтических свойств «Витамакса» – в уникальном составе и выверенных сочетаниях ингредиентов. 34 компонента подобраны по принципу биохимической совместимости. Большая часть биоэлементов, содержащихся в капсулах «Витамакс», не встречается ни в каких других препаратах: масло проростков пшеницы, цветочная пыльца, сафлоровое масло и другие составляющие необходимы для нормального обмена веществ. Благодаря сбалансированному содержанию витаминов, минеральных веществ и активных ингредиентов, «Витамакс» незаменим при высоких физических и умственных нагрузках, соблюдении диеты. Он значительно ускоряет процессы выздоровления при инфекционных заболеваниях, в послеоперационный период, замедляет процессы старения, повышает либидо.

Дополнительная информация по телефону: 933–76–76, Татьяна Бояркина, Наталья Королева.

Компании «Фармация Корпорейшн» и «Пфайзер Инк.» выступили с заявлением о том, что Американское Управление по пищевым продуктам и лекарственным средствам (FDA) зарегистрировало дополнительные показания для препарата Целебрекс (целекоксиб): лечение острой боли и первичной дисменореи (болезненные менструации) у взрослых.

В настоящее время он является единственным специфическим ингибитором циклооксигеназы-2, зарегистрированным по показанию «лечение воспаления и боли при остеоартрозе и ревматоидном артрите у взрослых».

Целебрекс имеет совершенно уникальную формулу, отличную от всех других представителей НПВС, поэтому он обладает наибольшей безопасностью и прекрасной переносимостью.

Одобрение FDA основано на данных клинических испытаний, проведенных с участием 1,700 пациентов с болевым синдромом после хирургического вмешательства в ротовой полости, костными и мышечными болями, болями после ортопедических операций и первичной дисменореей.

«В распоряжении врачей появился эффективный и хорошо переносимый препарат для лечения острой боли» – заявил Ивэн Экман, доктор, Директор Центра Спортивной Ортопедии в Колумбии.



КАЖДЫЙ ИЗ НАС – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПАЦИЕНТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Гастроэнтерология – специальность всегда очень востребованная – сегодня особенно бурно развивается. О том новом, что появилось за последние годы в гастроэнтерологии вообще и в работе кафедры пропедевтики внутренних болезней ММА им. Сеченова нам рассказывает ее заведующий, главный гастроэнтеролог Минздрава РФ профессор Владимир Трофимович Ивашкин.

– Наша клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии носит имя выдающегося советского терапевта В. Х. Василенко, чьи труды в области гастроэнтерологии до сих не потеряли своего значения. Хотя он родился в Киеве и там получил медицинское образование, именно в России он раскрылся не только как врач и ученый, но и как общественный деятель. У Василенко нелегкая судьба: участвовал в Великой Отечественной войне от начала и до конца, был главным терапевтом фронта – это очень серьезная должность. После окончания войны короткое время занимал кафедру терапии во Львове, а затем был приглашен в Москву, где с 1949 года и до своей смерти в 1989 году, руководил нашей кафедрой. Несмотря на успешную, казалось бы, карьеру, он, тем не менее, не избежал судьбы многих. В 1953 году Владимир Харитонович был репрессирован по делу врачей, затем реабилитирован и после всего этого отдал все свои силы в развитие кафедры. Благодаря своей известности и авторитету (он длительное время был личным врачом Н. А. Косыгина), ему удалось построить здание, в ко-

тором мы сейчас находимся, и создать в нем первый Всесоюзный Институт гастроэнтерологии. Затем, в силу ряда обстоятельств, как я считаю, несправедливых, В. Х. Василенко был отстранен от руководства институтом – ВНИИ гастроэнтерологии в начале 80-х прекратил свое существование.

Мы гордимся тем, что Владимир Харитонович был нашим предшественником: врач он был очень разносторонний, высокообразованный, прекрасный организатор. Он создал Всесоюзное общество гастроэнтерологов, провел несколько всесоюзных съездов, которые объединили врачей этой специальности и сделали очевидным существование гастроэнтерологии как особой науки. В этом году на Седьмой Российской Гастроэнтерологической Неделе, которая по существу является продолжением съезда, впервые была прочитана лекция имени В. Х. Василенко, которая теперь будет читаться регулярно. В этом году такая честь выпала мне.

– А как, на ваш взгляд, сейчас в России обстоит дело с гастроэнтерологией как специальностью?

– Гастроэнтерология длительное время была золушкой медицины. Сейчас отношение к ней меняется, усиливается влияние таких общественных организаций, как Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация и Российское общество по изучению пече-



ни. Эти хорошо организованные структуры регулярно выпускают свои журналы, проводят съезды, собирающие до трех тысяч специалистов. В рамках Ассоциации существует Национальная школа гастроэнтерологов-гепатологов, которая проводит две сессии – весной и осенью, и за последнее время через нее прошло более пяти тысяч врачей, значительная часть из которых получила сертификаты. У нас очень большие контакты с зарубежными коллегами. Я должен с гордостью сказать, что в этом году Национальная школа гастроэнтерологов и наша клиника получили диплом Европейского центра, мы являемся теперь Европейским центром по подготовке гастроэнтерологов по программе Европейского диплома гастроэнтеролога-гепатолога. Заслужить этот диплом было очень сложно. Представители Евросоюза были здесь, проверяли нашу работу и были удовлетворены результатом.

– Какие направления являются приоритетными для вашей кафедры?

– Кафедра делит свои усилия между несколькими направлениями. Первым по значению является изучение заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта:



пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Ключевым и центральным вопросом здесь является инфекция *Helicobacter pylori*. Мы активно занимаемся этой проблемой и самостоятельно, и с нашими зарубежными коллегами, и в рамках Российской гастроэнтерологической ассоциации, президентом которой я являюсь. На основании маастрихских договоренностей, мы, вместе с российской группой по изучению *Helicobacter pylori*, предложили нашим врачам программы эрадикации (уничтожения) этого возбудителя, разработали показания и методы. Эрадикация является эффективным средством лечения язвенной болезни и в значительном проценте случаев – профилактической мерой в отношении рака желудка.

– Что сейчас уже нет сомнения в этиологической роли *Helicobacter pylori* в развитии язвенной болезни?

– У специалистов сомнений нет. Более того, авторы открытия – Маршалл и Уоррен – уже несколько раз рассматривались как номинанты на Нобелевскую премию. Однако среди российских врачей, и особенно среди российских медицинских руководителей, отношение к хеликобактеру несколько скептическое, возможно, в силу недостаточной информированности. Конечно, лечение хеликобактера это новая и очень значимая проблема, на которую нужно выделять немалые средства. Сегодня существует целая система: поликлиника – клиника – специализированный санаторий. Эффективная эрадикация позволяет прервать эту цепь, дорогую, но не достигающую своей цели – не способную предотвратить рецидив болезни, надолго выводящей пациента из строя. Если все подсчитать, то окажется, что новые схемы лечения намного эффективнее и дешевле, а значит – более выгодны и для здравоохранения и для страны в целом, не говоря уже о качестве жизни пациента.

Другая проблема, которой мы активно занимаемся – так называемая предраковая гастроэнтерология. Дело в том, что, по меньшей мере, пять видов наиболее распространенных злокачественных новообразований локализируются в желудочно-кишечном тракте. И сейчас во всем мире ширится понимание, что именно гастроэнтерологи должны взять в свои руки первичную профилактику опухолей желудочно-кишечной локализации. Вот, скажем, лечение хеликобактерной инфекции является профилактикой рака желудка, лечение рефлюксной болезни – профилактикой карциномы пищевода, лечение вирусных гепатитов В и С, алкогольной болезни печени – профилактикой гепато-целлюлярной карциномы. Своевременное удаление полипов толстой кишки – профилактика колоректального рака. То есть, существуют совершенно конкретные меры, которые должен предпринять гастроэнтеролог в этом направлении. Ибо психология онколога и гастроэнтеролога различаются. Онколог нацелен на лечение уже явного рака, задача же гастроэнтеролога – не допустить его развития. Конечно же, необходимо тесное взаимодействие этих двух специалистов. Гастроэнтеролог не имеет права подменять собой онколога, но он должен сделать все от него зависящее, чтобы у больного не возникло необходимости обращаться к онкологу.

– А что нового в диагностике и лечении гепатита?

– Гепатит продолжает расти, особенно много гепатита С, но и других форм тоже достаточно: аутоиммунный гепатит, алкогольный гепатит, заболевания метаболической природы – гемохроматоз, болезнь Коновалова-Вильсона, различные болезни накопления и т. д. Гепатит течет с очень разнообразными клиническими масками, с различными гематологическими синдромами. Поэтому по мере накопления знаний, выясняется, что вариантов ге-

патита и цирроза печени очень много и группа эта неоднородна. Вирусный гепатит, рост его, обусловлен стремительным взлетом наркомании. До 60–70% людей, инфицированных вирусом гепатита, однократно, хотя бы раз в жизни, вводили себе внутривенно наркотики. Иногда этого достаточно, чтобы инфицироваться и вирусом гепатита В, и вирусом гепатита С, и вирусом ВИЧ инфекции! Целый букет – от одной легкомысленной, неразумной инъекции! Диагностика этих заболеваний основана на знании клиники, потому что все эти формы имеют четко очерченную клиническую картину. Сложность состоит в том, что значительная часть вирусных гепатитов в острой своей фазе протекает бессимптомно, с клиникой, которую обычные врачи рассматривают как грипп, астенический синдром, и т. д. Поэтому к нашим специалистам в острой фазе поступает не более 15–30% больных. Остальные попадают к нам уже в хронической стадии. Здесь важно, как я уже сказал, знать клиническую картину. У нас сейчас появляется возможность применения лабораторных методов исследования, в частности, маркеров гепатита В и С на следующем этапе: количественная оценка инфицированности – определение числа вирусных частиц в организме, выявление типа вируса, в том числе и т. н. «дикого типа» (мутантного). Врачи, прицельно занимающиеся гепатологией, это хорошо умеют делать. Конечно, есть определенные проблемы с серологической диагностикой – определением аутоантител – мы рассматриваем возможность аутоиммунных заболеваний печени, таких как аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит. Большие проблемы с морфологической верификацией: морфологов, которые бы профессионально и целенаправленно работали бы в нашей стране с гастроэнтерологами-гепатологами пока очень мало. А потребность в них невероятно велика.



Что касается лечения, тут тоже есть свои достижения и свои подводные камни. На авансцену выходят все более эффективные препараты в лечении вирусного гепатита, разрабатываются все более эффективные комбинации этих препаратов. Появляются средства пролонгированного действия, которые достаточно вводить только один раз в неделю. Это все – пигелированные интерфероны. Но, во-первых, эти препараты стоят чрезвычайно дорого. Государство пока не может взять на себя заботу о лечении этих больных. И не только наркоманов, но и больных, безвинно пострадавших из-за непрофессионального выполнения медицинских манипуляций, например, переливания компонентов крови. Во-вторых, бедственное положение пациентов привело к тому, что появилось огромное количество шарлатанов, делающих деньги на чужой беде. Они выбрасывают на рынок бесчисленное количество так называемых лекарственных препаратов, не прошедших ни регистрацию, ни клиническую апробацию. Они предлагаются больным без обоснованных показаний, без указаний на противопоказания и побочные эффекты. Эти поделки тоже стоят дорого, но население покупает их в силу недостаточной информации. К сожалению, часть врачей ведет себя недобросовестно и пропагандирует эти группы препаратов.

Мы у себя в клинике создали Школу для больных заболеваниями печени. Интерес к этой школе огромный. Руководит ею ассистент Марина Викторовна Маевская. Эта школа и для больных и для врачей. Я думаю, что с помощью этой школы мы сдвинем с места информированность пациентов.

Третья проблема – это трудное положение, в котором находятся наши трансплантологи. Во всем мире сегодня проводятся десятки тысяч пересадок печени. Это един-

ственный способ помочь больным с циррозом, находящимся на стадии осложненного течения, больным с отравлениями и т. д. Впрочем, ваша газета об этом уже писала. Настоящей государственной поддержки у этой проблемы нет. А ведь пересадка печени – это процедура, приводящая к продлению жизни больного на десятки лет. И жизни полноценной! Недавно в Бельгии сделали семи русским детям пересадку печени. На каждую операцию ушло сто тысяч долларов. В России на эту сумму можно было сделать двадцать-тридцать трансплантаций.

– Какова общая обращаемость населения к гастроэнтерологу?

– Я думаю, не менее двух третей населения имеет необходимость в этих специалистах. А может быть и больше. Нет ни одного человека, который бы на протяжении своей жизни хоть раз не высказывал бы соответствующих жалоб. Другое дело, что люди обращаются зачастую к врачу общей практики, и не всегда доходят до гастроэнтеролога или гепатолога. Но через это проходят все! Две трети – это больные с уже хроническими заболеваниями, которые требуют диспансерного наблюдения в поликлинических условиях и их должен консультировать и лечить гастроэнтеролог. А из этих двух третей – процентов 20 – это люди, требующие высокотехнологичного обследования и лечения. Это – миллионы и миллионы людей. По расчетам Всемирной организации гастроэнтерологов считается, что нужен один специалист этого профиля на 50 тысяч населения. Сейчас в России 2600 гастроэнтерологов, а нужно – 3000. По формальным признакам – это почти то, что требуется. Однако задача состоит в том, чтобы каждый из этих специалистов был достаточно образован и оснащен: гастроэнтеролог должен иметь эндоскоп и колоноскоп и уметь ими пользоваться, а в клинике желательно иметь современное ультразвуковое оборудование. Кроме

того, у гастроэнтеролога должны быть соответствующие полномочия, такие же, как и у других специалистов.

– А какова система обучения этих специалистов и в чем особенности нашей национальной школы гастроэнтерологов?

– Система у нас стандартная – они должны минимум раз в пять лет пройти переподготовку. Но я считаю, стандартной учебы сегодня недостаточно. Кафедры усовершенствования у нас в большинстве своем маломощные, без серьезной клинической базы, они не успевают за бурным развитием специальности. А врач должен учиться всю жизнь! Поэтому мы ежегодно проводим две сессии – весной и осенью, и большая часть специалистов туда приезжает. Сотни и сотни врачей! Это очень популярная форма учебы.

– Скажите, какова общая картина обеспеченности лекарствами в гастроэнтерологии?

– Я думаю, она такая же, как и в других областях. Лекарства эффективные есть, их становится все больше, причем, они становятся все более и более селективными. Этот процесс нельзя остановить, что ставит перед врачом новое требование: быть максимально информированным в этой области, знать показания и противопоказания, побочные эффекты и т. д. И еще! Часто беда нашего специалиста состоит в том, что вместо того, чтобы давать больному самое эффективное лекарство, мы начинаем считать деньги в его кармане и говорить: «Вам, наверное, это дорого?». И вот здесь очень важно знать соотношение эффективности и стоимости лечения. Мы должны дать пациенту полную информацию и альтернативу, чтобы он сам решал, что выбрать – менее дорогое и менее эффективное или, наоборот, более эффективное, хотя и более дорогое. Хотя опытный врач знает: дорогое не всегда самое эффективное. Вот здесь и должны сказаться, как научное образование, так и искусство врача, в сочетании с его мудростью.



ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ: ДИАГНОЗ ИЛИ ПРИГОВОР?

Заболеваемость вирусными гепатитами постоянно растет. По данным ВОЗ, сегодня во всем мире число только хронических носителей вируса гепатита В достигает 400 миллионов человек. О коварстве гепатитов нам рассказала Марина Викторовна Маевская, к. м. н., заведующая отделением гепатологии.

Сегодня хорошо известно пять вирусов гепатитов: А, В, С, D (дельта), Е. Есть и другие – G, TTV, Sen, однако, их роль в повреждении печени в настоящее время только изучается. По течению патологического процесса гепатиты делятся на острые и хронические. Гепатиты А и Е являются острыми и заканчиваются выздоровлением больного. Коварство вируса гепатита Е заключается в том, что, поражая беременных женщин в последнем триместре беременности, он может привести к фульминантному (молниеносному) течению болезни с развитием печеночной недостаточности и, возможно, летального исхода. Вирусы гепатитов В и D приводят к развитию как острого, так и хронического процесса. Вирус D является, своего рода, неполноценным. Он может размножаться и приводить к поражению печени только в присутствии вируса гепатита В. Вирус С, как правило, приводит к формированию хронического гепатита с последующим возможным прогрессированием заболевания.

Остановимся подробнее на вирусах гепатитов В и С. Оба этих вируса способны вызывать хроническое поражение печени. Под хроническим вирусным поражением печени понимают три стадии заболевания: 1) хронический гепатит 2) цирроз печени 3) гепа-

толярную карциному – рак печени. Последнее связано с тем, что оба вируса являются облигатными (обязательными) карциногенами. Однако это не означает, что каждый инфицированный ими человек обязательно заболеет раком печени. Хронический патологический процесс развивается медленно: в среднем, от момента инфицирования до стадии хронического гепатита, проходит 10 лет, а до развития цирроза печени еще 10. Именно у больных циррозом печени повышается риск развития рака печени, но тоже далеко не у всех, а приблизительно у 4% в год.

Острый вирусный гепатит В у лиц с нормальной иммунной системой в 5% случаев переходит в хроническую форму, более того, они являются резервуаром инфекции. Что касается, вируса гепатита С, то после острой инфекции (которая, как правило, протекает скрыто) выздоравливает только 15% человек, а более чем в 80% случаев вирус сохраняется в организме и заболевание прогрессирует.

Кто особенно рискует заболеть гепатитом В и С? В первую очередь, лица с внутривенной формой наркотической зависимости, а также пациенты на хроническом гемодиализе, с необходимостью повторных введений крови и ее продуктов, инъекционных форм других лекарств. Учитывая, что вирус гепатита С открыт в 1989 г., необходимо обращать внимание на тех пациентов, кто был подвергнут оперативным вмешательствам и переливанию продуктов крови до 1989 г. Надо сказать, что сексуальный путь передачи вируса гепатита С не имеет клинического значения и составляет всего лишь около 8%.



Как правило, диагноз гепатита ставится после обращения пациента с жалобами к врачу и дальнейшего обследования. Однако хронический вирусный гепатит, как мы уже говорили, может протекать бессимптомно, поэтому сегодня, на мой взгляд, участковые врачи должны взять на себя труд по привлечению к обследованию лиц с высокой вероятностью инфицирования. Особенно надо обратить внимание на молодежь, на тех, кто имеет внутривенную форму наркотической зависимости. Это огромный пласт населения, который надо рассматривать и как резервуар инфекции, и как потенциальных инвазивов – при запущенных формах хронического гепатита это происходит в среднем через 20 лет, то есть уже к 40 годам!

Основным признаком гепатита является повышение уровня специфического печеночного фермента: аланиновой аминотрансферазы (АЛТ).

Однако уровень АЛТ



не всегда соответствует степени воспаления ткани печени, особенно, при тяжелом течении гепатита или вирусном гепатите С. Тогда больному проводится пункционная биопсия, которая позволяет безошибочно определить степень активности и стадию заболевания. Это нужно как для правильного диагноза, так и для решения вопроса о лечении и оценки его эффективности в будущем. Важно не только выявить вирус, но и определить форму его существования, потому что противовирусное лечение больному назначается только тогда, когда вирус находится в активном состоянии: в фазе репликации (размножения). Для этого разработаны специальные методы серологической и молекулярной диагностики, которые в настоящее время доступны практическому здравоохранению.

Основным препаратом для лечения хронических вирусных гепатитов является интерферон-альфа (ИФ-альфа). Хочется подчеркнуть, что именно он обладает доказанной в результате большого количества меж-

дународных клинических испытаний противовирусной активностью. Надо сказать, что результаты интерферонотерапии хронических вирусных гепатитов сегодня не удовлетворяют врачей во всем мире. Стойкий положительный ответ на лечение можно достичь лишь у одной четвертой части больных. В настоящее время разрабатывается новая генерация противовирусных агентов: аналоги нуклеозидов.

Четкие рекомендации по ведению и лечению больных хроническим гепатитом С приняты на Международной консенсусной конференции, которая состоялась в Париже в феврале 1999 г. под эгидой Европейской Ассоциации по Изучению Печени. Более эффективной, чем моно терапия ИФ-альфа признана его комбинация с препаратом рибавирин. Необходимо подчеркнуть, что все препараты, кроме ИФ-альфа, обладающие противовирусной или иммуномодулирующей (стимулирующей иммунный ответ организма) активностью рассматриваются, как адъюванты, т. е. дополнительные агенты, призванные усилить действие интер-

ферона. На сегодняшний день нет препарата, который может уничтожить вирус гепатита С. Основной целью лечения является подавление репликации (размножения) вируса и уменьшение воспалительной активности в печеночной ткани, следовательно, сдерживание прогрессирования болезни.

Очень важно, чтобы больной сам был четко информирован о своем заболевании. Врач не должен ни пугать пациента, ни обещать ему несбыточный успех лечения. Пациент с хроническим гепатитом может очень долго жить нормальной жизнью и работать на благо общества, если его «ведет» грамотный специалист. С этой целью на базе нашей клиники, которая много лет занимается данной проблемой, создана «Школа для больного хроническим гепатитом».

Школа работает бесплатно по вторникам и четвергам первые две недели каждого месяца с 17 до 19 часов по адресу: ул. Пограничная д. 5, 2-й этаж, поликлиническое отделение, каб. № 8. Контактный телефон 248-36-66. E-mail: liver@orc.ru.

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Значение микроорганизма *Helicobacter pylori*, заселяющего слизистую оболочку желудка, для ряда широко распространенных гастроэнтерологических заболеваний не подлежит сомнению. Исследования этой бактерии сегодня ведутся чрезвычайно интенсивно. Ее этиологическая и патогенетическая роль доказана с помощью новейших молекулярных, генетических, иммунологических методик. Более подробно об этой проблеме рассказывает Татьяна Львовна Лапина – к. м. н., ассистент курса «Функциональная диагностика и фармакология в гастроэнтерологии» кафедры семейной медицины, врач клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В. Х. Василенко.



– В последнее десятилетие XX века из чисто научной сферы *H. pylori* «перешагнул» в повседневную врачебную практику. Так, по данным специальных опросов в США, с 1990 по 1994 год число врачей, назначающих терапию, направленную на уничтожение (эрадикацию) *H. pylori*, увеличилось с 15 до 100%. Значительные изменения в отношении к этой инфекции произошли и в России, особенно после разработки и популяризации Российской группой по изучению *H. pylori* и Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией «Рекомендаций по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки».

H. pylori – самая частая причина хронического гастрита (который по более ран-

ним классификациям называли хроническим гастритом типа В). Заражение этим микроорганизмом приводит к появлению воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка (что было доказано и у добровольцев и в опытах на животных), а присутствие *H. pylori* всегда сопровождается морфологическими признаками гастрита. Наконец, после эрадикации инфекции уже через месяц полностью исчезает нейтрофильная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки (отражающая активность гастрита), а в более поздние сроки исчезает мононуклеарная инфильтрация. Таким образом, хронический неатрофический гастрит излечивается после уничтожения *H. pylori*. Этиологическое значение *H. pylori* для хроничес-

кого гастрита позволило провести ревизию гастритической теории возникновения язвенной болезни на принципиально другом уровне ее понимания.

Важнейший результат эрадикации *H. pylori* – снижение частоты рецидивов язвенной болезни. У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки после успешной терапии инфекции *H. pylori* обострения заболевания в течение последующих лет наблюдаются не чаще чем 5% в год, в то время как обычное течение, например, дуоденальной язвы в течение года наблюдения характеризуется рецидивами в 50–80% случаев.

Хронический гастрит, вызванный *H. pylori*, с годами становится гастритом атрофическим, часто с признаками ки-

шечной метаплазии. Таким образом, инфекция *H. pylori* теснейшим образом связана и с предраковыми состояниями (атрофический гастрит), и с предраковыми изменениями (неполная кишечная метаплазия). *H. pylori* ускоряет пролиферацию эпителиоцитов, воздействует на апоптоз, с ним связано снижение концентрации аскорбиновой кислоты в желудочном соке и увеличение свободных радикалов, обладающих мутагенным эффектом. По заключению Международного Агентства по изучению рака ВОЗ, инфекция *H. pylori* является канцерогенной для человека. Несомненно роль *H. pylori* как промотора для экстра nodальной В-клеточной MALT-лимфомы низкой степени злокачественности. Успешная антигеликобактерная терапия у 70–80% больных с MALT-омы приводит к полной гистологической ремиссии этого злокачественного новообразования.

Важно отметить, что возможность развития того или иного заболевания связана с особенностями генотипа человека, условиями окружающей среды.

Эрадикационная терапия представляет собой серьезную задачу и для врача и для пациента. Дело в том, что уничтожить *H. pylori* не так-то просто. Это связано и с особенностями «экологической ниши», которую он занимает, и с развитием резистентности к метронидазолу и, как показывают последние исследования, к макролидам. Поэтому необходимо строго придерживаться уже разработанных схем лечения. Они включают в себя три или четыре лекарственных препарата. Применение одного или двух средств, а также поочередное их назначение, как показывает серьезный разбор имеющегося клинического опыта, приводят лишь к кратковременному подавлению *H. pylori*, но никак не к эрадикации. Неграммотное лечение является основой формирования резистентности к антибиотикам. Снижение дозы или времени терапии также недопустимо. Изученные комбинации лекарств обладают синергизмом, и лишь их сочетанное применение позволяет добиться желаемого ре-

зультата. Очень важен контакт врача и больного, которому обязательно нужно объяснять цели лечения и необходимость строжайшего соблюдения предписанного приема лекарств.

Для того, что получить процент эрадикации свыше 80%, на который ссылаются литературные источники, необходимо помнить, что все описанные исследования использовали оригинальные препараты, а копии (тем более нелегальные) соответствующих испытаний не прошли и успеха не гарантируют.

Итоговый документ Маастрихтской конференции (2000г.) впервые предлагает планировать лечение инфекции *H. pylori*, предусматривая возможность его неудачи. Поэтому предлагается рассматривать его как единый блок, включающий не только эрадикационную терапию первой линии, но и в случае сохранения *H. pylori* – второй линии одновременно. Для тройной терапии предлагается всего две пары антибиотиков, для квадротерапии в качестве антибактериальных агентов предусмотрены только тетрациклин и метронидазол.

Терапия первой линии: Ингибитор протонной помпы (или ранитидин висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день.

Тройная терапия назначается как минимум на 7 дней.

Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении лечения второй линии – квадротерапии.

В случае отсутствия успеха лечения назначается терапия второй линии: Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + Висмута субсалицилат/субцитрат

120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

Квадротерапия назначается как минимум на 7 дней.

Следует отметить, что в России врачи широко используют препараты висмута в качестве базисных в эрадикационных схемах, поэтому исключение висмут-содержащих схем из Маастрихтского консенсуса, на наш взгляд, кажется нецелесообразным, следует доверять собственному опыту.

Без преувеличения – ингибиторы протонной помпы изменили гастроэнтерологию. Сейчас есть несколько препаратов, которые относятся к этой группе – омепразол, лансопризол, пантопризол, рабепразол. Новую генерацию ингибиторов протонной помпы представляет Нексиум. Для его создания была разработана абсолютно новая технология, в основу которой был положен широко известный в природе принцип. Как известно, в человеческом организме в активном метаболизме участвуют изомеры. Эзомепразол (Нексиум) является S-изомером омепразола, то есть, он состоит только из одного оптического изомера, в то время как все известные на сегодняшний день препараты этой группы являются смесями двух изомеров. Чистый изомер обладает рядом преимуществ в метаболизме и, следовательно, более активен в лечении кислотозависимых заболеваний. Нексиум предназначен специально для того, чтобы лечить дуоденальную язву только семь дней – далее его прием можно прекратить.

В России этот препарат будет представлен в виде таблеток МАПС по 10, 20 и 40 мг. Для него выработана очень хорошая система показаний. Любому практикующему врачу будет ясно, какая именно дозировка должна быть назначена пациенту при лечении того или иного заболевания. Так, например, для эрадикации нужно 40 мг Нексиума, для поддерживающей терапии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – 10 мг, и так далее. Препарат поступит в аптеки уже этой весной.

Материалы подготовил М. Кукулевич
Фото В. Бахарева



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАНСОПРАЗОЛА В СРАВНЕНИИ С РАНИТИДИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

П. А. Дулин, Центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыки

Кислотно-пептический фактор играет ведущую роль в ульцерогенезе. Наиболее эффективными ингибиторами желудочной секреции являются производные бензимидазола. Наиболее известным препаратом этой группы является омепразол, подтвердивший свою высокую эффективность в течение десятилетнего срока клинического применения. Недостатком производных бензимидазола считалась зарегистрированная в отдельных случаях в эксперименте на животных возможность возникновения очаговой гиперплазии аргирофильных клеток в слизистой оболочке тела желудка, что связывают с потенциальным развитием карциноидных опухолей. Однако десятилетняя клиническая практика применения омепразола не подтвердила этих опасений. В настоящее время появились новые препараты из группы производных бензимидазола – пантопризол, лансопризол и др.

Лансопризол описан как один из новых препаратов, одобренных к применению в клинической практике. Накапливаясь во внутриклеточных канальцах париетальных клеток, препарат связывает H⁺ и, претерпевая внутримолекулярные перестройки, превращается в собственно ингибитор, который необратимо взаимодействует с SH-группами белка, расположенными на поверхности апикальной мембраны клеток, что приводит к блокированию конечной фазы образования соляной кислоты. В результате применения лансопризола

снижается уровень базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. Препарат оказывает также защитное действие, повышая оксигенацию слизистой оболочки и увеличивая секрецию бикарбонатов.

Цель настоящего исследования – сравнительный анализ эффективности лечения язвенной болезни лансопризолом (Ланзап, Др. Реддис Лабораторис Ltd.) и ранитидином.

Группы больных: пациенты с открытой язвой луковицы двенадцатиперстной кишки величиной от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Обследовано 58 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения – 25 женщин и 33 мужчины в возрасте от 19 до 65 лет. Длительность язвенного анамнеза составляла в среднем 10±2 года. 28 больных 1-й (основной) группы получали лансопризол по 30 мг 1 раз в сутки. 30 больных 2-й группы (группа сравнения) – препараты ранидина (раниссан, зантак) по 150 мг утром и вечером.

Критерии оценки эффективности лечения: эндоскопически подтвержденное полное заживление язв двенадцатиперстной кишки через 2 и 4 недели лечения, купирование болевого и диспептического синдромов, переносимость лечения.

Результаты лечения представлены в таблице. Сроки купирования болевого и диспептического синдромов у пациентов, получавших лансопризол, состав-

вили в среднем 3 дня, а у больных, лечившихся ранитидином, более чем в 2 раза дольше – в среднем 7 дней. Через 2 недели лечения заживление язвенного дефекта отмечено у 94% пациентов, получавших лансопризол, и у 61% больных, принимавших ранидин. Через 4 недели лечения заживление язвенного дефекта наступило у всех больных 1-й группы (100%) и у 84% пациентов, получавших ранидин (2-я группа).

Таким образом, лансопризол в дозе 30 мг/сут оказался достоверно более эффективным, чем ранидин в дозе 300 мг/сут (p<0,05).

Случаев побочных эффектов, связанных с применением лансопризола в течение 4 недель не наблюдалось.

Данные литературы и собственный опыт показывают, что при лечении дуоденальной язвы лансопризол в дозе 30 мг/сут по эффективности достоверно превосходит ранидин в дозе 300 мг/сут. Опубликованные результаты длительного наблюдения за больными, получавшими лансопризол, не подтвердили опасения о возможности развития гиперплазии эндокринных клеток слизистой оболочки желудка и карциноидных опухолей

Выводы

1. Для купирования болевого и диспептического синдромов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки лансопризол в дозе 30 мг/сут достоверно эффективнее ранидина в дозе 300 мг/сут (3 дня и 7 дней соответственно).

2. Лансопризол в дозе 30 мг/сут достоверно более эффективен, чем ранидин в дозе 300 мг/сут, по частоте рубцевания язвенного дефекта в течение двух (94 и 61%) и четырех недель лечения (100 и 84% соответственно).

3. Лансопризол в течение четырех недель хорошо переносится больными и не вызывает каких-либо побочных реакций.

Сравнительная эффективность лансопризола и ранидина у больных с дуоденальной язвой, $x \pm m_2$

Препарат	Срок купирования болевого и диспептического синдрома (сут) и количество больных (n)	Частота рубцевания язвенного дефекта (%) и количество больных (n)	
		за 2 нед.	за 4 нед.
Лансопризол	3±1 (n=28)	94,0±4,7 (n=26)	100,0 (n=28)
Ранидин	7±1 (n=30)	61,0±11,8 (n=18)	84,0±7,4 (n=25)
P	<0,05	<0,05	<0,05

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

М. В. Маевская, к. м. н., заведующая отделением гепатологии

Существует прямая связь между алкогольной зависимостью и повреждением печени. Злоупотребление алкоголем приводит к развитию алкогольной болезни печени (АБП), которая проявляется тремя основными формами: стеатозом, гепатитом и циррозом. На фоне алкогольного цирроза печени часто развивается гепатоцеллюлярная карцинома.

Клинические признаки АБП варьируют от полного отсутствия каких-либо симптомов до классической картины тяжелых форм поражения печени с симптомами печеночной недостаточности и портальной гипертензии. Пациенты часто предъявляют жалобы на слабость, отсутствие аппетита, тошноту и рвоту, нарушение ритма сна и бодрствования, снижение либидо, повышение температуры тела и т. д. Патогномоничных для АБП физикальных признаков нет. Наиболее часто при осмотре пациента можно выявить гинекомастию, гипогонадизм, контрактуру Дюпюитрена, белые ногти, периферическую полинейропатию, сосудистые звездочки, пальмарную эритему, асцит, спленомегалию, расширение подкожных вен брюшной стенки.

Только по объективным данным нельзя дифференцировать АБП от других форм повреждения печени.

Для диагноза АБП очень важно знать: как долго и в каких количествах пациент принимает алкоголь. Практические врачи даже после очень тщательной беседы с пациентом могут выявить приблизительно 25% алкоголиков, остальные скрывают свою зависимость. Помочь в данной ситуации могут специальные тесты (CAGE-вопросник, тест идентификации расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный ВОЗ и т. д.).

Среди лабораторных признаков в первую очередь обращают внимание на превышение уровня аспарагиновой трансаминазы (АСТ) над аланиновой (АЛТ). Отношение АСТ/АЛТ составляет 1,5/2. Характерным лабораторным признаком является повышение концентрации гаммаглутамилтранспептидазы (γ-ГТ). У лиц, употребляющих алкоголь более 50 г в день, может увеличиваться средний объем эритроцитов. При тяжелой алкогольной зависимости в печени формируется бедный углеводами трансферрин. Он также является маркером алкогольного повреждения и может определяться иммунологическим или электрофоретическим методами. Биопсию печени проводят для дифференциального диагноза с другими формами ее поражения, определения стадии патологического процесса и прогноза заболевания.

Основной принцип лечения АБП – воздержание от приема алкоголя. При воздержании от приема алкоголя на стадии стеатоза и гепатита возможно обратное развитие заболевания. Большое значение имеет питание. Оно должно быть полноценным, его калорийность составляет 25–35 ккал и 1,0–1,25 г белка на кг идеальной массы тела в день. Для пациентов с энцефалопатией количество белка ограничивается в зависимости от степени ее тяжести.

В настоящее время достигнут прогресс в понимании патогенеза алкогольного поражения печени, что привело к повышению эффективности профилактики и лечения этого заболевания. Наиболее успешны те лечебные направления, которые основаны на коррекции клеточных нарушений, возникающих в результате повреждения алкоголем. Свободные радикалы, генерируемые этанолом, атакуют и разрушают клеточные мембраны. Восстановить их можно посредством воздействия эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ) – фосфолипидных экстрактов высокой очистки, получаемых из бобов сои.

Терапевтическое действие эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале-Н) заключается в их способности влиять на текучесть мембран, что способствует активации обмена веществ в печени. ЭФЛ являются энергетически насыщенными структурными и функциональными элементами всех биологических мембран. Они имеют важное значение для дифференцировки, пролиферации и регенерации клеток, оказывают влияние на активность белков, связанных с мембранами (ферментов и рецепторов); способствуют трансмембранному транспорту различных соединений. ЭФЛ – аккумуляторы ненасыщенных жирных кислот, они содержат фосфат, необходимый для образования АТФ, действуют в качестве посредников при растворении жиров. Кроме того, ЭФЛ принимают участие в агрегации эритроцитов и тромбоцитов и модулируют иммунологические реакции на клеточном уровне.

Перспективное направление использования ЭФЛ основано на их способности предупреждать трансформацию стеллатных клеток в collagen – продуцирующие клетки и повышать активность collagenазы. Кроме того, они уменьшают степень окислительного стресса и способствуют разрушению collagena.

ЭФЛ нетоксичны и легко устаиваются при пероральном приеме. Их положительные фармакологические свойства доказаны в большом количестве клинических исследований.

Эссенциале-Н назначается внутривенно в дозе 500–1000 мг (2–4 ампулы) в сутки. Содержимое ампул предварительно разводят (желательно кровью пациента) в соотношении 1:1. Капсулы принимают по 600 мг (2 штуки) 3 раза в сутки во время еды, запивая небольшим количеством воды. Курс лечения составляет 3 месяца, при необходимости может быть продолжен или повторен.

Среди других препаратов, используемых в лечении АБП, необходимо упомянуть S-аденозилметионин. В организме S-аденозилметионин образуется из метионина с использованием АТФ при участии фермента S-аденозилметионинсинтазы. Данное соединение улучшает функцию гепатоцитов за счет увеличения текучести мембран через реакцию трансметилирования и повышает продукцию антиоксидантов (например, цистеина и глутатиона). В результате этих эффектов повышается элиминация свободных радикалов и других токсических метаболитов из гепатоцитов.

Единственным эффективным методом лечения терминальных стадий поражения печени, в том числе и АБП является трансплантация печени. В США среди всех пациентов, подвергающихся трансплантации печени в настоящее время, больные терминальной стадией АБП составляют приблизительно 27%. Инфекция вирусом гепатита С у них не оказывает принципиального влияния на выживаемость после трансплантации печени. По разным данным от 10% до 80% больных после трансплантации печени возвращаются к употреблению алкоголя.

Алкогольная болезнь печени – проблема не только здравоохранения, но и общества. Для ее решения необходимо внедрение медико-социальных государственных программ. Залогом успеха является лечение алкогольной зависимости, так как на любой стадии заболевания абстиненция приводит к улучшению его течения. К сожалению, на поздних стадиях АБП может прогрессировать даже при воздержании от приема алкоголя. Материальные затраты на лечение таких пациентов очень велики. В качестве примера можно привести следующие данные: в 1993 г. в США на лечение всех форм АБП израсходовано 2,5 миллиарда долларов, 60% из которых составили затраты на больных с циррозом печени. Поиск новых лекарственных веществ и лечебных схем для больных с АБП продолжается и является вполне оправданным.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИВ 52 У ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ХОЛЕЛИТИАЗУ

*Н. Н. Муравьева, зав. кафедрой педиатрии с курсом детских инфекций СПбГМА
им. И. И. Мечникова, Главный внештатный гастроэнтеролог детского возраста
Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, доцент*

При длительном катamnестическом наблюдении и клинико-биохимическом обследовании детей, перенесших вирусный гепатит, с наибольшей частотой среди хронической патологии ЖКТ нами выявлена дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП): в ближайшем катamnезе у 97,7%, через 1–2 года после вирусного гепатита, указанный диагноз имели 76,9% детей.

При ультразвуковом исследовании и по данным холецистографии в 45,8% случаев в данной группе больных определялся билиарный сладж и густая пристеночная желчь в желчном пузыре, указывающие на изменение литогенности желчи. В этой связи было проведено кристаллографическое исследование желчи, позволяющее выявить изменение ее коллоидных свойств.

Наибольший интерес представили сравнительные данные по изменению коллоидных свойств пузырной желчи у детей, получавших терапию препаратом Лив 52, и у детей контрольной группы, не получающих препарата.

Как следует из представленных данных, у детей получавших Лив 52, в 60% случаев пузырная желчь представляет собой однородную (изотонную) структуру без признаков кристаллообразования, и лишь в 30% случаев у больных этой группы к концу суток формируются дендритные структуры по типу «листьев папоротника».

У детей из группы риска по холелитиазу, не получавших Лив 52, твердые кристаллы

выявлялись в 6 раз чаще, по сравнению с основной группой, а недифференцируемая картина кристаллизации была установлена у 25% детей этой группы, что является дебютом камнеобразования (рис. 1).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высоком риске желчно-каменной болезни среди обследованных больных, перенесших ВГ и имеющих различную патологию желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, наше наблюдение отчетливо показывает эффективность превентивного действия препарата Лив 52 на процесс начального камнеобразования.

Установленный нами впервые механизм влияния растительного препарата Лив 52 на литогенность желчи, объясняет эффективность применения препарата при нарушениях процессов пищеварения на различных уровнях ЖКТ, и подтверждает, что Лив 52 имеет убедительный профилактический эффект при угрозе возникновения желчно-каменной болезни у детей.

В продолжение к сказанному, следует особо выделить результаты, полученные при глубоком изучении основных метаболических сдвигов у реконвалесцентов ВГ, угрожаемых по холелитиазу. Наиболее значимые данные о степени влияния препарата Лив 52 получены при исследовании метаболизма липидов: альфа-холестерина, бета-липопротеидов, триглицеридов.

Так, в группе больных, получавших препарат Лив 52, отмечалось достоверное снижение альфа-холестерина крови

($1,04 \pm 0,01$ ммоль/л, против $1,36 \pm 0,07$ ммоль/л в группе контроля). Одновременно в контрольной группе отмечался более высокий уровень бета-липопротеидов.

Установлено также достоверное увеличение уровня триглицеридов в сыворотке крови ($0,98 \pm 0,05$ ммоль/л) в группе детей, угрожаемых по образованию холестериновых желчных камней, но не получающих Лив 52 (контрольная группа). После проведения курса лечения препаратом Лив 52 в течение одного месяца данный показатель значительно снижался ($0,63 \pm 0,05$ ммоль/л, $p < 0,05$).

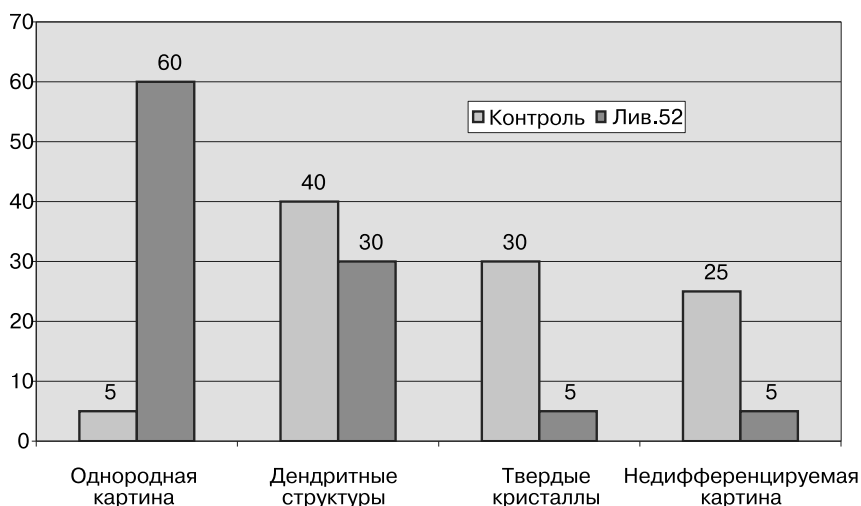
Полученные данные впервые установили возможность применения препарата Лив 52 у детей с дислипидемией, которая является серьезным фактором риска раннего возникновения желчно-каменной болезни на фоне выраженных нарушений моторики желчного пузыря у реконвалесцентов ВГ.

Из проведенных исследований следует, что с учетом значительной частоты формирования у реконвалесцентов ВГ хронической патологии органов пищеварения неинфекционной этиологии, дети данной группы риска по холелитиазу, должны наблюдаться не только врачом-инфекционистом, но и педиатром-гастроэнтерологом. Учитывая степень моторных нарушений со стороны желчного пузыря и риск возникновения холелитиаза, у детей реконвалесцентов ВГ, следует проводить исследование коллоидного состояния желчи, выявляя нарушения липидного обмена, определять другие значимые факторы развития холелитиаза.

В протоколы лечения больных, перенесших вирусный гепатит и имеющих хроническую патологию органов пищеварения, с целью профилактики формирования камнеобразования целесообразно включить превентивное применение препарата Лив 52.

Более подробную информацию о препарате Лив 52 можно получить у официального дистрибьютора «Хималая Драг Ко» в России: ЗАО «Трансатлантик Интернейшнл Пте.Лтд.» по тел.: 975-31-37, 975-01-77, 975-04-47

Рис. 1. Кристаллографическая картина желчи у реконвалесцентов ВГ (в%) на фоне лечения Лив 52



ФОСФОГЛИВ – НОВЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ВОССТАНАВЛЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПОВРЕЖДЕННЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

О. М. Ипатова, кандидат биологических наук, зав. научно-производственным отделом НИИ биомедицинской химии РАМН

Любые заболевания печени, независимо от этиологии, вызывают разрушения мембран гепатоцитов и потерю фосфолипидов – их основных структурных компонентов. **Фосфоглив** – новый лекарственный препарат, восстанавливающий функции поврежденных клеток печени за счет мембрано-стабилизирующего и противовирусного действия. Он содержит два активно действующих вещества – фосфатидилхолин и глицирризиновую кислоту, каждое из которых в отдельности уже доказали свою эффективность. Фосфатидилхолин восстанавливает поврежденные мембраны клеток, а глицирризиновая кислота обладает противовирусным действием.

Препарат содержит компоненты только растительного происхождения. Каждая капсула, весом 0,5 г, состоит из фосфолипида сои, содержащего 75–80% фосфатидилхолина, и соли глицирризиновой кислоты, одного из основных компонентов экстракта корня солодки.

Растительный фосфатидилхолин отличается высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот – линолевой и линоленовой. Это делает его более жидким, чем обычный мембранный фосфатидилхолин, что позволяет ему выполнять роль «мембранного клея», способного репарировать дефекты поврежденных клеточных мембран.

Экспериментально установлено включение полиненасыщенного фосфатидилхолина в мембраны клеток печени, прогрессирующее в течение 24 часов после его введения. Обогащенные фосфатидилхолином мембраны устойчивы к повреждающим воздействиям токсических агентов: этанола, четыреххлористого углерода, органических растворителей, рациона с высоким содержанием жира и др.

Глицирризиновая кислота, в свою очередь, обладая широким спектром биологической активности, эффективна в лечении заболеваний печени токсического и вирусного происхождения. Свое гепатопротекторное и противовирусное действие она реализует благодаря повышению фагоцитоза и активности естественных киллеров, способности продуцировать гамма-интерферон, сдерживает активность фосфопротеинкиназы С, вызывающей в условиях патологии иммунную дисрегуляцию. Она обладает антиоксидантным действием, ингибирует проникновение вируса в клетку за счет блокирования

углеводным фрагментом глицирризина рецепторных участков мембраны и увеличения продукции клеточных антигенов. В отличие от альфа-интерферона, ингибирующего позднюю стадию цикла репликации вируса, глицирризин активен на ранней его стадии.

В нескольких рандомизированных исследованиях, проведенных в Японии, в том числе «двойных слепых», показано снижение, под влиянием глицирризина, активности аминотрансфераз сыворотки крови и улучшение гистологии печени. Глицирризиновая терапия широко применяется в Японии у больных гепатитом С. Особенно она эффективна у больных, резистентных к интерферону.

Фосфоглив представляет собой препарат, содержащий интерферон-продуцирующий компонент (глицирризиновую кислоту) и «мембранный клей» (фосфатидилхолин) в одной капсуле, т. е. является препаратом, комбинирующим эффекты Эссенциале и Нео-Минофагена С. Таким образом, механизм его действия суммирует механизмы действия этих двух препаратов.

Отсутствие токсичности Фосфоглива доказано в экспериментах на острую и хроническую токсичность, мутагенность, канцерогенность и эмбриотоксичность. Эксперименты проводились в лаборатории профессора Е. В. Арзамасцева (НИИ экспериментальной кардиологии КНЦ МЗ РФ) в соответствии с требованиями ФГК РФ.

Лечение больных с острыми вирусными гепатитами А, С, микст-гепатитами В+С

38 больных с гепатитом А, 28 с гепатитом С и 30 с микст-гепатитом В+С, со средне-тяжелыми формами заболевания получали Фосфоглив на фоне обычной базисной терапии гепатитов. Состояние больных в процессе лечения оценивалось по биохимическим показателям и по динамике снижения клинических симптомов интоксикации.

У больных всеми формами гепатитов, получавших Фосфоглив, по сравнению с такими же больными, получавшими только базисную терапию, значительно раньше исчезали тошнота, слабость, анорексия, желтуха. В отличие от базисной терапии, при которой уровень билирубина, несмотря на некоторое первоначальное снижение, оставался все же повышенным, при приеме Фосфоглива продолжалась нормализация концентрации этого пигмента. К концу 10-дневного курса лечения уровень билирубина у больных, получавших Фосфоглив, оказался в среднем в 2 раза ниже, чем толь-

ко при базисной терапии, что указывает на более интенсивное восстановление функции печени.

Действие Фосфоглива при хирургическом лечении больных с хроническим калькулезным холециститом

38 больных с хроническим калькулезным холециститом, подготовленные к плановой операции холецистэктомии, получали Фосфоглив за 5 дней до проведения операции и затем еще 5 дней в послеоперационном периоде. Эффект Фосфоглива у таких больных наиболее отчетливо проявился при анализе аспарагин- и аланин-аминотрансфераз – маркерных диагностических ферментов печени. Сразу после операции активность обоих ферментов возросла у всех больных. Результаты действия Фосфоглива проявились в первые 5 дней после операции. Если в контрольной группе активности ферментов оставались на прежнем уровне или даже возрастали, то у больных, получавших Фосфоглив, активность снижалась до исходного уровня.

Действие Фосфоглива при купировании алкогольного абстинентного синдрома

24 больных алкоголизмом, со сформированным алкогольным абстинентным синдромом, получали Фосфоглив – 1,5 г/сутки в течение 7 дней.

Если при обычной дезинтоксикационной терапии симптомы интоксикации (гипергидроз, тошнота и др.) проходили в среднем через 4–5 дней, то при лечении Фосфогликом большая часть их исчезала на 2-й день, за исключением слабости и вялости, проходившей к 4-му дню – также на 2 дня раньше, чем без Фосфоглива.

Динамика снижения гипергидроза (отечности) под влиянием Фосфоглива (оцененная в баллах) показывает, что снижение данного вегето-соматического расстройства идет более интенсивно у больных, получавших Фосфоглив.

Препарат Фосфоглив разработан в НИИ биомедицинской химии РАМН. Учитывая социальную значимость этой работы, распоряжением мэра Москвы Ю. М. Лужкова институту выделены средства для расширения производства капсулированной и организации производства инъекционной форм этого препарата.

Более подробную информацию о новинке можно получить в научно-производственном отделе института по тел.: 246 9491, о возможности приобретения по тел.: 107 6673.

МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. С. Ермолов, Л. Г. Харитонов, С. А. Клычев, 2-я кафедра хирургии РМАПО

За последние годы изменился характер язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, изменились больные и, естественно, изменилась сама хирургия дуоденальной язвы.

Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, целенаправленное лечение в гастроэнтерологических стационарах, убедительных данных, подтверждающих уменьшение числа больных с язвой двенадцатиперстной кишки, нет. С другой стороны, в последние 8–10 лет, наметилась явная тенденция к уменьшению числа плановых оперативных вмешательств по поводу дуоденальной язвы (по нашим наблюдениям эти операции стали проводиться в два раза реже).

Уменьшение числа операции следует объяснить появлением новых противоязвенных лекарственных препаратов, которые убедительно показали свою эффективность. Это: блокаторы H-2 рецепторов гистамина, современные антациды (адсорбирующие, обволакивающие), регуляторы моторики желудка, спазмолитики. Особое место занимают антимикробные препараты, препятствующие агрессивному разрушительному действию на слизистую оболочку *Helicobacter pylori*. Этой инфекции в последнее время придается не менее важное значение в причине язвообразования, чем кислотному фактору и моторике желудка.

Таким образом, успехи консервативной терапии привели к тому, что в последние годы, как правило, оперируются больные с длительным язвенным анамнезом, после неоднократно проведенных курсов медикаментозной терапии, с повторными обострениями и рецидивами, т. е. с запущенными стадиями заболевания. Чаще – это больные «гиперсекреторы» с медикаментозно упорными формами болезни.

В этих условиях хирурги сталкиваются на операционном столе с осложненными язвами, нередко с калезными краями, захватывающими в воспалительный процесс соседние ткани, стенози-

рующие, низко расположенные или пенетрирующие язвы.

Дуоденальная культи давно считается «ахиллесовой пятой» (Финстерер) и «слабым пунктом» (С. П. Федоров) резекции желудка по Бильрот-2. В современных условиях, когда оперируются, в основном, больные с осложненными язвами, попытка удаления таких язв сопряжена с большими техническими трудностями обработки культи двенадцатиперстной кишки. С другой стороны, «операция на выключение» к которой вынуждены в таких ситуациях прибегать хирурги, таит в себе опасность рецидива заболевания.

Поэтому поиск метода «трудно ушиваемой дуоденальной культи» продолжается и, с учетом особенностей сегодняшнего контингента больных, данная разработка с исследованием функциональных особенностей оперированного желудка соответствует современным требованиям хирургии дуоденальных язв.

Техника операции. Верхнесрединная лапаротомия с двухсторонней стволовой вагорезекцией. Гистологическое исследование удаленных кусочков блуждающих нервов подтвердит, что был резецирован именно нерв.

Важным моментом данной методики является принятие хирургом решения о резекции «на выключение язвы». Это решение обязательно должно быть принято до мобилизации пилороантрального отдела. Низкое расположение язвы, наличие рубцово-язвенного инфильтрата в области двенадцатиперстной кишки, пенетрация язвы в соседние органы являлись показанием к выполнению стволовой вагорезекции с экономной резекцией желудка.

На 5–6 см оральнее привратника циркулярно рассекается серозно-мышечный слой и отделяется от слизистой оболочки до начального отдела двенадцатиперстной кишки. Выделенная слизистая оболочка удаляется (резецируется), т. к. именно там находятся гастрин-продуцирующие «G-клетки» – источник рецидива язвы. Слизистая двенадцатипер-

стной кишки ушивается непрерывным швом. Культи закрывается дубликатурой серозно-мышечной манжетки. Мы ни разу не наблюдали какого-либо выраженного кровотечения или недостаточности кровоснабжения серозно-мышечной манжетки. Стволы правой желудочной и желудочно-сальниковой артерии на участке до 4 см оральнее привратника сохраняются.

Затем проводится экономная резекция желудка с формированием гастроэнтероанастомоза на короткой петле по общепринятой методике. Операция заканчивается подведением дренажной трубки к культе двенадцатиперстной кишки.

Подобные операции были выполнены у 46 больных. В основном, это были мужчины (37 человек) в возрасте от 25 до 72 лет. Изучая результаты вмешательств со сроками наблюдения до 8 лет после операции, можно констатировать, что ни у одного из них не было отмечено несостоятельности швов дуоденальной культи или рецидива язвенной болезни. Помимо традиционных методов исследования в различные сроки после операции у части больных был проведен pH-метрический контроль резецированного желудка, в том числе и суточный мониторинг кислотопродукции с употреблением стимулирующих секрецию факторов. У ряда больных через 6 лет после операции удалось эндоскопически, через приводящую петлю гастроэнтероанастомоза, изучить состояние атипично ушитой культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка «на выключение».

Таким образом, разработанная методика ушивания культи двенадцатиперстной кишки с резекцией желудка «на выключение» и двухсторонней ваготомией является надежным способом хирургического лечения больных с осложненными дуоденальными язвами. Эта методика отвечает современным требованиям хирургии дуоденальных язв и может быть рекомендована для практического применения.

ЛЕЧЕНИЕ РИНИТА – ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Л. А. Горячкина, профессор кафедры клинической аллергологии РМАПО

Осень – не самая лучшая пора для нашего здоровья. Кашель, насморк – самые распространенные недуги. К врачам с такими пустяками, как правило, не обращаются и, если нет температуры – человек идет на работу, но чувствует себя отвратительно. Всю ночь приходится сражаться с заложенностью носа: капли, которые раньше помогали – теперь не помогают, домашние средства тоже не дают результата. И так повторяется каждую осень. Человеку впору задуматься – что это у меня за насморк такой привязчивый? Но преодолеть привычный стереотип – насморк, мол, пустяк – многим не удается.

Аллергический ринит – серьезное заболевание, которому, к сожалению, не уделяется достойного внимания. Между тем, 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. Даже в экологически благоприятных регионах аллергенные свойства внешней среды резко увеличиваются. Ко многому из того, что нас окружает – новые материалы, лаки, краски, моющие средства, парфюмерия, косметика, инсектициды – человеческий организм не может быстро адаптироваться. Не зря раньше говорили: «Щи да каша – пища наша». А сейчас характер питания изменился, век высокой информации, век стрессов, а все это очень располагает к проявлениям аллергии. Поэтому жители больших городов стали болеть довольно тяжело. Растет число больных бронхиальной астмой. 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 ринитом и астмой. 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 (гистамин, лейкотриены, простагландины, фактор активации тромбоцитов), что и при возникновении бронхиальной астмы. Некогда существовал термин «пред-астма». Исходя из современных знаний – это аллергический ринит с бронхиальной гиперреактивностью.

Таким образом, лечение ринита сегодня необходимо рассматривать как реальный путь профилактики бронхиальной астмы. Грамотное лечение таких больных должно стать обязательным.

Часто все начинается с банального насморка, который люди пытаются лечить самостоятельно. Покупают в аптеке без рецепта галазолин, нафтизин или что-то подобное и капают месяцами, хотя пользоваться этими средствами более пяти-семи дней не разрешается. В результате у них так сильно меняется слизистая оболочка носа, что даже последующая терапия самыми мощными противоаллергическими препаратами часто оказывается недостаточно эффективной.

Если у больного доминируют такие симптомы как безудержное чихание по утрам, водянистые выделения из носа, легкая заложенность носа – все это должно насторожить на предмет возможной аллергии. У детей описаны свои симптомы: у них не просто чихание, а зуд в носу – они кончик то и дело потирают – синдром «аллергического салюта».

При осмотре пациента врач должен обратить внимание на сухость носовой кожи, покраснение от бесконечной течи из носа. Ну а если анамнез показывает, что подобные симптомы бывают у пациента регулярно в определенных ситуациях, надо заподозрить аллергию.

Аллерголог подходит к такому насморку очень дифференцированно: если ринит легкий, мы назначаем антигистаминные препараты. Если средне-тяжелый – эти препараты изначально назначать бессмысленно, здесь лучше подходят топические глюкокортикостероиды. Если ринит тяжелый, то то-

пических стероидов бывает недостаточно, поэтому добавляют антигистаминные препараты, которые усиливают антигистаминный эффект стероидов.

Максимальный эффект дает назначение стероидов, специально созданных для местного применения. Одно из таких средств – препарат для интраназального применения **Фликсоназе**. Учитывая низкий процент общей биодоступности (менее 2%) 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.

Для лечения аллергического ринита могут быть использованы неседативные антигистаминные препараты (Кларитин, Телфаст и др.) Среди большого спектра этих средств стоит выделить **Семпрекс** (акривастин). Это препарат не имеющий побочных эффектов, свойственный классическим антигистаминным средствам первого и второго поколения. У него оригинальная лекарственная форма – сегодня это единственный препарат в желатиновых капсулах, которые позволяют моментально всасываться и оказывать быстрый эффект. В случае острых аллергических реакций 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, но, 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.



Татьяна Свайкина – гастроэнтеролог и эндоскопист поликлиники №51 ЦАО. Коренная москвичка, потомственный врач. Стихи начала писать недавно, публикуется впервые.

Новогоднее

Падает снежок искристый,
Тихо на землю ложится.
Очень нежный, белый, чистый
Нам он будет долго сниться...
Замирает вся природа,
Ждёт она, наверно, чуда,
Как всегда пред Новым годом,
Что приходит ниоткуда.
Собирайся на прогулку,
Что сидеть в квартире душной?
Вдаль пойдём по переулку,
Вместе нам не будет скучно!
Зашагаем мы по парку,
По заснеженным тропинкам,
Станет весело и жарко
Нам с морозом-невидимкой.
Отойдя от дел суетных,
Будем ближе мы к природе,
И, сердца наполнив светом,
Не сдадимся непогоде!

У каждого свое предназначение...

У каждого своё
предназначение,
Его исполним мы мгновенье за
мгновеньем.
Стремись не делать людям
ничего худого,
Ведь зло к тебе вернуться
может снова.
Пусть в мире торжествует лишь
добро –
Тогда и в душах будет чисто и
светло!

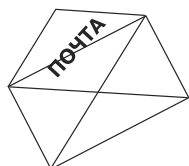
Ночь прекрасна! Никто не
боится
Погулять по тропе в час
ночной,
И туман нежный-нежный
струится
Незаметно над тихой рекой.
Ночь волшебна! Земля
почивает,
Мир и лад окружают наш дом.
Только бабочка-совка, взлетая,
Зашуршит осторожно крылом.
И цветы распускаются ночью,
Аромат их влечет и томит.
Как увидеть все это воочью?
Выйдем в сад, он, наверно, не
спит.
Лик Луны светит ярче и ярче,
Звёзд мерцает загадочный свет.
Мы с тобой заберёмся подальше
И добудем фиалок букет.

Александр Стволин

Стихи, посвященные врачам больницы № 47

Открыт пупок – снят
лейкопластырь,
Я на кровати копошусь.
Не нужен мне теперь уж
пастырь –
Я сам сижу, стихи пишу.
И большинство из этих баек
Про мой больничный быт и
строй.

Должно быть я, ребята, стоек,
А боль была – хоть волком вой.
Но все баталии свершились:
Хирург разрезал и зашил.
Врачи на славу потрудились –
Равшан и Серж – я не забыл.
Я в ножки кланяюсь врачам,
Я жив и благодарен ВАМ!!!



Деликатность, отзывчивость, профессионализм

Бывают случаи, когда к врачу обращаться не только страшно, но и стыдно, неловко. Это в полной мере относится к врачам проктологам. Перед ними больной как-то особенно незащищен. И поэтому очень хотелось бы, чтоб на этом месте был человек деликатный и отзывчивый. И мне повезло. Именно с таким доктором мне посчастливилось встретиться в 17 проктологическом отделении городской клинической больницы № 15.

Пикантность ситуации состояла еще и в том, что я тоже врач, правда, работаю совсем в другой области. Но когда дело касается себя самого, все медицинские знания уходят на задний план, не приносят тебе пользы, и ты становишься даже более уязвимым, чем не сведующие в медицине люди. Ты прислушиваешься к интонации лечащего врача, ловишь каждое его слово, каждый устремленный на тебя взгляд.

Людмила Владимировна Стригунова, врач-проктолог высшей категории, именно такой добрый волшебник. Трудно передать словами, как я благодарна ей за мастерство, ласку и заботу. Думаю, ко мне присоединятся и все больные, которых она лечила. Такому врачу хочется подражать и в главном и в мелочах.

Еще раз спасибо ей и всему коллективу отделения № 17, возглавляемого В. А. Шмаковым.

Татьяна Нефедова

**Межрегиональная научно-практическая конференция
«Профессиональные сообщества
врачей в современном гражданском
обществе»**

Москва, 19–20 апреля 2002

Организатор Конференции: Межрегиональная Коллегия Врачей

Программа

Круглый стол «Профессиональные сообщества врачей в современном гражданском обществе». Среди вопросов, которые выносятся на обсуждение: роль профессиональных врачебных организаций в современном гражданском обществе; защита профессиональных прав врачей; возможности профессиональных сообществ врачей в противодействии распространению антинаучных и опасных направлений так называемого «целительства»; этика при оказании платных медицинских услуг; добросовестная конкуренция на рынке медицинских услуг.

Научная программа: Секционные заседания по междисциплинарным проблемам современной медицины. Предварительно заявлены секции: 1) *Депрессия в общемедицинской практике и медицине катастроф*; 2) *Инфекции, передающиеся половым путем и заразные дерматозы как междисциплинарная проблема*.

Сателлитная программа: Выставка современной медицинской техники, лекарств, изделий медицинского назначения, профессиональной литературы.

К участию в конференции приглашаются практические врачи, студенты медицинских вузов, руководители и сотрудники медицинских (лечебно-профилактических) организаций и профессиональных врачебных сообществ, преподаватели и научные сотрудники научно-исследовательских и учебных институтов. Заявки принимаются до 1 апреля 2002 года.

Оргкомитет Конференции:

<http://webcenter.ru/~arzt>

тел.: (095) 209 94 26; факс: (095) 209 92 36 e-mail: arzt@online.ru

Исполнительный директор Ирина Константиновна Чобану тел. 257 28 22

ПОД ПАТРОНАТОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
РЯДА СУБЪЕКТОВ РФ И ПОДДЕРЖКЕ РЯДА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ

**II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДИСТРИБУЦИЯ И АПТЕКА 2002**

МОСКВА, ГК "ИЗМАЙЛОВО" • 19 - 20 ФЕВРАЛЯ 2002 г.

В ПРОГРАММЕ

Проблемы и перспективы оптовой торговли лекарственными средствами.
Региональная политика и филиалы

Производители и дистрибуция.
От производства - к продажам: создание фармацевтических холдингов

Международные стандарты и отечественная дистрибуция

Логистика как эффективный метод ведения бизнеса

Оптимизация процессов товародвижения, транспортных, информационных и финансовых потоков.
Логистика в системе дистрибуции лекарственных средств

Аптечный сектор России - состояние и перспективы развития

Дистрибуция и аптека - диалектика сотрудничества.
Опыт взаимодействия дистрибьютора, аптечного сектора и ЛПУ

**В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ
ПЛАНИРУЕТСЯ ПРОВЕСТИ**

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ.

"КРУГЛЫЕ СТОЛЫ":

- Организация логистики на предприятии.
- Современная аптека: организация, анализ, учет, налогообложение.
- Опыт московского региона в сфере лекарственного обращения.
- Биологически активные добавки и их роль в аптечном ассортименте.

**В ПЕРИОД РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ
ОРГАНИЗУЕТСЯ ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ**

ОРГАНИЗАТОРЫ 

Компания "Профессионал-Центр"

и журнал "Экономический вестник фармации"

тел./факс: (095) 361-99-84/ 99-85
361-99-86/ 98-08/ 90-27/ 94-44
<http://www.webmed.ru>
e-mail: conf@webmed.ru

**ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВЫСТАВОК И
НАУЧНЫХ ФОРУМОВ НА 2002 ГОД**



КАРДИОЛОГИЯ-2002

22.01-25.01

СТОМАТОЛОГИЯ-2002

05.02-08.02

РесСпоМед-2002

11.03-14.03

РАДИОЛОГИЯ-2002

16.04-19.04

**ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ
МАТЕРИ И РЕБЕНКА-2002**

21.05-24.05

ЛаборДиагностика-2002

28.05-31.05

ХИРУРГИЯ-2002

04.06-07.06

СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2002

01.10-04.10

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2002

02.12-06.12

ФИРМА "МОРАГ Экспо"
совместно с Российской академией
медицинских наук



☎: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212
E-mail: morag@morag.ru <http://www.morag.ru>

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

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

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пuls»

© Газета «Больница»

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНТИ: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403; тел.: 554 2186
Подписано в печать 20.12.2001 г. Объем 2 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ №

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**