

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

ГИППОКРАТ

газета
для здоровых
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

Пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Июнь 2018 № 6 (174)

ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ

Главный редактор

В. Н. ЗАПОРОЖАН,
академик НАМН Украины, ректор университета

Редакционная коллегия:

к. мед. н. Л. И. ДАНИЛЬЧЕНКО, проф. А. В. ЗУБА-РЕНКО, проф. А. А. ЗЕЛИНСКИЙ, д. мед. н. М. А. КАШТАЛЬЯН, чл.-корр. НАМН Украины В. И. КРЕСЮН, проф. А. С. СОН, проф. С. А. ШНАЙДЕР, доц. В. А. ШТАНЬКО

В НОМЕРЕ:

- **С Днем медицинского работника!** *стр. 1*
- **Курс на раннюю диагностику и лечение** *стр. 2*
- **Лень или прокрастинация** *стр. 4*
- **Аллергический ринит** *стр. 6*
- **Это интересно!** *стр. 8*

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Этот праздник — символ признания общественной значимости труда и заслуг врачей, медицинских сестер, фельдшеров, санитарок, фармацевтов, провизоров и множества людей других профессий, работающих в нашей отрасли.

Здоровье людей во все времена было самым большим капиталом, основой полноценной жизни. Неслучайно одно из главных пожеланий, которые люди дарят друг другу, — это пожелание здравствовать. А воплощение этого пожелания в жизнь лежит на плечах медицинских работников, к славному сообществу которых мы с вами принадлежим и чьи самоотверженность, природное чутье, пронзительный взгляд и верные решения творят порой чудеса.



Наш символ — белый халат. И пусть он всегда будет белоснежен и чист. Пусть в ваших сердцах живет любовь и чувство сопричастности к величайшему делу на земле: рождению и сохранению жизни!

И, конечно же, здоровья, благополучия вам и вашему близким, мира и спокойствия! Пусть счастье и радость остаются вашими постоянными спутниками!

Ваш Валерий Запорожан

**17 ИЮНЯ — ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА
С ПРАЗДНИКОМ, КОЛЛЕГИ!**

КУРС НА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ

В Украине зарегистрировано более 4,6 миллионов больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Благодаря ректору ОНМедУ академику В. Н. Запорожану, инициирующему восстановление университетских клиник, в ревматологическом отделении Университетской клиники продолжают внедряться самые современные методы диагностики и лечения ревматических болезней. Так, в 2016 г. Университетская клиника была оснащена рентгенологическим остеоденситометром экспертного класса последнего поколения Lunar Prodigy PRIMO фирмы “General Electric Healthcare Technologies” (США), предназначенного для диагностики системного остеопороза и остеопении.

В группу ревматических болезней входят около 120 заболеваний, в основе которых лежит поражение соединительной ткани. Самыми значимыми в этой группе являются ревматизм, артропатии и дорсопатии (ревматоидный артрит и серонегативные спондилоартропатии, микрокристаллические артриты, остеоартроз), диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматополимиозит, склеродермия и др.), системные васкулиты, нетравматические артро- и дорсопатии.

Эта группа состоит из разных болезней, часто не похожих друг на друга, которые объединены главным признаком — поражением соединительной ткани. Соединительная ткань является основой всего организма и всех органов, поэтому при ревматических болезнях, как правило, поражаются все органы и системы человека. Оболочки органов, связки, сухожилия, стенки кровеносных сосудов и сама кровь, клапаны сердца и вен, стенки дыхательных путей, кишечника, мочевыводящих путей — все это соединительная ткань, т. е. она выступает в роли каркаса, и так

сказать, «обертки», «упаковки» органов. Но этим функции соединительной ткани не ограничиваются. Если представить схематично, это не просто каркас, к которому прикреплены ткани органов. Соединительная ткань выполняет еще и роль «коммуникационной системы», участвуя в обмене веществ, обмене химическими «сигналами» между клетками. Кроме этого, компоненты соединительной ткани выполняют барьерную и защитную функции.

Именно такое анатомическое и функциональное положение соединительной ткани определяют мультисистемные поражения при ее повреждении. Поэтому для этой группы болезней характерно поражение многих органов и систем, а наиболее частым симптомом является поражение суставов. Подавляющая часть ревматических болезней является хронической. Причина большинства ревматических болезней не известна. Более изучены механизмы развития ревматических болезней.

В основе ревматических заболеваний лежит хроническое воспаление, часто иммунное, приводящее к

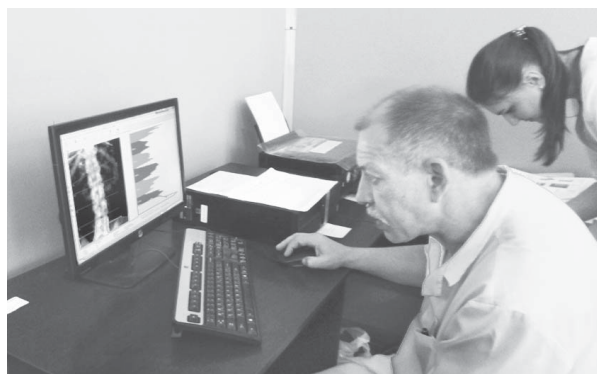
нарушению структуры и функции соединительной ткани, а вместе с ней и тканей органа, часто сопровождающееся воспалением сосудов с нарушением кровообращения и соответственно обмена веществами между кровью и органом. Воспаление любого происхождения носит общие черты: отек, нарушение сосудистой проницаемости, боль, нарушение функции. Иммунное воспаление вызвано появлением веществ, повреждающих собственные ткани организма в результате сбоя в так называемой иммунологической толерантности, при этом иммунная система воспринимает собственные ткани как чужеродные.

Многие ревматические болезни в результате длительного повреждения организма приводят к инвалидности, а некоторые представляют серьезную опасность для жизни.

Ревматические болезни, занимающая третье место по распространенности, являются ведущей причиной временной и стойкой утраты трудоспособности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ревматические заболевания регистрируются у 16–20 % населения. Они являются причиной временной утраты трудоспособности в 30 % случаев и в 10 % — инвалидности. При этом стойкая утрата трудоспособности наступает в молодом и среднем (трудоспособном) возрасте. Пик инвалидности вследствие заболеваний костно-мышечной системы приходится на возраст 35–55 лет.



Обследование пациента на рентгенологическом остеоденситометре



Сотрудники за обработкой данных

В Украине зарегистрировано более 4,6 миллионов больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Наиболее распространенным дегенеративным заболеванием суставов является остеоартрит, регистрирующийся у 50 % людей старше 45 лет и 70 % людей старше 65 лет.

Среди воспалительных заболеваний суставов преобладает ревматоидный артрит — 0,4–1 % в популяции.

Объединяющей чертой ревматических заболеваний, как уже было сказано выше, является воспаление с поражением соединительной ткани. Соответственно, кроме общих клинических проявлений их объединяют общие лабораторные показатели воспаления и характерные групповые и нозологические (свойственные определенному заболеванию) иммунологические показатели, что важно для диагностики и определения стратегии и тактики лечения.

Возможности диагностики и лечения ревматических болезней за последние 10–15 лет существенно возросли. Современные методы диагностики доступны и в нашем отделении. Мы можем определять специфические генетические маркеры ревматических болезней. Например, характерные для группы серонегативных спондилоартропатий, куда относится, в частности, болезнь Бехтерева, антиген HLA-B27. Проводится определение специфических антител для диагностики диффузных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов, таких, например, как системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый полиартериит, а также воспалительных заболеваний суставов, таких как ревматоидный артрит.

Точная диагностика, в том числе лабораторная и морфологическая (изучение биопсийного материала — участка ткани пациента, взятого для микроскопического исследования), — это основа лечения. А самое важное, ранняя диагностика — основа раннего лечения, дающего возможность достижения полной ремиссии как главной цели терапии ревматических болезней.

Лечение ревматических заболеваний направлено на сохранение жизни (при тяжелом течении), замедление прогрессирования болезни, сохранение функции и недопущение инвалидизации, сохранение и повышение качества жизни.

Идеальным способом лечения большинства ревматических болезней было бы удаление из организма клеток, производящих антитела, которые вызывают иммунное воспа-

ние. Однако таких возможностей современная медицина пока не имеет.

Стратегия терапии на современном этапе основывается на блокировании производства веществ, вызывающих воспаление, блокировании самих этих веществ, блокировании рецепторов к веществам, вызывающим воспаление или блокировании размножения клеток, производящих вещества воспаления.

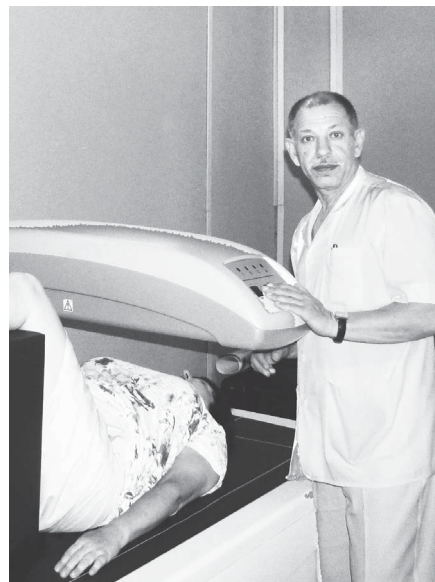
Основой лечения является применение препаратов, тормозящих патологические механизмы воспаления — нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидных гормонов. Чаще всего их используют не для длительного лечения, а для подавления активного воспаления. Эти лекарства относят к классу быстродействующих противовоспалительных агентов, хорошо влияющих на подавление симптомов болезни.

Параллельно с ними используются медленно действующие противовоспалительные препараты или болезньюмодифицирующие. Они замедляют прогрессирование болезни. Эти препараты относятся, как правило, к классу цитостатических иммуносупрессантов, т. е. лекарств, подавляющих размножение и функцию клеток, производящих антитела и вещества, вызывающие воспаление.

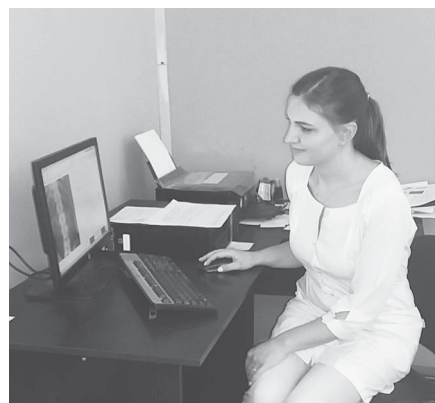
К этому классу относится и новая группа лекарств, называемых препаратами биологической терапии. Они представляют собой антитела или биологические молекулы, блокирующие вещества, вызывающие воспаление, или рецепторы этих веществ, или клетки, эти вещества продуцирующие. Соответственно, их роль состоит в блокаде действия основных участников воспаления.

Последний класс — самый эффективный для лечения ревматических болезней — используется при неэффективности синтетических базисных препаратов либо при противопоказаниях к их использованию. Эти препараты позволяют добиться длительной ремиссии, т. е. состояния, когда патологический процесс, а соответственно и симптоматика, подавлен или выражен минимально, что приводит к значительному замедлению прогрессирования болезни, защите от повреждения органов и систем, сохранению их функции.

При некоторых заболеваниях возможно удалять из организма с помощью экстракорпоральных методов часть плазмы крови, содержащую патологические белки, в том числе антитела. Это методы плазмафереза, гемо- и лимфосорбции, иммуносорбции.



В. В. Клочко, к. мед. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии



Клиноординатор Е. С. Чернышова

Повторюсь, что все современные диагностические и лечебные мероприятия применяются при лечении больных в ревматологическом отделении Университетской клиники ОНМедУ (ул. Пастера, 9). В отделении работают врачи-ревматологи высшей квалификационной категории, консультируют больных доценты кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии ОНМедУ во главе с заведующей кафедрой, заслуженным деятелем науки и техники Украины, доктором медицинских наук, профессором Еленой Александровной Якименко. На базе консультативно-диагностического поликлинического отделения клиники ОНМедУ функционирует городской консультативный ревматологический центр. Консультации проводят сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии ОНМедУ.

В. В. КЛОЧКО,
к. мед. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии

Традиционно лень расценивается как порок, поскольку считается, что ленивый человек является нахлебником общества. Но в последние десятилетия появилась и другая точка зрения: лень способствует развитию прогресса, если бы не тяга к отдыху, то не придумали бы стиральную машину, пылесос и другие комфортные вещи. А что думают о лени психологи?

делать что-то долго, что неинтересно, обязательно одолеет лень.

Следующая причина лени — это страх. Страх, что не удастся это сделать, что вследствие потра-

ЛЕНЬ ИЛИ ПРОКРАСТИНАЦИЯ

Человеку свойственно лениться. Хотя однажды каждый испытывал гнетущее чувство, когда есть острая необходимость завершить работу или начать новый проект, но что-то внутри противится этому. И доводы разума перестают оказывать волшебное воздействие. Каждому приходилось испытывать угрызения совести. Однако лень — это сигнал психики о том, что что-то пошло не так. Поэтому просто необходимо разобраться в происхождении этого психологического явления, чтобы жить в согласии с собой.

Лень — это недостаток трудолюбия, отсутствие готовности заняться чем-либо, выявлять хоть малейшие усилия к действию. С позиции науки, лень выступает в контексте волевой сферы индивида, воспринимается как ее отрицательное качество: отсутствие активности, мотивации, нежелание достигать целей, желание отдыхать и иметь на отдых время. В сопоставление волевым характеристикам человека существует безволие, к нему принадлежит понятие лень.

Психология понятие «лень» трактует не как заболевание или нездоровое состояние, а как симптом, сигнал о проблеме, это конфликт между желанием человека и его долгом, необходимостью делать.

Причины лени психология рассматривает в нескольких направлениях: жизненные условия, в каких оказался человек, индивидуальные особенности нервной системы индивида, воспитание и адаптация человека в социуме. Среди наиболее распространенных причин возникновения лени выделяют следующие: физическая усталость,



когда человек устал физически, эмоционально, интеллектуально. Если баланс между отдыхом и работой нарушен, у индивида истощаются внутренние силы и пропадает желание заниматься чем-либо. Тело и нервная система отказываются дальше работать в таком режиме и сигнализируют о потребности отдыха, проявляясь через лень.

Вторая проблема, симптомом которой является состояние лени, — это потеря интереса или отсутствие таковой вообще к той работе, что делает человек или должен делать. Цель не вдохновляет, отсутствие мотивации, несоответствие ценностям и интересам, что значимы на данное время, ощущение бесполезности своего труда. Несответствие между «хочу» и «должен» — это внутриличностный конфликт. Человек делает то, что ему не представляется нужным. Если заставить себя действовать, то, естественно, будет возникать сопротивление, скорее всего неосознанное. Если принуждать себя

ценной энергии, денег, приложенных каких-то усилий, человек не получит того, что необходимо. Так лень исполняет защитную функцию от тех действий, которые человек боится делать, и какие пересекаются с неким дискомфортом для него. Этот страх он может и не осознавать, ему просто будет лень это делать.

Еще причина лени — гомеостаз. Наш организм стремится к сохранности того состояния, которое привычно для него. Организм сыт, ему ничего не угрожает, комфортно — незачем проявлять какие-то усилия, чтобы делать новое для себя...

Также причинами могут быть присутствие неврологических или психических заболеваний, проблемы поведения в детстве, эмоциональные травмы, детство и взросление без забот, без права самостоятельного выбора.

Любое столкновение с ленью подразумевает приложение усилий. Куда эти усилия нужно прикладывать обуславливается тем,

что прячется за симптомом. Все равно усилия придется прикладывать, само это состояние не пропадает. Отсутствие лени — это об отсутствии нежелания действовать, решать, двигаться.

Есть три варианта не лениться: когда присутствует вдохновение, а если дело не вдохновляет, то человек понимает, как себя заинтересовать; когда индивид имеет возможность себя побудить это делать; смириться с ситуацией, перестать себя критиковать за свою лень.

В целом симптомы лени свидетельствуют об отсутствии понимания и представления, что индивид в реальности желает в своей жизни. Человек, осознающий, чего хочет, с ленью справляется легко...

Но существует другое, более коварное явление, название которому прокрастинация. Оно гораздо сложнее по своей природе, его труднее выявить и существенно тяжелее искоренить. Но все поправимо, если иметь целостное представление о проблеме и твердое желание ее победить.

Прокрастинация — склонность к постоянному откладыванию дел, закрепленная на уровне привычки. В отличие от лени, где человек не выполняет дело и не беспокоится по этому поводу, при прокрастинации наблюдается серьезная обеспокоенность сложившейся ситуацией, которая чаще всего переходит в стресс. Этот термин уместен, когда откладывание сопровождается эмоциональным дискомфортом разной интенсивности. Главная проблема в том, что даже, несмотря на все переживания, важные дела под давлением самооправдания уступают место незначительным и комфортным задачам, в результате чего стресс и самобичевание обретают новую силу.

Прокрастинация проявляется в том, что человек, осознавая необходимость выполнения вполне конкретных важных дел, игнорирует эту необходимость и отвлекает своё внимание на бытовые мелочи или развлечения.

Прокрастинация отличается от лени тем, что в случае лени субъект не хочет ничего делать и не беспокоится по этому поводу, а в состоянии прокрастинации он осознаёт

важность и срочность работы, но не делает её, возможно, находя те или иные самооправдания. От отдыха прокрастинацию отличает то, что при отдыхе человек восполняет запасы энергии, а при прокрастинации — теряет.

В той или иной мере это состояние знакомо большинству людей и до определённого уровня считается нормальным. Прокрастинация становится проблемой, когда превращается в обычное «рабочее» состояние, в котором человек проводит большую часть времени. Такой человек откладывает всё важное «на потом», а когда оказывается, что все сроки уже прошли, либо просто отказывается от запланированного, либо пытается сделать всё отложенное «рывком», за нереально короткий промежуток времени. В результате дела не выполняются или выполняются некачественно, с опозданием и не в полном объёме, что приводит к соответствующим отрицательным эффектам в виде неприятностей, упущенных возможностей, недовольства окружающих из-за невыполнения обязательств. Следствием этого может быть стресс, чувство вины, потеря продуктивности. Комбинация этих чувств и перерасхода сил может спровоцировать дальнейшую прокрастинацию.

Сегодня наиболее популярны шесть теорий о причинах возникновения, развития и укоренения прокрастинации.

Низкая самооценка. Сторонники данного взгляда считают, что прокрастинация является следствием неуверенности в себе, своих силах и в ценности той работы, которую предстоит выполнить.

Перфекционизм. Одна из наиболее ярких причин прокрастинации, которая заключается в одержимости идеей совершенного результата с одной стороны, и страхом того, что результат может быть несовершенным — с другой.

Самоограничение. Интересная точка зрения, согласно которой прокрастинатор сознательно ограничивает себя из-за страха выделиться и стать лучше других в своём деле.

Непокорность. Согласно данной теории, некоторых людей критически не удовлетворяет факт на-



личия социальной роли, разного рода требований или условий.

Теория временной мотивации. Наиболее обоснованная теория, согласно которой человек в своей деятельности постоянно оценивает субъективную ценность работы.

Нацеленность на процесс. В данном случае прокрастинатор получает удовлетворение от рабочего процесса, а не от конечного результата.

Блага цивилизации, такие как повсеместный интернет и тотальный комфорт, на самом деле несут не только добро, но и зло. Да, наша жизнь во многом становится лучше, приятнее, свободнее. Но на самом деле мы устроены так, что лишний комфорт становится губительным для нас. Ожирение, малоподвижный образ жизни, тотальная лень, часы жизни, бесполезно проведенные в Интернете, — все это результат избыточного комфорта.

Эпоха информационного общества отличительна тем, что перед каждым человеком открываются колоссальные возможности, реализовав которые можно совершить невероятный качественный скачок в жизни. Но воспользуются этим немногие, так как большинство выбирает путь комфорта и приятных, а не трудных и полезных действий. Поэтому каждый выбирает сам: отложить дела и посмотреть еще одно видео на YouTube или взяться за работу прямо сейчас и сделать шаг к новой, более успешной и яркой жизни...

В. В. СТОРОЖ,
к. пед. н., преподаватель
кафедры психологии

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

(Окончание. Начало в № 2 (59))

Аллергический ринит является одной из наиболее распространенных проблем в аллергологии и ринологии. В прошлом номере д. мед. н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии С. М. Пухлик ответил на некоторые вопросы об этом заболевании, сегодня мы предлагаем вашему вниманию продолжение интервью.

— Для лечения аллергических заболеваний (АЗ) с успехом используются методы алергоспецифической иммунотерапии (АСИТ). В каких случаях при аллергическом рините (АР) показана АСИТ?

— Вообще АСИТ достаточно старый, изученный способ лечения АЗ. Впервые был применен в 1911 году — более ста лет назад! Считается, что это единственный способ лечения (подчеркиваю — лечения) АЗ. Состоит он в введении в организм пациента возрастающих доз причиннозначимого аллергена. После доведения концентрации аллергена до 100 % переходят на поддерживающий курс, когда раз в месяц вводят поддерживающую дозу аллергена, заставляя нашу иммунную систему не спать, а активно трудиться. Средние сроки лечения составляют 3–5 лет. Эффективность зависит от самого аллергена: для пыльцы растений, клещей домашней пыли — до 70–80 % хороших и очень хороших результатов. Наилучшие результаты достигнуты при инсектной аллергии на укусы пчел и ос — до 95 %. Наихудшие — при эпидермальной аллергии на шерсть животных — до 50 %. Напомню, что этот метод лечения требует регулярных, иногда даже ежедневных уколов. Но у нас в стране исчезли аллергологи из районных больниц, которые могли это проводить. Поэтому стали госпитализировать пациентов в алергостационары, где им за 2–3 недели проводят ускоренный курс АСИТ. И сегодня это основная нагрузка в аллергологическом стационаре. Двадцать лет назад в нашей стране впервые в мире стали производить аллергены для суб-



лингвального пути введения в виде рассасывающихся драже. То есть использовали другой путь введения аллергенов. В Европе и США тоже стали активно развивать оральную форму введения аллергенов, путем закапывания капель под язык. Сегодня этот неинвазивный, высокоэффективный путь введения стал достаточно популярным — не надо ходить на уколы или ложиться в стационар, можно дома, в селе, на хуторе, на работе в море и пр. спокойно принимать эти аллергены и при необходимости консультироваться с доктором по телефону. Несколько лет назад ВОЗ вместе с Всемирной ассоциацией аллергологов выпустила «Белую книгу», посвящен-

ную аллергологии, и рекомендовало активно проводить АСИТ с помощью сублингвального метода. Отечественные аллергологи за разработку этого направления получили Государственную премию в 2014 году. Так что наша аллергология оказалась на высоте, но используются ее достижения не очень активно. А жаль...

— Как фоновый АР может влиять на течение и лечение ЛОР-патологии: риносинусита, отита, аденоидита?

— Есть такое понятие как коморбидность. Это сегодня рассмат-

ривается как сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой. Аллергическое воспаление реализуется на слизистой оболочке дыхательных путей, и поэтому все органы, перечисленные Вами, тоже могут участвовать в этом воспалении. Потому сегодня существует диагноз «аллергический аденоидит» (в отличие от бактериального), «аллергический риносинусит», «аллергический отит». Это те состояния, где в патогенезе аллергическое воспаление является ведущим и, соответственно, лечится известными противоаллергическими препаратами. Задача врача как раз и состоит в том, чтобы доказать



аллергический характер этого воспаления.

При аллергическом воспалении постоянно имеются медиаторы воспаления — это гистамин, лейкотриены и прочее. Добавление к уже имеющемуся воспалению новых медиаторов, что бывает при остром вирусном риносинусите, значительно отягощает течение этого вирусного респираторного поражения. Оно часто заканчивается присоединением бактериальной инфекции, то есть вирусный риносинусит переходит в бактериальный. Присоединяется трахеобронхит, возможно даже развитие бронхообструкции — начинаются процессы, приводящие к бронхиальной астме.

В лечении сезонной АР с успехом используются пероральные антигистаминные средства (АГС) и топические кортикостероиды (ТКС). В подавляющем большинстве случаев украинские врачи назначают эти два класса препаратов одновременно. Однако европейские, американские и канадские рекомендации указывают на нецелесообразность использования такой комбинации, ссылаясь на отсутствие данных об усилении эффекта каждого из препаратов при сочетании их использования.

— **Имеете ли Вы опыт использования комбинации АГС и ТКС? Какому же классу препаратов следует отдавать предпочтение при старте лечения АР?**

— Действительно, эти препараты наиболее часто используются для контроля аллергического воспаления. Они прекрасно изучены, есть много информации о позитивных факторах их применения и нежелательных побочных эффектах. Се-

годня антигистаминные препараты можно использовать местно при нетяжелых формах АР, преимущественно сезонного. Для антигистаминных препаратов первого поколения показанием является оказание неотложной помощи, так как только они выпускаются в инъекционной форме, и детям до года, которые не могут проглотить таблетки. Хотя последнее уже пересматривается — появились пероральные капли с 6 месяцев. Ведущее место в контроле за АР и хронической крапивницей принадлежит антигистаминным препаратам второго поколения. Их назначают в виде монотерапии при легкой и среднетяжелой форме АР. При недостаточной эффективности только антигистаминных препаратов следует добавлять ТКС. Они достаточно хорошо представлены как во всем мире, так и в нашей стране, что редко бывает, по разным причинам. Отличаются они между собой степенью влияния на организм, соответственно, с какого возраста разрешены.

— **Можно ли назначать одновременно антигистаминные препараты и кортикостероиды местно?**

— Не только можно, но и нужно. При средних и тяжелых формах АР эти препараты назначаются одновременно. Необходимо объяснить пациенту, что топические ГКС начинают действовать медленно, на 2–3-й день, а антигистаминные — уже в течение часа. Топические ГКС, начав применять, нельзя бросать и вновь продолжать. Надо выйти на клинический эффект и его поддерживать. Это может быть и 2–3 недели при САР, и 2–3 месяца при КАР. Антигистаминные не требуют регулярного

систематического применения. Например, в период цветения «виновных» аллергенов пошел дождь. Значит, пыльца не летит, и можно сегодня не применять антигистаминные таблетки.

На фармацевтическом рынке становятся популярными комбинированные препараты, содержащие различные, дополняющие друг друга, медикаменты. Есть в виде таблеток, например левоцетиризин и монтелукаст, а есть в виде назального спрея, например мометазон фураат с азеластином. Есть доказательная база, подтверждающая факт, что комбинация данных препаратов оказалась клинически выше, чем их отдельный прием. Включение антигистаминного препарата азеластин помогает достигнуть начального клинического эффекта уже через 15 минут. Поэтому АГС и ТКС — это разнонаправленно действующие клинические препараты, которые потенцируют действие каждого и приводят к лучшему клиническому результату.

— **Часто пациенты обращаются к врачу с просьбой назначить профилактическое лечение АР перед началом сезона цветения. Имеет ли потенциальную пользу такая профилактика? Какие классы препаратов уместно использовать с этой целью?**

— Действительно, профилактическое лечение существует только при сезонной форме АР. Есть клинический опыт, что назначение гомеопатического препарата за 2–3 недели до начала цветения облегчает течение ринита и уменьшает число назначаемых медикаментов (ГКС и АГС). Рекомендуется также назначать АГС за неделю до начала цветения причиннозначимых растений. Но как узнать о сроках цветения? Есть календари цветения, но они не разработаны для каждого региона нашей страны, где существуют три климатогеографические зоны. Есть по мониторингу пыльцы сайт, который активно поддерживает большой энтузиаст и ученый, д-р мед. наук В. Родинкова из Винницы. Проводя длительный мониторинг пыльцы в каждом регионе, можно прогнозировать, а следовательно, предупреждать пациентов о необходимости начинать прием медикаментов. В цивилизованных странах это делают даже с телеэкрана. Будем верить, что так будет и у нас. Всего Вам хорошего!

ЛЕТО, ОТПУСК, ВПЕЧАТЛЕНИЯ!

Летнее солнце и долгожданный отпуск манят предвкушением путешествий и свежих, ярких впечатлений. Можно наслаждаться отдыхом на берегу моря, но есть и другая альтернатива — открыть для себя потрясающие уголки нашей страны.

ФЕСТИВАЛЬ В ОПОШНЕ

Уже не первый год в Опощне (Полтавская область) проводят масштабный праздник — Фестиваль гончарства. Здесь вы научитесь работать с глиной, сможете принять участие в различных конкурсах, отведать местную кухню, зарядиться хорошим настроением и, конечно же, привезти домой су-



вениры ручной работы. В этом году состоится юбилейная X Неделя национального гончарного движения «Здвиг 2018». Фестиваль продлится с 25 июня по 1 июля 2018 года.



ГОЛУБЫЕ ОЗЕРА

Еще одно украинское чудо природы, у берегов которого приятно провести отпуск, — это Голубые озера в селе Олешня Черниговской области. Здесь посреди сосновых лесов находятся три уникальных озера, и летом немало путешественников заезжает сюда, дабы поплескаться в теплой лазурной воде.

Около озер есть все необходимое: чистый песчаный пляж, детские пло-

щадки, места для ловли рыбы, беседки для пикника, множество кафе и баров. Вокруг озер выстроили немало туристических комплексов на любой вкус и бюджет: небольшие деревянные домики для семей, двухэтажные коттеджи для больших компаний, а также кемпинги и палатки для бюджетных туристов. По вечерам и на выходных для гостей устраивают развлекательную программу.

ДЖАЗ НА ДНЕПРЕ

Днепр возрождает традиции. На Монастырском острове в городе Днепр развернется масштабный фестиваль «Джаз на Днестре». Посетители будут иметь возможность услышать мировых исполнителей джаза с 20 по 22 июля 2018 года.



БЕРЕГИСЬ АВТОПОКРЫШКИ!

Костер из шин, украшения для детской площадки, высокая грядка для земляники, коврики из шинной крошки, покрытия дорожек и подстилка для скота... Вопиющая экологическая безграмотность! Как выяснилось, данные об ужасающем вреде для здоровья «обувки колес» были долгое время засекречены, и только в 1988 году запрет на публикации такого рода сняли. И начали открываться потрясающие факты. Так, риск умереть от рака у работников шинного предприятия в 2,5–3 раза выше, чем у прочего населения. Беда еще и в том, что работники шинного производства губят не только собственное здоровье. Установлено, что у женщин риск родить больного ребенка втрое выше. Ароматические углеводороды и другие вредные вещества, проникая через плацентарный барьер,

учащают развитие опухолей у потомства. Предприятия по техническому обслуживанию и ремонту шин оказывают пагубное влияние как на здоровье своих работников, так и на здоровье жильцов окрестных районов. Опасно не только производство, но и его продукт — шина. Ведь что такое автопокрышка? Это обод, накаченный воздухом. А в этом воздухе больше сотни вредных химических веществ. Самые опасные — канцерогены и мутагены! Конечно же, внутри они не остаются, а выходят в окружающую среду... Есть еще шинная пыль. Это частицы размером от нескольких микрон до нескольких десятков микрон, которые постоянно отрываются от поверхности шин. Они еще опаснее, чем шинный воздух. Что же касается старых шин, которые, по мнению людей, так украшают дворы, парки, детские площадки, и даже песчицы, то они ведут к скоплению канцерогенных веществ, усугубляют и

без того критическую ситуацию с заболеваемостью детей и взрослых. А то, что их красят, это только хуже! Летом на жарком солнце краска растрескивается, резина нагревается и в еще большей степени отдает окружающей среде свою отраву.



Редактор выпуска И. В. Барвиненко
 Ответственные секретари
 А. В. Попов, Р. В. Мерешко
 Учредитель и издатель — Одесский
 национальный медицинский
 университет

Адрес редакции:
 65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.
 Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.
 Подписано к печати 08.06.2018. Тираж: 500. Заказ 2037.
 Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского
 университета, 65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.