

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 1-2
1999

НАУКА И
ПРАКТИКА
**Морозовская
детская
клиническая
больница**

СТР. 3 - 9

Бо-Бо

ГАЗЕТА В
ГАЗЕТЕ

СТР. 11 - 14

Лекарства
для педиатрии

СТР. 16 - 20

ИСТОРИЯ



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

СТР. 21 - 22



Заслуженный врач Российской Федерации, академик РАЕН М. А. Корнюшин: “Мы всегда первыми откликались на насущные потребности городского здравоохранения. Эти принципы были заложены еще в дореволюционные годы”.

Международная медицинская
выставка

“ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА - 99”

16 - 18 февраля 1999 года



Невзирая на глобальный финансовый кризис, периодические случающиеся обвалы рубля и неутешительные прогнозы экономического развития страны, продолжают рождаться дети, становятся невесты, открываются новые детские сады и школы.

Медицинский выставочный календарь в Москве традиционно начинается с ежегодной Международной выставки “Здоровье матери и ребенка”. Об особенностях экспозиции этого года рассказывает руководитель отдела выставок компании “Медкомцентр” Валерий Манютин.

- Выставка “Здоровье матери и ребенка” состоит из десяти разделов. Это традиционные медицинские разделы: лекарственные препараты, медоборудование, медицинская техника. Кроме того, будут специфические, я бы сказал, “фирменные” разделы нашей выставки: детское питание, женские средства гигиены, все для ухода за новорожденными. Выделяется еще один раздел, который также является самостоятельным: “Средства массовой информации”.

Наша выставка пройдет параллельно с научным медицинским форумом федерального уровня, Конгрессом педиатров России “Здоровый ребенок”. Его отличие от подобных мероприятий прошлых лет, во-первых, в расширении научной программы: за три дня работы участники Конгресса во время пленарных, секционных заседаний, сателлитных симпозиумов обсудят практически все основные аспекты охраны здоровья подрастающего поколения, в том числе и в пограничных с педиатрией областях. Во-вторых, практически в два с лишним раза по сравнению с прошлыми годами увеличится число участников. В Москву съедутся свыше двух тысяч специалистов. Они будут представлять все регионы России.

Кроме того, параллельно с Конгрессом, выставочная компания “Медкомцентр” опробует свой новый пилотный проект - специализированную выставку “Мир ребенка - 99”. Это самостоятельная экспозиция, которая представит достаточно обширный сегмент рынка, не охваченный “Здоровьем матери и ребенка”. Здесь и спортивные товары, тренажеры, развивающие игры и игрушки, обучающие компьютерные программы, познавательная литература для детей и т. д. Несмотря на самостоятельность и первой, и второй выставок, они составляют единое целое с Конгрессом. В этом особенность этого большого, если можно так выразиться, “триединого” мероприятия. Во многом, именно этим оно интересно и экспонентам, и представителям научной и практической медицины, и рядовым посетителям. Так что добро пожаловать в конце зимы на нашу обновленную экспозицию. Уверен: каждый найдет на ней для себя массу интересного.

Контактный тел./факс: (095) 967 0893



V Конгресс педиатров России “ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК”

15 - 19 февраля 1999 г.

В программе конгресса – обсуждение пяти
главных направлений:

- **Фундаментальные проблемы организации медицинской помощи детям и подросткам**
- **Особенности роста и развития детей в современных условиях**
- **Образование, воспитание и здоровье**
- **Современные технологии профилактики болезней детей и подростков**
- **Новые подходы к восстановлению и укреплению здоровья**



РОДИТЬ И ВОЗРОДИТЬСЯ

Недавно в Москве состоялась презентация российско-голландского проекта “Родить и возродиться”. Цель проекта - совершенствование системы родовспоможения и ухода за матерью и ребенком: проведение совместных тренингов для акушерок и специалистов, работающих с беременными женщинами; издание книги-подруги для будущих матерей “Родить и возродиться”.

Основой российского издания “Родить и возродиться” стала нидерландская книга “Bevallen & Opstaan”. Эта книга написана не медицинскими специалистами, а обыкновенными женщинами. Ее авторами стали восемь голландских женщин различных профессий, среди которых есть журналистка, психолог, писательница, актриса. Они писали эту книгу, основываясь на собственном опыте, однако все медицинские вопросы детально обсуждались со специалистами.

Российское издание не является прямым переводом с голландского языка, оно полностью переработано в соответствии с российской ситуацией. В этой книге идет речь о беременности и родах в России. Издание содержит многочисленные интервью с россиянками из различных областей и социальных слоев страны. Работа над книгой проводилась совместно с Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и Центром “Пангея”. “Родить и возродиться” станет реальной поддержкой не только беременным женщинам и их партнерам в этот сложный период жизни. Акушерки и гинекологи найдут в ней полезную информацию и смогут использовать эту книгу как руководство по работе со своими клиентами. В Нидерландах, например, она занимает одно из первых мест среди пособий в обучении акушерок.

Центр социальных инициатив ПАНГЕЯ

- Подготовка будущих родителей к рождению ребенка
- Двухмесячный семинар: качественные лекции, уникальные видеопрограммы, гимнастика и плавание для беременных.
- Консультации специалистов. Гинеколог, иммунолог.
- Лаборатория. Необходимые анализы.
- Школа мам. Гимнастика и плавание для малышек.
- Студии детского творчества.

Звоните: 747 9310, 747 9309.

Приходите: ул. Б. Черкизовская д. 5/8



Профессор, заслуженный врач Российской Федерации, академик РАЕН М. А. Корнюшин пришел в Морозовскую детскую клиническую больницу почти сорок лет назад молодым врачом, а последние 26 лет занимает пост главного. В том, что старейшая московская больница в это трудное время не только сохранила свой потенциал, но и постоянно развивается, немалая его заслуга.

- Михаил Анисимович, расскажите нашим читателям об истории Морозовской больницы. Почему она так называется? Ведь некоторые москвичи всерьез думают, что в честь Павлика Морозова.

- Нет, конечно, принципиальный пионер здесь не при чем. Больница носит имя Викулы Елисеевича Морозова, московского купца, на средства которого она была построена в начале века. Кстати, скоро, в 2003 году, мы будем отмечать столетний юбилей. Морозов выделил огромную по тем временам сумму - 400 тысяч рублей на строительство детской больницы для бедных. В то время смертность от инфекционных болезней была просто чудовищной. Поэтому было решено, что новая детская больница должна быть инфекционной. Она открылась в 1903 году и сразу завоевала большой авторитет у горожан.

За годы своего существования больница сменила несколько названий. Первоначально она была, как положено, Детской больницей им. В. Е. Морозова, затем стала Образцовой детской клинической больницей, в 60-е годы ей присвоили почетный номер - 1-я Детская городская клиническая больница и, наконец, четыре года назад она снова стала Морозовской детской клинической больницей. Почему именно клинической? Да потому, что она с первых дней была теснейшим образом связана с передовой педиатрической наукой. Первая кафедра - инфек-

ционных болезней - открылась здесь в 1903 году! В настоящее время у нас работают 14 кафедр нескольких московских медицинских вузов. Средние медицинские кадры готовим здесь же - на территории больницы находится медицинское училище.

- У вас есть поистине уникальные отделения - нейрохирургическое, отделение гематологии, эндокринологическое отделение, отделение для детей сирот, мощнейший консультативно-поликлинический комплекс. Как складывалась столь многообразная структура?

- Наша больница не зря долго носила название "первой". Мы всегда первыми откликались на насущные потребности городского здравоохранения. Причем, эти принципы

который охотно откликается на все мои просьбы. Отрадно, что традиции благотворительности понемногу возрождаются в нашей стране.

Я уже не говорю о непосредственной поддержке Ю.М. Лужкова и, особенно, председателя Комитета здравоохранения А. П. Сельцовского, об их прекрасном к нам отношении, о понимании наших проблем. Так, к примеру, нужно отметить, что на ремонт онкогематологического корпуса правительством Москвы было выделено десять миллиардов рублей, а на закупку современного импортного оборудования три миллиона долларов США. Это помощь не просто больнице - это забота о детях Москвы.

С ПЕРВЫХ ДНЕЙ - ПЕРВАЯ

были заложены здесь еще в дореволюционные годы. Гибли дети от полиомиелита и туберкулезного менингита - создавались соответствующие отделения в Морозовской больнице, совместно с учеными шло углубленное изучение проблемы. Когда особенно актуальным стал детский ревматизм - начали развивать это направление, создавать систему наблюдения за такими больными в стационаре и на дому, разрабатывать меры профилактики. Иногда инициатива исходила от ученых, например, Н. С. Кисляк стала заниматься гематологией - появилось и соответствующее отделение, кстати сказать, сегодня самое современное в больнице. Примеры можно приводить без конца, но вы уже, наверное, поняли - наша структура всегда функционально отражала потребности города в квалифицированной медицинской помощи.

- За последние годы, буквально на глазах, территория больницы преобразилась - корпуса сверкают новой краской, появились детские площадки, да и внутри многие отделения не узнать: новая мебель, современная аппаратура. Как у вас это получается?

- Мы ничего не смогли бы сделать без наших многочисленных благотворителей. Вот вы заметили, что больница похорошела. А ведь мы не потратили на это ни рубля из больничных денег. Город помог. Наша территория была распределена между десятью московскими округами, и каждый округ присылал рабочих и технику. Очень большую помощь в благоустройстве оказал нам начальник объединения административно-технической инспекции правительства Москвы И. С. Ищенко. Эти замечательные детские дворики возведены с его помощью! Нашей больнице помогают многие - от Комитета здравоохранения и до руководителей московских фирм. Я благодарен за помощь фонду Р. М. Горбачевой и, в равной степени, руководителю ТОО "Псарьки" С. Г. Гаспаряну,

- Михаил Анисимович, вы уже четверть века руководите больницей. Откуда берутся силы? Расскажите, где черпаете энергию?

- Не буду оригинален. Это, прежде всего, любовь к спорту. В студенчестве у меня были две страсти - бокс и лыжные гонки. И в том, и в другом добился ощутимых результатов. Имел первый разряд по боксу, выступал за команду мастеров, но затем, после травмы, полностью переключился на лыжи. Все шесть лет учебы был ведущим спортсменом 2-го МОЛГМИ, где выступал не только за институт, но и за сборную команду Москвы и Союза, везде выигрывал призы. Я был очень спортивным, крепким парнем и всегда старался поддерживать форму. Не бросаю занятия физкультурой и сейчас, кстати, у меня до сих пор целы лыжи из карельской березы, которые нам подарили финны в 1956 году. Сохранились и ботинки, и лыжные палки, и даже лыжные мази "Победа", с помощью которых я выигрывал свои состязания.

Я очень люблю театр, счастлив тем, что имею друзей среди артистов Большого, Малого театров, театра Маяковского. У меня хорошие отношения с Геннадием Хазановым, Владимиром Винокуром и многими другими эстрадными артистами. Как спорт укрепляет тело, так общение с людьми искусства укрепляет дух!

И еще об одной своей страсти не могу не упомянуть - о любви к путешествиям. Мне посчастливилось побывать почти в пятидесяти странах мира, а в некоторых приходилось работать по полтора-два года. Много пришлось выезжать в командировки консультантом от Комитета по экономическим связям с зарубежными странами, а потом уже путешествовал как турист. Я очень люблю бывать в Германии, Франции, Люксембурге, Португалии и других европейских странах. Мне до сих пор безумно интересны эти поездки. Без них я просто скучаю.

Беседовала Татьяна Нефедова

Непросто рассказать о подразделениях Морозовской детской клинической больницы. Это огромный комплекс, где действуют более 40 клинических и лабораторных отделений, консультативно-поликлинический центр, филиалы на других территориях. Мы выбрали для репортажа лишь несколько объектов: одни - ввиду их уникальности, другие - ввиду огромной значимости для детского населения Москвы. Надеемся, что даже в малом сумеет отразиться главное - стремление коллектива нащупать болевые точки педиатрии и, объединив науку с практикой, найти решение проблем.



ТРАДИЦИИ И НОВАТОРСТВО

Отделение нейрохирургии - клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии и анестезиологии Российского университета Дружбы Народов. Руководит отделением к. м. н. М. Г. Ротарь. Здесь оказывают помощь детям с закрытой и открытой черепно-мозговой травмой. Таких случаев много, койки всегда заполнены: за год проходит 1400 - 1600 больных, из них 180 - 200 с тяжелыми формами ЧМТ. Кроме того, здесь лечат врожденные пороки спинного и головного мозга (черепно-мозговые и спинномозговые грыжи), а также воспалительные заболевания ЦНС и гидроцефалию у маленьких детей. Последняя нозология чрезвычайно актуальна, ведь число таких больных растет с каждым днем, а результаты консервативного лечения иногда оставляют желать лучшего. У коллектива отделения есть свои наработки, связанные с внедрением эндоскопической техники. Пожалуй, только здесь в Москве делают вентрикулоскопию третьего желудочка - через отверстие в черепе вводится эндоскоп и исследуется его структура. Также проводится вентрикулоперитонеостомия, чтобы чрезмерно вырабатываемое количество ликвора отводилось в брюшную полость. Данная методика хорошо отработана: специально разработанный на кафедре эластичный катетер с помпой отводит излишнюю вентрикулярную жидкость из заднего рога бокового желудочка. Техника операции заключается в проведении ка-

тета из брюшной полости подкожно до полости черепа. Операция дает хорошие результаты при открытой гидроцефалии, а при окклюзионной форме, возникающей после внутриутробных инфекций, вызванных цитомегаловирусом, вирусами герпеса и токсоплазмоза, после гнойного менингита, когда образуются спайки, она возможна лишь при стихании воспалительного процесса и полной элиминации возбудителя из организма.

С первично обнаруженными опухолями головного мозга за год проходит около 20 - 25 больных детей. Этим пациентам проводятся оперативные вмешательства - удаление опухоли или шунтирующие операции. С мая 1993 года в отделении, совместно с НИИ детской гематологии МЗ РФ (директор - академик РАЕН профессор А. Г. Румянцев), начато проведение химиотерапии злокачественных заболеваний ЦНС. Сейчас разрабатывается новый протокол для лечения больных с медуллобластомой.

Отделение инфекционной хирургии. Если у ребенка, страдающего инфекционным заболеванием, возникает еще и хирургическая патология - ему прямая дорога в

боксы этого отделения. Заведует им заслуженный врач РФ Л. Н. Оксамитная. Основной контингент больных - дети со скарлатиной, корью, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Отделение имеет 17 боксов и две операционные.

Как правило, инфекционный диагноз является главным, хирургический - сопутствующим - в основном это гнойная хирургия. Больные в это отделение попадают и из дома, и из других больниц. Скажем, ребенок, находящийся в контакте с краснухой и заболевший лимфаденитом, будет наблюдаться здесь. Это позволяет предотвратить распространение инфекционных заболеваний в больницах города, да и в самой Морозовской больнице.

Послеоперационный период у инфекционных больных протекает значительно тяжелее, ибо операция проходит на фоне сниженного иммунитета. Приходится оперативно контролировать состояние иммунной системы и корректировать его - переливанием лейкоцитарной массы, применением гамма-глобулина и т. д. Есть особенность и в проведении анестезиологических пособий - из-за тяжести таких больных доля интубационных, многокомпонентных наркозов здесь выше, чем в обычном хирургическом отделении.

Офтальмология. Возглавляет 12-е глазное отделение Г. И. Катишева. Основоположницей офтальмологической службы в больнице, да и вообще в городе, а, впрочем,





и в бывшем Союзе, была Б. А. Токарева, организовавшая здесь в 1954 году небольшое глазное отделение. За прошедшие годы служба расширилась и сегодня состоит из глазного кабинета в приемном отделении, стационара на 80 коек (12-е отделение - для мальчиков и 7-е - для девочек), глазного операционного блока, консультативной городской поликлиники и детского специализированного санатория на проспекте Вернадского. Здесь есть возможность провести современное ультразвуковое исследование глаза, лечение с помощью хирургического лазера. Недавно начала действовать электрофизиологическая лаборатория с оборудованием, помогающим определить состояние зрительного нерва, сетчатки. На этой мощной базе работает кафедра детских глазных болезней педиатрического факультета РГМУ, которой руководит заслуженный врач РФ действительный член Нью-Йоркской Академии наук профессор Е. И. Сидоренко. Все это позволяет поставить точный диагноз и является залогом успешного лечения.



Кто же лечится в отделении? Это дети с травмой глаза — 30 - 35% от всей патологии — тупые травмы, проникающие, ожоги. В период новогодних каникул много ожогов от неосторожного обращения с петардами. В свое время очень много было травм, причиненных пулями из китайских пистолетов. Неотложная глазная

помощь детям города оказывается круглосуточно.

Вторая группа - дети, поступающие для планового лечения. Это больные с косоглазием, прогрессирующей близорукостью, доброкачественными опухолями, врожденными глаукомой и катарактой, заболеваниями слезных выводящих путей. После хирургического лечения косоглазия детей сразу же отправляют в специализированный глазной санаторий, где проводится реабилитационный этап лечения.

Наконец, третья группа - дети с терапевтической патологией: воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза, роговицы, врожденная патология, не требующая хирургического лечения.

Сегодня все чаще приходится обследовать совсем маленьких детей, недоношенных, страдающих ретинопатией. Этим детям грозит развитие слепоты. В основе заболевания лежит незрелость, недоразвитость сетчатки. Раньше считали, что в патогенезе ретинопатии лежит длительное нахождение недоношенных детей в среде

с высокой концентрацией кислорода. Сейчас ясно, что кислород действует так

только именно на незрелую сетчатку. Ее сосуды начинают избыточно образовываться, прорастать в стекловидное тело и хрусталик, делая прозрачные среды мутными. Разработкой лечения занимаются сотрудники кафедры. Сейчас они пытаются применять метод криоаппликации (применение холода на первых стадиях заболевания) и витреоректомию - удаление стекловидного тела и введение его заменителя. Но проблема гораздо глубже. Ретинопатия недоношенных тесно связана с патологией развития нервной системы, сосудов головного мозга. Можно сделать среды прозрачными, а кора мозга работать не будет. Это огромной сложности проблема, и прекрасно, что офтальмологи кафедры детских глазных болезней РГМУ совместно с врачами Морозовской больницы ею занялись.

Отделением эндокринологии руководит В. Ф. Пилютик. Вот что он нам рассказал:

- Наше отделение организовано в 1963 году, у его истоков стояла профессор М. М. Бубнова, 100-летний юбилей которой недавно был широко отмечен. Сейчас детской кафедрой лечебного факультета РГМУ заведует академик М. Я. Студеникин, а ведущим профессором нашего отделения является М. И. Мартынова - ученик и соратник профессора М. М. Бубновой, замечательный детский эндокринолог, прекрасный врач и преподаватель. У нас работают сотрудники кафедры - два профессора, доцент и ассистенты.

Главной проблематикой отделения является сахарный диабет. Его тяжелые осложнения требуют достаточно частых госпитализаций, поэтому отделение, по сути, является urgentным. И где бы дети, больные диабетом, до этого не лечились, при ухудшении состояния они попадают сюда, особенно, если нуждаются в реанимационной помощи. Сюда же попадают по скорой помощи и дети, страдающие эндокринными заболеваниями, даже если тяжесть их состояния связана с другой патологией. Скажем, приступ бронхиальной астмы у больного с сахарным диабетом, или больные с гломерулонефритом на фоне диабета.

Врачи отделения неплохо ориентируются не только в эндокринной патологии, но и в urgentных состояниях при самых разных детских болезнях: неврологических, кардиологических и т. п. Самые тесные связи у сотрудников отделения с реаниматологами. Кетоацидоз средней тяжести лечат в отделении, более тяжелые состояния - в отделении реанимации.

У больных с установленным диагнозом коматозные состояния встречаются гораздо реже. Положительную роль, на наш



взгляд, здесь должна сыграть школа для родителей детей, больных диабетом, которую мы недавно открыли. За десять занятий с помощью современной методики обучения родителям дают самые новые и актуальные знания о самом диабете, о диетотерапии, о правилах проведения инсулинотерапии, о способах самоконтроля, помогают решать практические задачи, дискутируют о спорных вопросах. Занятия проходят в кабинете, прекрасно оснащенном фирмой "Ново Нордиск". Здесь есть компьютер с интерактивной программой, включающей всю информацию о сахарном диабете, вплоть до способов приготовления

инсулина и его очистки. Есть принтер, позволяющий распечатывать обучающие листовки, есть оверхед, на котором мы можем делать слайды, различные графики. Мы предполагаем снять фильм, обучающий технике инсулинотерапии, видеокамера для этого есть - фирма полностью нас оснастила и обещает помогать в дальнейшем.

Диабет в последние годы сильно "помолодел". К счастью, пока редко диагноз ставят у детей первых месяцев жизни, а вот детей от 1,5 до трех лет через отделение проходит по 20 - 25 в год. В Москве, благодаря Ю. М. Лужкову, проблема обеспечения высокоочищенным человеческим инсулином снята - Московское правительство оплачивает и приобретает инсулины фирм "Ново Нордиск" и "Эли Лилли", все дети имеют шприц-ручки. И все же, комы случаются, особенно у первичных больных. Их количество можно было бы

уменьшить, если бы каждая поликлиника имела возможность оперативно сделать анализ сахара крови. Никаких трудностей сегодня это не представляет и больших материальных затрат не требует.

Отделение гематологии. Три человека стояли у истоков его создания - член-корр. РАМН Н. С. Кисляк, старшая медицинская сестра, проработавшая в этой должности 35 лет, З. Л. Шиканова и первая заведующая отделением Л. А. Махонова. Сейчас, спустя три с половиной десятилетия со дня организации, тут мирно сосуществуют, по-

могая друг другу, кафедра педиатрии № 1 РГМУ, занимающаяся учебным процессом, и НИИ детской гематологии, осуществляющий научное руководство. Приходится повторяться, но и это отделение, возглавляемое ныне кандидатом мед. наук А. М. Тимаковым, по существу, является флагманом отечественной лейкологии. Именно отсюда вышли люди, которые сегодня на всем пространстве СНГ определяют идеологию лечения острых лейкозов и других гематологических заболеваний у детей. Это - директор НИИ детской онкологии академик Л. А. Дурнов, профессор Л. А. Махонова, академик РАЕН профессор А. Г. Румянцев, профессор Е. В. Самочатова. В этих стенах защищено огромное количество и кандидатских, и докторских диссертаций, здесь родилась идеология, способная воспринять и осуществить самые передовые идеи в лечении этих страшных и безнадежных в недалеком прошлом заболеваний.

Двухэтажное здание отделения гематологии радует глаз прекрасным интерьером. И ремонт, и оснащение новым оборудованием - результат огромных финансовых вливаний правительства Москвы. Сейчас здесь расположились три подразделения - собственно отделение гематологии на 40 коек, отделение переливания крови и небольшое отделение для трансплантации костного мозга. Пока небольшое (два стерильных бокса), но это только начало.

Интенсивное развитие детской гематологии в нашей стране пришлось на начало 90-х годов. Толчком стала координация работы российских ученых с немецкими гематологами. В Германии были разработаны и внедрены протоколы лечения больных с острым лимфобластным лейкозом - группа ВФМ (Берлин - Франкфурт - Мюнстер), которые являются в настоящее время золотым международным стандартом. В чем суть протоколов при лечении того или иного заболевания? Врачи договариваются между собой о соблюдении определенных правил лечения, определенного его алгоритма. Это дает возможность быстро сравни-



вать и оценивать полученные результаты. Благодаря этим протоколам международным стандартом излечения острого лимфобластного лейкоза стала цифра 70%. Сейчас, при участии российских ученых, разработан новый протокол МВ (Москва - Берлин), который позволит улучшить и эти результаты.

Надо сказать, что медики Германии и Австрии сделали очень многое для помощи нашим больным. Здесь и обучение наших врачей за рубежом, и огромные объемы гуманитарной помощи. За годы совместной работы их помощь Морозовской больнице превысила 700000 марок. Сейчас, правда, положение меняется, московское Правительством само изыскивает средства для лечения гематологических больных, но и гуманитарная помощь сохраняется, хотя и не имеет решающего значения.

Каковы перспективы развития отделения? Здесь считают, что могли бы принять участие в лечении и других онкологических заболеваний, в частности, опухолей головного мозга. Это возможно благодаря наличию прекрасного нейрохирургического отделения, где создаются протоколы до- и послеоперационного лечения таких детей.

Патологоанатомическое отделение. В этом трехэтажном здании, кроме самого отделения, разместилась кафедра патанатомии педиатрического факультета РГМУ. Взаимоотношения этих двух коллективов самое тесное. Здесь никто не делит работу на "свою" и "чужую", вместе решают все трудные вопросы. Мы начали знакомство с посещения музея, который основан одновременно с открытием Морозовской больницы - некоторые экспонаты относятся к 1903 году! Здесь будущие врачи могут увидеть препараты давно исчезнувших заболеваний - например, натуральной оспы. А чего стоит коллекция различных пороков

развития! Сейчас, с развитием ультразвуковых методов исследования беременных, такие дети просто не рождаются на свет. Отделение, однако, живет настоящим. Вот что нам рассказала его заведующая Л. Н. Каск:

- Отделение является городским, обслуживает 38 медицинских учреждений, практически все родильные дома Москвы. По последнему приказу МЗ, подлежат вскрытию все мертворожденные весом свыше 500 г, количество аутопсий огромно - более 1200 в год. Основная проблема - врожденные инфекционные заболевания. Здесь помогут установить поражение вирусом цитомегалии, вирусами Коксаки А и В, герпесом, другими вирусами и грибами. Кроме того, при необходимости, вскрывают и плоды с меньшим весом - так называемые "продукты зачатия". Это важно при привычных выкидышах, когда надо точно определить их причину, которой опять же чаще всего бывает та или иная внутриутробная инфекция. Мать подчас даже и не подозревает, что она больна.

Огромный объем в работе отделения составляет работа по прижизненной диагностике различных заболеваний - ведь больница занимается гематологией и детской онкологией. Недавно администрация больницы приобрела для отделения новейшую лабораторию фирмы "Shandon", позволяющую ускорить процесс проведения исследований гистологических препаратов с 30 дней до 3-х суток. Это значительно повышает их оперативную ценность. Лаборатория работает в автоматическом режиме, у нее огромная производительность. Занимаются в отделении и определением опухолевых маркеров методом иммуногистохимии.

Врачи-клиницисты, как нам пришлось убедиться, чрезвычайно высоко и по человечески тепло отзываются о работе пато-

логоанатомического отделения, отмечают их огромную заинтересованность в постановке диагноза, постоянное желание быть не столько контролирующей службой, сколько надежными помощниками.

Консультативно-поликлинический блок Морозовской городской детской клинической больницы огромен. Именно здесь видны связи больницы с городским здравоохранением, то влияние, которое она на него оказывает. Кроме самой консультативно-диагностической поликлиники, где принимают специалисты самых разных специальностей, кроме кардиоревматологического диспансера, в городские центры выделены офтальмологическая и неврологическая служба. Расскажем об одной из них - **городской неврологической поликлинике** при Морозовской больнице, ибо в ее работе наиболее ярко видны организа-



ционные и лечебные принципы, отличающие консультативно-поликлиническую службу старейшей московской больницы. Руководит поликлиникой Е. В. Кессель, который рассказал нам о ее работе:

- Для того чтобы к нам попасть, необходимо направление невропатолога, подробная выписка из истории болезни, страховой полис и документы, подтверждающие наличие московской прописки.

Чем владеет поликлиника сегодня? Прежде всего, развитой функциональной диагностикой: электроэнцефалография, сонография, эхоэнцефалоскопия,



миография и реоэнцефалография. Интерпретируют полученные данные консультанты-нейрохирурги - профессор Т. Г. Мареева, М. Г. Ротарь, заведующий отделением нейрохирургии; нейроокулист, занимающийся консультациями по поводу состояния глазного дна, зрительного нерва. Врач ЛФК руководит бригадой массажистов, специализирующихся на детях раннего возраста - до одного года. Именно в этот период нужно, не упуская времени, начать массаж и ЛФК. По вопросам нейроортопедии консультирует детей врач-ортопед. Есть в штате поликлиники врач-психиатр, который помогает разби-



раться в диагностике пограничных между психиатрией и неврологией состояний. Существует в штате и психологическая служба - два психолога, закончившие факультет психологии МГУ и специализирующиеся по нейропсихологии. Очаги поражения, таким образом, ищут не только с помощью ядерно-магнитного резонанса и компьютерной томографии, но и с помощью психологических тестов. Психологи занимаются и психокоррекцией пациентов. Наш врач-логопед занимается пред-

речевым и ранним речевым развитием малышей. В районных поликлиниках, насколько мне известно, логопеды работают с детьми старше пяти лет. Наши специалисты считают, что оценка предречевого развития чрезвычайно важна. Поликлиника курирует городские восстановительные логопедические центры (бывшие логопедические ясли, где дети находятся от 1,5 до 3-х лет).

И, наконец, в штате поликлиники 11 невропатологов-консультантов. Они работают в кабинетах раннего возраста, старшего возраста, нейрохирургическом кабинете, кабинете нейромышечной патологии, кабинете эпилепсии и пароксизмальных состояний.

Много внимания уделяют здесь больным с эпилепсией. При поликлинике работает Фонд защиты больных с эпилепсией - общественная организация, состоящая из родителей больных детей, которая помогает решать различные социальные вопросы: занимается организацией досуга, помогает решать вопросы медицинского обеспечения и т. д. Основной постулат специалистов при работе с такими детьми - это не психиатрическая, а неврологическая патология. И дети с эпилепсией, без задержки психического развития, должны рассматриваться как психически здоровые люди со всеми вытекающими правами. Здесь очень важно не сделать ребенка более больным, чем он есть. С одной стороны надо убедить родителей, что необходимо принимать препараты, но это не значит, что он безнадежен:

мозг ребенка очень пластичен и результаты лечения очень неплохие.

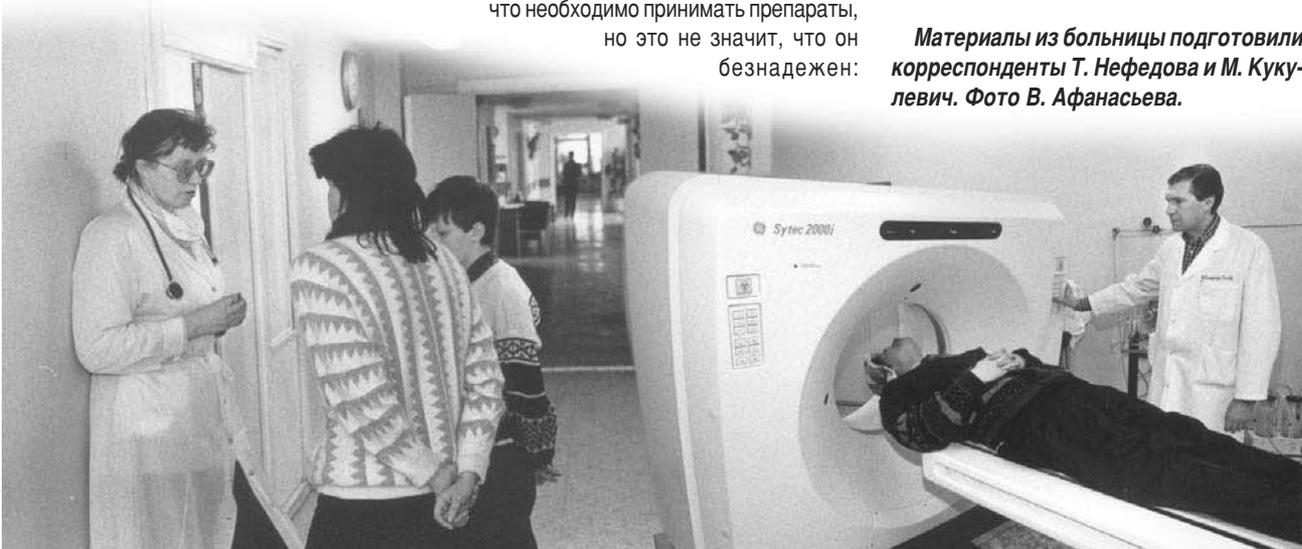
У детей первого года жизни один из самых сейчас распространенных диагнозов - постгипоксическая энцефалопатия, который ставится восьми новорожденным из десяти. Сюда поступают дети с двигательными нарушениями и темповыми задержками. При помощи нейросонографии можно легко определить состояние головного мозга, наличие или отсутствие мелких остаточных кровоизлияний и определиться с тактикой лечения.

В районных поликлиниках при такой патологии не обходится без гипердиагностики. Особенно это касается так называемого гипертензионного синдрома: его ставят направо и налево. Самое страшное - таким детям назначают мочегонные, которые они иногда получают годами! Освобождение от физкультуры, ограничения режима и т. п. делают этих детей психологически больными, что недопустимо. Таких детей, конечно, нужно направлять к нам на консультацию, чтобы сомнения в диагнозе отпали.

Практически весь спектр неврологических больных проходит через кабинеты поликлиники, за исключением больных с детским церебральным параличом, выделенным в 1975 году в отдельную дисциплину. Эти дети лечатся и наблюдаются в больнице № 18. Вся же остальная амбулаторная неврологическая консультативная помощь детям Москвы проводится здесь и объем этой помощи огромен.

Завершая репортаж, мы надеемся еще раз вернуться к рассказу о Морозовской городской детской клинической больнице: ведь читатели познакомились лишь с малой частью огромной работы, которую с успехом, энтузиазмом и самоотверженностью ведет коллектив старейшей московской детской больницы.

Материалы из больницы подготовили корреспонденты Т. Нефедова и М. Кукулевич. Фото В. Афанасьева.





История развития кафедры педиатрии № 1 РМГУ самым тесным образом связана с историей Морозовской детской клинической больницы. Можно сказать, что каждое научное направление кафедры опирается на соответствующее подразделение больницы. Об этом наш разговор с доктором медицинских наук, профессором, действительным членом МАН высшего образования, заведующей кафедрой Г. А. Самсыгиной.

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ № 1 РМГУ

- Кафедра образовалась 65 лет назад, став родоначальником педиатрического образования не только у нас в стране, но и в мире. Она формировалась исключительно на базе Морозовской больницы. Ее создателем и идеологом по праву считается профессор А. А. Колтыпин, ученый, обладавший оригинальным мышлением, намного опередившим свое время.

После него кафедрой заведовали профессор Д. Д. Лебедев, П. А. Пономарев, Н. С. Кисляк, по инициативе которой в больнице было создано первое в стране отделение лейкологии. Четыре года назад возглавить коллектив кафедры доверили мне.

К моменту своего назначения я отчетливо сознавала необходимость сохранения традиций: такая кафедра, как наша, должна иметь несколько научных направлений, ни одно из них не должно быть заброшено и забыто. Поэтому мы максимально поддерживаем традиционные направления. Возьмем, например, кардиологию. Недавно ушедшая из жизни профессор Н. А. Белоконь, работа которой по неревматическим кардитам у детей стала в свое время открытием, высказала идею о том, что атеросклероз начинается в детстве. И сейчас мы ведем исследования по выявлению факторов риска раннего развития атеросклероза, пытаемся создать систему наблюдения за такими детьми. Эту работу проводим вместе с Кардиоцентром, возглавляемым академиком Е. И. Чазовым: мы обследуем детей, они - родителей. Получены интересные и обнадеживающие результаты.

Респираторная патология - пневмония, бронхиальная астма - старые направления, но здесь возникли новые проблемы. Мы начали заниматься вопросами современной этиологии внебольничных и внутрибольничных пневмоний детей раннего возраста. Изменения в плане диагностики возбудителя

повлекли за собой и изменения алгоритмов лечения. Больше внимание стали уделять таким микроорганизмам, как микопlasма, хламидия, о которых раньше вообще не говорили. По этой тематике ведем семь исследований. Кроме того, занялись проблемой бронхиальной астмы, пока у детей старшего возраста, но хотим перейти на изучение этой патологии у детей первых трех лет жизни. В России этим пока никто не занимается, а на Западе этот диагноз ставят детям уже первого года жизни и тут же начинают систематически лечить. Раннее лечение профилаксирует и инвалидность, и смертность от бронхиальной астмы.

Среди других приоритетных тем кафедры - почечная патология. Наша кафедра внесла очень большой вклад, занимаясь изменениями почек при капилляротоксикозе (болезни Шенлейна-Геноха). В 60-х - начале 70-х годов у нас были выполнены очень серьезные работы по этой тематике. Сейчас мы немного расширяем нефрологическое направление, взяв за основу проблемы неинвазивного обследования детей, потому что дети раннего возраста очень тяжело переносят инвазивные методики.

Уже около трех лет в больнице действуют два отделения для детей сирот. Это тоже база нашей кафедры. Дети поступают из различных домов ребенка города Москвы, контингент особенный. Несмотря на преобладание психоневрологических заболеваний, очень много гастродуоденальной, хронической бронхолегочной патологии. Мы проводим плановые обследования в домах ребенка, изучаем психологическое, физическое и психомоторное развитие детей, а также инфицированность рядом актуальных микроорганизмов, в частности *B. helicobacter* у детей с гастродуоденальной патологией. В тех домах ребенка, где много таких заболеваний, естественно, обсемененность этими микроорганизмами почти стопроцентная. Отсюда - подходы к лечению и профилактике. Сейчас, с помощью финской фирмы "Labsistems", мы будем проводить исследования по зараженности детей хламидиозом.

И, наконец, неонатология. Я отдала ей более 25 лет жизни. Мы разрабатывали тему гнойно-воспалительных заболеваний, проблеме сепсиса, изучали при этом свертывающую систему крови, эндокринную систему

у новорожденного ребенка, иммунологическую систему и т. д. Занимались и занимаемся хронической гипоксией плода, внутриутробным инфицированием его вирусными, бактериальными микроорганизмами и грибами. Это направление становится для нас приоритетным, ведь качество здоровья детей все ухудшается. В условиях снижения рождаемости ситуация становится просто вопиющей.

Много внимания стали уделять изучению врожденного сифилиса, которого становится все больше и больше. Нас интересует, как внутриутробные инфекции воздействуют на организм ребенка, прослеживаем его судьбу в течение первого года жизни. Здесь очень много вопросов. Так, нам кажется, что в рекламе некоторых коммерческих лечебных учреждений несколько преувеличивается опасность хламидийной инфекции. Обнаружение хламидийного антигена в организме ребенка еще ни о чем не говорит. Инфекция может и не развиваться, цепочка способна оборваться на любом звене. Нам надо искать критерии ее развития и лечить только тех детей, которые в этом нуждаются. В своих поисках мы встретили взаимопонимание нескольких отечественных учреждений и зарубежных фирм, которые помогают нам в работе.

Наш главный врач очень заботится о больнице, делает все для ее развития. В отличие от многих своих коллег, делающих ставку на развитие коммерческих структур, у него другой подход: сделать все для того, чтобы лечиться могли все дети, независимо от уровня дохода их родителей.

Появление рынка, подчас нецивилизованного, породило ряд серьезнейших, в том числе и психологических проблем. Зачастую люди подменяют профессионализм денежным эквивалентом. Но две категории людей всегда остаются без денег: альтруисты, бескорыстно преданные науке и бездари, которых никуда не берут. Должна сказать, что какими-то удивительными путями Михаил Анисимович от неудачников избавляется, а вот высоких профессионалов бережет, их у нас подавляющее большинство. В больнице создалась определенная аура, своеобразный микроклимат, который характеризуется очень человеческим и высокопрофессиональным отношением к делу.

САНДОГЛОБУЛИН В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Академик РАЕН проф. Г. В. Яцык, НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН

История использования человеческого внутривенного иммуноглобулина в лечебных целях начала свой отсчет свыше сорока лет назад. В отделении для недоношенных детей НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей Российской АМН также накоплен определенный опыт по клиническому применению внутривенных иммуноглобулинов отечественного и зарубежного производства. В частности, нами применялся препарат Сандоглобулин фирмы "Новартис Фарма" (Швейцария), представляющий собой поливалентный внутривенный иммуноглобулин, полученный из плазмы здоровых доноров. Нами задокументированы результаты применения Сандоглобулина в комплексной терапии группы пациентов в периоде новорожденности и на втором месяце жизни.

НАЗНАЧЕНИЕ САНДОГЛОБУЛИНА

Препарат вводили внутривенно капельно или медленно струйно в 0,9%-м растворе хлорида натрия или 5%-м растворе глюкозы. При этом для введения человеческого иммуноглобулина обязательно использовали отдельную капельницу. Врач (или процедурная медсестра) осуществляли визуальный контроль за качеством вводимого раствора (применялся только совершенно прозрачный раствор без взвеси частиц). Частично использованные флаконы с препаратом повторно не использовались.

Нами применялся Сандоглобулин, расфасованный во флаконы по 3,0 г. Дозировка препарата осуществлялась в соответствии с рекомендациями производителей: разовая доза (за сутки) для недоношенных детей составляла 0,5 г, а для доношенных новорож-

денных - 1,0 г. Длительность курса лечения у большинства детей составила 6 дней (17 пациентов). Два ребенка получали внутривенный человеческий иммуноглобулин в течение 4-х дней, а один пациент - 10 дней (у последнего ребенка клинический диагноз: интерстициальная пневмония, дефект клеточного иммунитета).

ГРУППА ПАЦИЕНТОВ

Всего Сандоглобулин получали 19 детей, среди которых было 11 мальчиков и 8 девочек. Возраст пациентов к моменту назначения внутривенного иммуноглобулина варьировал от 5 дней до 1 месяца 25 дней. В описываемой группе детей 13 пациентов были недоношенными (масса тела при рождении составляла от 1200 г до 2700 г, а гестационный возраст - от 30 до 36 недель); 6 детей родились в срок.

Основным клиническим диагнозом у 5 детей был сепсис (пупочный и внутриутробный), у трех пациентов отмечалась тяжелая двухсторонняя пневмония. У остальных детей в качестве основного диагноза были тяжелые формы перинатальной энцефалопатии гипоксического, травматического и гипоксически-травматического генеза (11 пациентов), но при этом сопутствовали локальные очаги инфекции (в виде омфалитов, отитов, конъюнктивитов, тромбоваскулитов пупочных сосудов - отдельно или в сочетании). Наличие у пациентов локальных очагов воспаления с учетом отягощенного преморбидного фона (недоношенность, внутриутробная гипотрофия, длительный безводный промежуток в родах, перенесенная асфиксия/гипоксия и т. д.) позволило отнести этих детей в число угрожаемых по

развитию генерализованной инфекции (сепсиса), что и послужило показанием к проведению заместительной иммунотерапии Сандоглобулином.

К моменту назначения препарата состояние всех пациентов расценивалось как тяжелое. У 4 детей с сепсисом и у 3 пациентов с пневмонией отмечались признаки выраженного токсикоза (фаза разгара заболевания), а кроме того наличествовали выраженные метаболические сдвиги и нарушения кислотно-щелочного статуса (преимущественно в виде ацидоза). У этих детей в общих анализах крови имелись указания на нейтрофилез и палочкоядерный сдвиг. У одного ребенка с сепсисом зафиксирована тромбоцитопения (уровень содержания тромбоцитов в крови 20160/мм³).

Умеренный нейтрофилез и сдвиг влево отмечены также у 5 из 11 детей с локальными очагами воспаления. Выраженного лейкоцитоза в наблюдаемой группе детей не отмечено. У пациентов выборочно проводилось исследование содержания иммуноглобулинов классов А, М и G в сыворотке крови до начала лечения Сандоглобулином (8 детей). Лишь у одного ребенка (глубокая недоношенность) содержание сывороточного иммуноглобулина G было несколько снижено, у остальных детей исследованные иммуноглобулины оставались в пределах нормы.

Помимо заместительной иммуногематерапии всем детям из описываемой группы проводилась антибактериальная терапия (преимущественно цефалоспориновыми и аминогликозидными) препаратами

(Продолжение на стр. 15)



Фо-фо



ДЕТСКАЯ ГАЗЕТА

ДОРОГИЕ ДЕВОЧКИ И МАЛЬЧИКИ!
ЭТО, КОНЕЧНО, ПЕЧАЛЬНО ОКАЗАТЬСЯ В
БОЛЬНИЦЕ. НО НЕ НАДО ПАДАТЬ ДУХОМ! МЫ
НАДЕЕМСЯ, ЧТО НАША ГАЗЕТА ВАС НЕМНОГО
ОТВЛЕЧЕТ ОТ ГРУСТНЫХ МЫСЛЕЙ. КТО ЛЮБИТ
ШУТКУ И СМЕХ - ТОТ БЫСТРЕЕ ВЫЗДОРАВЛИВАЕТ.
АВТОРЫ ЭТИХ СТРАНИЦ - ВЕСЕЛЫЕ ДЯДИ, КОТОРЫЕ
НАЗЫВАЮТ СЕБЯ МИТЬКАМИ.

СЛУЧАЙ

Дядя Федя съел медведя
И поехал на базар!
На базаре дядя Федя
Выпил чаю самовар.

А наутро тетя Мотя
В поликлинику звонит:
"Помогите дяде Феде -
У него живот болит!"

К ним приехал врач Кирилл
Дядю Федю подлечил.
И велел ему не есть
Никаких зверей дней шесть.

Дядя Федя был послушным -
Всю неделю кашу кушал,
А потом помчался в лес,
Чтобы шесть медведей съесть.

Но нашел всего двоих,
Тут и кончился наш стих.

МЕДСЕСТРЁНКА

Зайка со стола свалился.
Нос у зайки отвалился.
Полечила его клеем,
И теперь он не болеет.

Как-то раз большая муха
Залетела кошке в ухо.
Муху эту я достала,
Но крыло ей поломала.
Та - реветь: "Не полечу!"
"Не горюй, я полечу."
Ей крыло смочила йодом
И пустила на свободу.



ПОРЯДОК

Однажды у меня завелся Порядок. Маленький странный зверек, который ходил из угла в угол и укладывал вещи на те места, где, как он считал, им и положено быть.

Теперь все вещи лежали на СВОИХ местах, но я разумеется ничего не мог найти, потому что не знал, какое у какой вещи СВОЕ место.

Например, я точно помнил, что вчера, раздеваясь, бросил свой шарф на люстру, а сегодня полчаса искал его по всей квартире и, в конце концов, так и ушел без шарфа, потому как очень трудно догадаться, что место моего шарфа на верхней полочке нашего одежного шкафа.

Да шарф это еще так, пустяки. Вот недавно я написал стихи



Я И МОЙ ПОРЯДОК

на пустой папиросной коробке, а когда собрался переписать их в свой компьютер, то они уже были в мусорном ведре. Вот оказывается где НАСТОЯЩЕЕ-ТО место для моих стихов!

Дальше - больше. У меня в холодильнике хранились опарыши для рыбной ловли. Так этот ужасный Порядок решил, что и опарышам лучше быть в мусорном ведре, а вовсе не рядом с

колбасой и сыром. Ой, что тут было! Опарыши, конечно же, от тепла быстро окуклились и через пару дней превратились в мух, которые носились по нашему дому как угорелые, а Порядок вопил, что мусор нужно выносить не раз в неделю, а гораздо чаще.

Однако, в скором времени я очень привязался к своему Порядку и даже немножко полюбил его. Я, наконец-то, выучил все места для всех моих вещей и уже не искал подолгу то, что мне было нужно. А когда я для Порядка принес в дом комнатный цветок в горшочке, то мой маленький зверек так растрогался, что даже заплакал. А на следующий день он ушел от меня к совсем другому человеку.

КОСТИ СЧАСТЬЯ

Если кто-нибудь думает, что страшный человек Егорка Пустобрюхин съел большое человеческое счастье, а косточки от него сложил в собственный правый карман, то он глубоко заблуждается.

Кости счастья так называются потому, что Егорка Пустобрюхин кормит ими голодных бродячих собак, и они виляют хвостами и счастливеют от радости прямо на глазах.

Вот он какой оказывается - Егорка-то Пустобрюхин!



СВИСТУН-ПУГВОЕД

ПОЛБЕДЫ

Жил один человек по прозвищу Полбеда. И не то чтобы у него всегда половинчатые беды бывали, а наоборот - все его беды от пола происходили.

Вот сядет он, например, на полу, ноги у стеночки вытянет, а тут из-за угла как выскочит серый мышь и за пятку укусит. Думаете не больно, за пятку-то? Ещё как больно.

Или наклонится он в щель между досками посмотреть и обязательно глаз занозит. Думаете не больно, когда в глазу заноза? Ещё как больно.

А вот тут нашёл он на полу старую пуговицу и не долго думая съел, а она у него в горле застряла и теперь свистит при вдохании и выдыхании свежего воздуха, и очень даже громко свистит! Так свистит, что все соседи из дома сбежали и стали жить прямо на газоне в брезентовых палатках.

А у Полбеда появилось новое прозвище - Свистун-пугвояд.

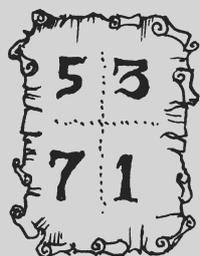
МОЙТЕ ФРУКТЫ ПЕРЕД ЕДОЙ!



РАЗ ПОШЛИ НА ДЕЛО ЧЕТВЕРО МИКРОБОВ,
СЕЛИ В ЗАПАДНЮ НА ВИНОГРАД.
МИМО ВИНОГРАДА ШЕЛ ПЕТЮНЯ ЛОБОВ,
ЯГОДКИ ОТВЕДАТЬ БЫЛ ОН РАД.

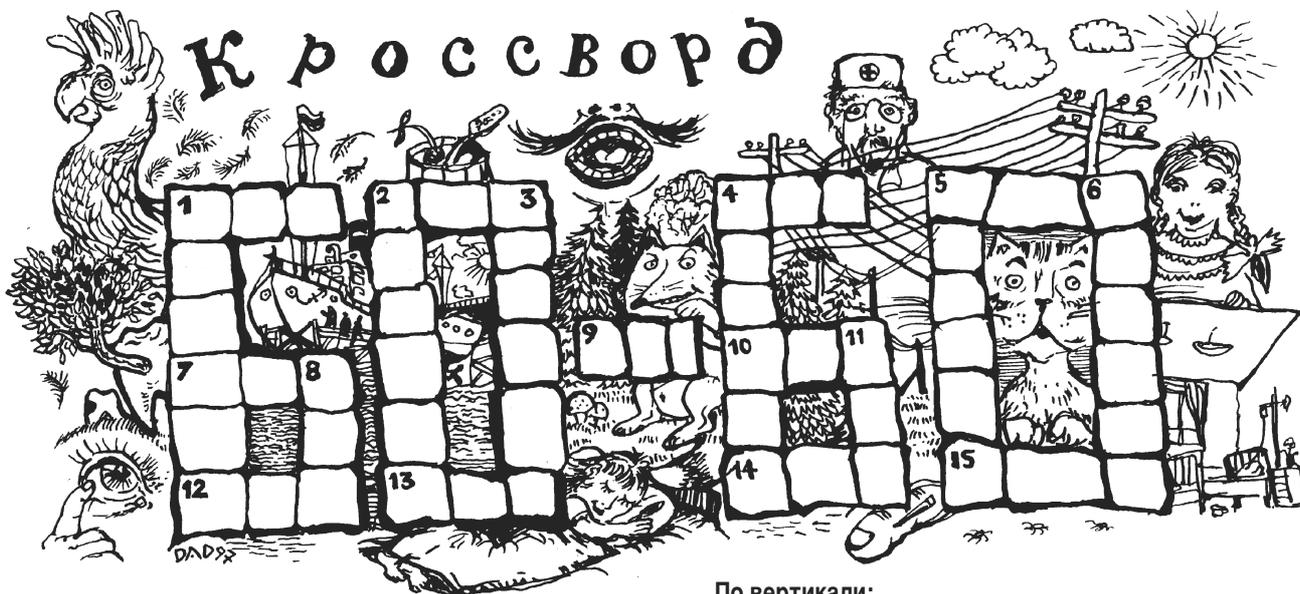
ВИНОГРАД СРЫВАЯ, НАШ ПЕТЮНЯ ЛОБОВ
ЗАПАДНЮ УВИДЕТЬ НЕ СУМЕЛ.
ВМЕСТЕ С ВИНОГРАДОМ ЧЕТЫРЕХ МИКРОБОВ
НАШ ГЕРОЙ НЕЧАЯННО ПОЕЛ.

И В ЖИВОТ УПАВШИ, ЧЕТВЕРО МИКРОБОВ
ТАМ БОЛЬШОЙ УСТРОИЛИ РАЗГУЛ.
ТАК ПОПАЛ В БОЛЬНИЦУ НАШ ПЕТЮНЯ ЛОБОВ,
У НЕГО СЛУЧИЛСЯ ОЧЕНЬ ЖИДКИЙ СТУЛ.



Угадав неизвестную цифру в последнем квадрате, вы получите ключ для разгадки зашифрованной фразы:

МРНОКТЙГЛТЖЗЕЩШРЛЪУЦЫКПАИЮБПВЯЕФЧРИТЕВСДКУЕПАДШИОБЮЙ



По горизонтали:

1. Бывает с дуплом, но не дерево.
2. Больница для кораблей.
4. Глаза закрываются - он начинается.
5. Вторая часть имени одного знаменитого медвежонка.
7. Старинный глаз.
9. С "е" во мне растут деревья. "И" подставка, и зверь теперь я.
10. Я бегу по проводам, чтобы свет доставить вам.
12. Имя девочки.
13. В нем 32 гонимых скрывают то, чем говорят.
14. В театре он бывает и пьесы разбивает.
15. Хоть и зовется попугаем, но никого он не пугает.

По вертикали:

1. Я с забора убегаю - за ладонь ребят кусаю.
2. Ребятишек защищая, я болезни отгоняю.
3. Меня попей и скушай, я с яблоком и грушей.
4. Мамина дочка кто для сыночка?
5. Комната в больнице.
6. Болезнь ужасная и злая, от грязных рук она бывает.
8. Имя девочки.
11. Для мышей самый страшный из зверей.

Палата. 6. Холера. 8. Оля. 11. Кот.
По вертикали: 1. Заноза. 2. Доктор. 3. Компот. 4. Сестра. 5. Лис. 10. Ток. 12. Аня. 13. Рот. 14. Акт. 15. Ара.
По горизонтали: 1. Зуб. 2. Док. 4. Сон. 5. Пух. 7. Око. 9. Лес.

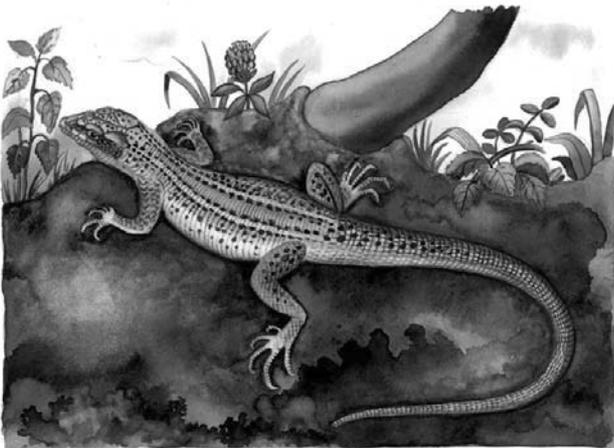
Ответы:

Г. Целищев

РАДИ ЖИЗНИ

Теплый солнечный день. В лесу на старом пне сидит ящерица. Только внимательно приглядевшись можно ее увидеть. На буром фоне она почти не заметна.

Красивая! Пригрелась на солнышке, замерла.



Хрустнувшая под моей ногой ветка ее испугала. Ящерица сделала несколько резких шажков в сторону и снова замерла. Затаив дыхание, слежу за ней. Быстрым, резким движением пытаюсь ее схватить. Но не тут-то было! В моей руке только хвост. А хозяйка? Хозяйка, юркнув, мгновенно исчезла под пнем.

Да, что там хвост! Жизнь спасла! А хвост новый вырастет.

Оказывается и у осьминога есть в резерве этот способ защиты. Восемь длинных рук-щупалец постоянно подвергаются опасности, особенно когда он заплывает на незнакомый участок.

Однажды осьминог решил пообедать. Увлекся... и не заметил, как далеко уплыл от своего дома. Все

ново, все интересно, все любопытно! Плышет медленно, осторожно. Обследует каждый камень, каждый бугорок. А за камнем, в расщелине, затаилась мурена - злейший враг осьминога.

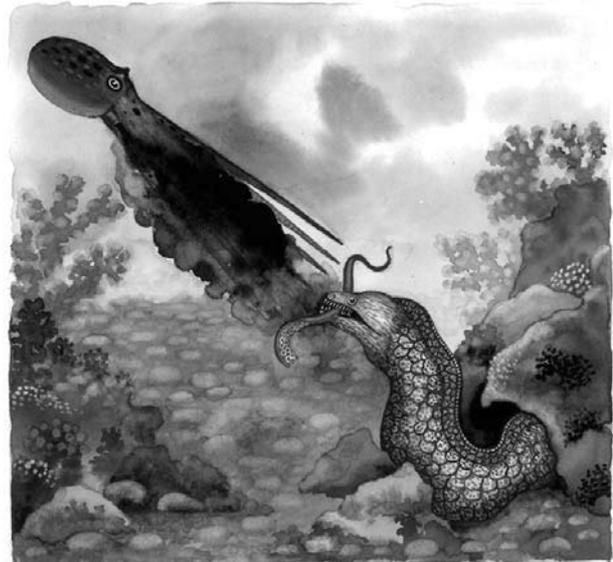
Случилось все внезапно, всего за несколько секунд. Мурена молнией рванулась из укрытия!

Осьминог едва успел отбросить одно из щупалец и прикрыться "дымовой завесой" - выпустил чернильное облако.

Отброшенное щупальце так отчаянно извивалось, что мурена кинулась и схватила его, упустив главное - хозяина.

Ничего не поделаешь, пришлось откупиться одним щупальцем, зато спас себе жизнь!

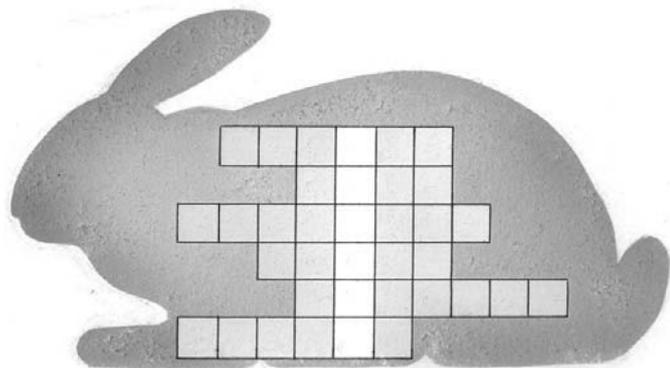
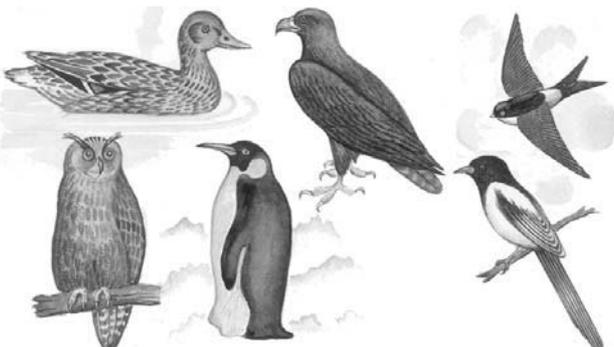
Через двое суток рана заживет, а через полгода на месте утерянного вырастет новое щупальце.



Рисунки автора

ЗНАЕШЬ ЛИ ТЫ ЭТИХ ПТИЦ?

Отгадай, как называют этих птиц? Заполни клетки по горизонтали. Если ты правильно отгадал название этих птиц, то в белых клетках по вертикали прочтешь название животного.



внутримышечно и внутривенно с одновременным назначением зубиотиков и нистатина per os, осуществлялось симптоматическое лечение. Шесть пациентов получали глюкокортикоидные гормоны (преднизолон в/м и per os).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНДОГЛОБУЛИНА

Стойкий положительный эффект от проводимой иммуногемотерапии отмечался в 16 случаях из 19 (из них у трех пациентов с сепсисом, у двух - с пневмонией, а остальные дети характеризовались наличием очагов локального воспаления). При сепсисе и пневмонии уже после 3 - 4 дней применения Сандоглобулина отмечалось уменьшение токсикоза, ликвидация метаболических нарушений. После окончания курса лечения отмечалась явная тенденция к нормализации картины периферической крови. У упомянутого выше пациента с признаками тромбоцитопении (вследствие септического процесса) после проведения курса Сандоглобулина количество тромбоцитов нормализовалось. При тромбоцитопении механизм клинической эффективности препарата остается не вполне понятным.

У детей с пневмониями отмечено значительное уменьшение дыхательной недостаточности. В случаях с локальной бактериальной инфекцией ее очаги ликвидировались в среднем на 4 - 6 дней быстрее, чем у детей, не получавших внутривенного глобулина. Ни в одном из этих случаев не произошло генерализации инфекции (угроза развития сепсиса не реализовалась).

Нерепрезентативность сравнительно небольшой группы детей, у которых исследовали содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови, не позволяет сделать достоверные выводы относительно динамики иммунологических показателей на фоне проводимого лечения. Так, из восьми детей у четырех отмечено закономерное нара-

стание уровня иммуноглобулина класса G (при этом у двух пациентов его содержание возросло почти 2-кратно), а у четырех детей уровень Ig G оставался практически без динамики.

В трех случаях из 19 стойкого положительного эффекта от применения Сандоглобулина не получено, но можно говорить о временном положительном эффекте. Два ребенка впоследствии погибли (один из них - ребенок с интерстициальной пневмонией - скончался по достижении 6-месячного возраста на фоне иммунодефицитного состояния; второй - ребенок с пупочным сепсисом и множественными врожденными аномалиями, включая порок сердца, умер в возрасте 1 месяца 18 дней на фоне нарастающей декомпенсации порока сердца). Таким образом, отсутствие выраженной клинической эффективности применения Сандоглобулина в трех случаях было обусловлено наличием резко отягощенного преморбидного фона у получавших иммуногемотерапию детей.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Несмотря на предупреждение изготовителей о возможности возникновения некоторых нежелательных явлений на фоне применения Сандоглобулина, выраженных побочных реакций нами не было зарегистрировано ни в одном случае. У группы детей, получавших внутривенный человеческий иммуноглобулин не отмечалось побочных эффектов в виде реакций гиперчувствительности (анафилактоидные реакции немедленного типа), токсических, воспалительных (так называемых "флогистических") реакций, а также прочих побочных эффектов (рвота, диарея, гипертермия, повышенное потоотделение, изменения артери-

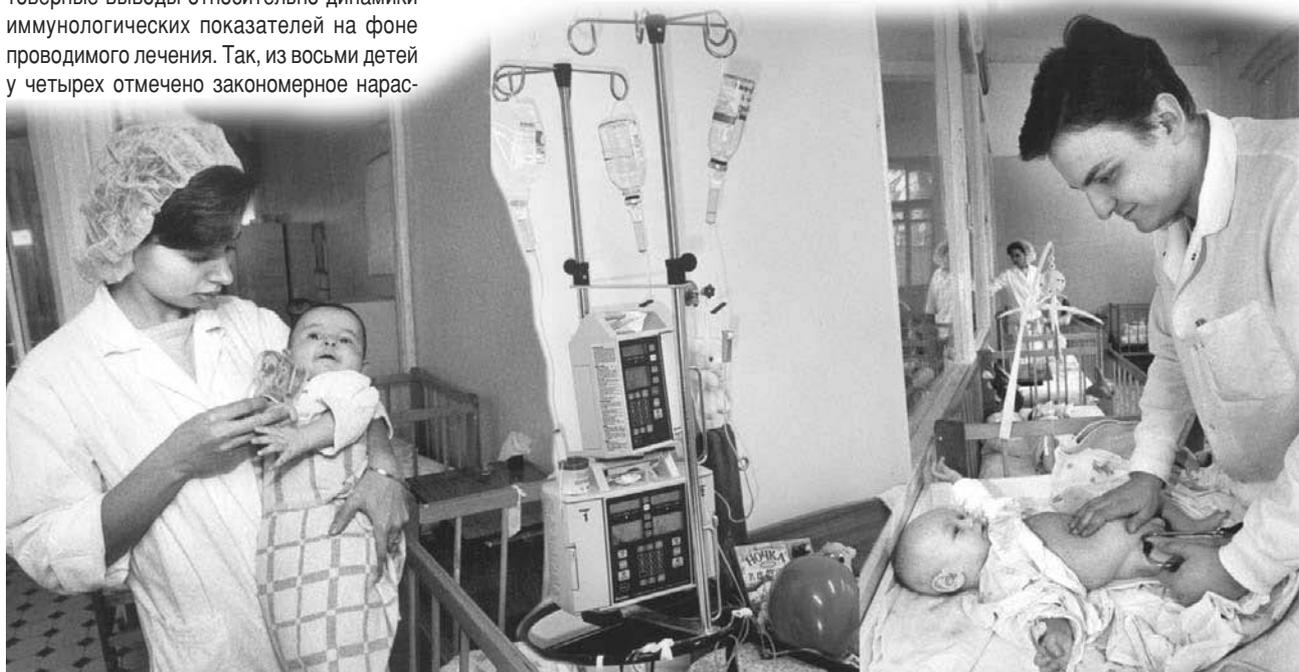
ального давления в виде гипотонии/гипертонии, коллапс и т. д.), на возможность развития которых указывали R. A. Thompson, а также S. Barandun и A. Morrel.

У трех детей отмечена некоторая эозинофилия без каких-либо клинических проявлений аллергических реакций. Не исключено, что увеличение процентного содержания эозинофилов у детей, получавших Сандоглобулин, было связано с реакцией на сахарозу, которая входит в состав ингредиентов поливалентного внутривенного иммуноглобулина. У двух пациентов на фоне проведения лечения отмечалось появление следов белка в моче, исчезнувших по прошествии, соответственно, 7 и 10 дней после отмены препарата (связь относительной протеинурии с использованием Сандоглобулина не была подтверждена).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, Сандоглобулин - поливалентный нормальный человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения, по нашим данным оказался высокоэффективным препаратом при лечении 16 детей первого - второго месяцев жизни (84,2%), обладая временной (относительной) эффективностью у трех оставшихся детей (15,8%).

Введение Сандоглобулина детям первых недель - месяцев жизни с сепсисом и пациентам, угрожаемым по генерализации инфекционного процесса, является эффективным способом заместительной иммуногемотерапии. Особенно незаменимым следует признать его применение в терапии недоношенных детей, иммунитет которых характеризуется относительной недостаточностью, что делает их особо подверженными риску развития гнойно-воспалительных заболеваний.



ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Г. А. Самсыгина, д. м. н., профессор, действительный член МАН Высшего образования, заведующая кафедрой детских болезней РГМУ

Одной из проблем современной медицины наших дней является хламидийная инфекция. Вызываемая в основном тремя видами микроорганизмов (*S. trachomatis*, *S. pneumoniae*, *S. psittaci*), хламидийная инфекция является причиной большого числа разнообразных заболеваний, как у взрослых, так и у детей. У детей с *S. trach.* связывают заболевания урогенитального тракта (вульвиты и вульвовагиниты, баланопоститы, циститы, пиелиты и пиелонефриты), заболевания респираторного тракта (синуситы, отиты, бронхиты и пневмонии), конъюнктивиты, артриты и артропатии, синдром Рейтера, диареи, поражение миокарда. *S. pneumoniae* является причиной развития бронхитов и пневмоний, неспецифических инфекционных артритов, сосудистой патологии и поражения миокарда и, по-видимому, может участвовать в патогенезе бронхиальной обструкции. Наконец, *S. psitt.* является причиной болезни кошачьей царапины, синдрома Рейтера, тяжелой интерстициальной пневмонии (пситтакоз, орнитоз), ангина, синуситов и отитов. Уже одно это разнообразие клинических форм инфекции создает серьезные трудности диагностики хламидиоза.

Известно, что хламидия трахоматис, как причина заболеваний, чаще встречается у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Это связано с инфицированием их во время родов. В возрасте от 3 до 10 лет частота заболеваний, вызванных этим видом возбудителя не велика. Но, начиная с 11 - 12 лет, заболеваемость вновь возрастает. Хламидия пневмонии, как причина заболеваний, до 7-летнего возраста встречается редко, но, начиная с этого возраста, частота этого вида хламидиоза неуклонно возрастает. Частота пситтакоза почти не зависит от возраста, но в первые месяцы жизни он отмечается крайне редко. В целом же частота хламидийной инфекции и ее отдельных клинических форм в детской популяции практически не изучена. Это, прежде всего, обусловлено рядом объективных факторов: малосимптомностью, стертой картиной большинства заболеваний, трудностями диагностики, частой ассоциацией хламидийной инфекции с другими инфекционными агентами, трудностью доказательства этиологической значимости хламидий в развитии той или иной патологии. С другой стороны, определенную роль играет недостаточная информированность врачей о данной патологии и довольно

сложный алгоритм диагностики, требующий хорошего знания этого вопроса и достаточно высокого (и дорогого) уровня исследований.

Хламидии относятся к облигатным внутриклеточным возбудителям, т. е. они могут существовать только внутри клеток организма человека. Поэтому обычные культуральные микробиологические методы не могут их обнаружить. Только культивирование возбудителя в монослое клеток с последующей идентификацией при помощи реакции прямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител или ДНК-детекция позволяют выявить хламидийный антиген.

Однако, работы последних лет свидетельствуют о том, что в ряде случаев возможно бактерионосительство хламидий, так называемая "патологическая колонизация", которая не является собственно болезнью, но безусловно создает угрозу ее развития. Поэтому, обнаружение хламидийного антигена или фрагмента его гена еще не является поводом к постановке диагноза хламидийной инфекции и назначению лечения. Тем более, что при излечении от заболевания еще в течение 1 - 2 месяцев эти реакции остаются положительными. В диагностике заболевания, его давности (острая инфекция, персистирующая, перенесенная в прошлом) ведущую роль приобретает обнаружение антихламидийных антител в диагностических титрах. Но при этом необходимо учитывать, что продукция антител у детей, особенно младшего возраста, новорожденных, недоношенных, тяжело больных или иммуносупрессированных, начинается значительно позже, чем у взрослых больных, титры антител достигают диагностического уровня позднее.

Лечение хламидийной инфекции у детей также сталкивается с рядом проблем. Впервые, хламидии, будучи внутриклеточными возбудителями, недоступны воздействию таких антибактериальных препаратов, как пенициллиновые антибиотики, цефалоспорины, аминогликозиды, карбапенемы и гликопептиды. Только три группы препаратов - тетрациклины, фторхинолоны и макролиды - обладают антимикробным эффектом в отношении этих возбудителей. Но тетрациклины и фторхинолоны не используются в лечении детей: первые - до 10-летнего возраста, вторые - до прекращения роста, т. е. до 18 лет. Это связано с отрицательным действием тетрациклиновых и

фторхинолоновых препаратов на растущие хрящевую и костную ткани. Их назначение у детей возможно лишь при состояниях, угрожающих жизни ребенка, как "терапия отчаяния". Но особенностью хламидийной инфекции является именно отсутствие выраженной тяжести клинических проявлений в сочетании с торпидностью течения, низкой эффективностью терапии. Причина этого феномена кроется в особенностях иммунного ответа организма человека на внутриклеточную инфекцию. Как правило, при хламидиозе (кроме пситтакоза) не отмечается выраженного образования провоспалительных цитокинов, характерен низкий уровень интерферонов, особенно интерферона- γ , и простагландинов. Это ограничивает развитие инфекционного токсикоза у ребенка, но способствует развитию продуктивного воспаления.

Практически единственной группой антибактериальных препаратов, используемой в педиатрии для лечения хламидийной инфекции, являются макролиды: эритромицин, кларитромицин (кларид), рокситромицин (рулид), азитромицин (сумамед), спирамицин (ровамицин). В то же время такие препараты как мидекамицин (макропен), джозамицин обладают довольно невысокой эффективностью. Особенностью лечения является и то, что длительность антибиотикотерапии велика. Даже при острых формах заболевания рекомендуются курсы не менее 3 недель (для азитромицина, обладающего выраженной способностью к кумуляции в клетках - не менее 10 дней). При персистирующей инфекции целесообразно использование повторных курсов терапии, однако их кратность, продолжительность и периодичность дискутируются даже в терапии. В педиатрии эти вопросы не изучены.

В последние годы в лечении персистирующей хламидийной инфекции довольно широко используются средства, обладающие иммунокорректирующим действием (препараты тимуса, иммуноглобулины, интерфероны и их индукторы и т. д.). Но их использование больше основано на недостаточной эффективности применяемой антибактериальной терапии, чем на достоверных рандомизированных сравнительных исследованиях. В целом, иммуномодулирующие препараты улучшают течение инфекционного процесса, но к сожалению - весьма несущественно. Вероятно, решение и этой проблемы хламидийной инфекции еще впереди.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

М. Ю. Щербакова, Е. В. Мурашко, Российский государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического характера являются одной из основных проблем современного здравоохранения. По данным ВОЗ ежегодно тысячи жителей Земли в разных странах умирают или надолго лишаются трудоспособности, возможности активной жизни из-за гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Особенно тревожным представляется факт "омоложения" этих заболеваний, так как в последние годы значительно увеличилось число больных среди лиц молодого возраста.

Среди многочисленных причин, вызывающих развитие атеросклеротических заболеваний, наиболее значимыми являются ожирение, сочетающееся с нарушением липидного обмена, артериальная гипертония, сахарный диабет, курение, недостаточная физическая активность. В ряде случаев эта патология носит семейный характер, что можно вероятно объяснить наличием общих черт: одинаковый тип строения сосудов и их интимы, семейный тип жирового обмена, характер питания. Предпосылки поражений сердечно-сосудистой системы закладываются еще в детском возрасте, а факторы риска их у детей идентичны таковым у взрослых.

Патогенез атеросклероза основывается на теории "ответа на повреждение". Атерогенез представляет собой сложный, многоступенчатый процесс, начинающийся с повреждения эндотелия, выстилающего внутреннюю поверхность сосудистой стенки, в ходе прогрессирования которого в просвете сосудов формируется фиброзная бляшка. Иницирующее повреждение может произойти по нескольким причинам: высокие гемодинамические нагрузки, токсическое влияние курения (оксид углерода), иммунные комплексы, свободный цистеин, повышенный уровень липопротеидов низкой плотности, воздействие инфекционного агента (хламидии, вирусы герпеса и цитомегалии).

Неблагоприятно то, что атеросклероз - "бессимптомная" болезнь в течение довольно длительного периода времени, которая начинается уже в детском возрасте. Прогрессирование атерогенеза приводит к инфаркту миокарда, инсульту, окклюзии периферических артерий.

Это обосновывает целесообразность проведения профилактики атеросклероти-

ческих заболеваний уже в раннем возрасте, для чего необходимо изучение предвестников атеросклероза у детей и подростков. Особую актуальность эта проблема приобретает для детей, родители которых в молодом возрасте перенесли инфаркт миокарда, инсульт, страдают гипертонической болезнью.

Изучение жирового профиля позволило говорить, что нарушения липидного обмена имеют место не только у родителей, страдающих заболеваниями атеросклеротического характера, но и у их детей: достоверное увеличение уровня холестерина у взрослых достигается за счет его преимущественного накопления в атерогенных фракциях липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), при этом содержание холестерина в липопротеидах высокой плотности (ЛПВП), обладающих антиатерогенными свойствами, было снижено ($p < 0,05$). У детей отмечается повышение уровня общего холестерина, нарушение соотношения ЛПВП и ЛПНП в сторону накопления атерогенных фракций липопротеидов.

Проведенное вирусологическое исследование показало значимую инфицированность обследуемого контингента вирусами герпеса (ВПГ) и цитомегалии (ЦМВ), более выраженную у взрослых. При этом ВПГ одинаково часто встречался как среди больных, имеющих ранние проявления атеросклероза, и их детей, так и среди практически здоровых взрослых и детей.

При сравнении частоты вирусемии ЦМВ мы отметили достоверно более высокую частоту встречаемости этих вирусов у больных, наблюдающихся по поводу ранней манифестации атеросклероза, и их детей ($p < 0,05$). Анализ клинических проявлений атеросклеротического процесса показал, что у лиц, перенесших инфаркт миокарда, цитомегаловирусный антиген встречался чаще, чем у лиц, страдающих гипертонической болезнью ($p < 0,05$). Аналогичная зависимость наблюдалась и среди детей.

Иммунологическое исследование выявило довольно высокую распространенность хламидийной инфекции среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, по сравнению с другими категориями взрослых, при этом достоверно чаще встречалась Chlamydia pneumoniae. Обнаружение повышенных титров антител к этому микроорганизму имело место более чем у полови-

ны пациентов, перенесших инфаркт миокарда, а в других группах взрослых лишь у 40% определялся сомнительный титр антител (1:64). Отмечено увеличение встречаемости Chlamydia pneumoniae среди детского населения, при этом, обращает на себя внимание факт повышенной циркуляции этого микроорганизма у детей, чьи родители перенесли инфаркт миокарда.

Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности Chlamydia pneumoniae в семьях больных, перенесших инфаркт миокарда.

В последние годы появились исследования, показывающие, что процесс атерогенеза во многом схож с обычным воспалительным процессом, и в том и в другом случае необходимо наличие окисленных липопротеидов, пусковым моментом обоих процессов является воздействие инфекционного агента (хламидии, вирусы герпеса и цитомегалии). Под их влиянием активизируется иммунный ответ, нарушается синтез коллагена, происходит высвобождение ферментов, нарушающих структуру соединительной ткани, в результате чего образуется фибриновая чаша атеросклеротической бляшки. Возникающие под воздействием антигенов микроорганизмов изменения иммунного ответа способствуют развитию транзиторной гиперлипидемии, приводящей к накоплению атерогенных фракций ЛПНП в поврежденной стенке сосудов.

Выявленная атерогенная направленность липидного спектра при персистенции цитомегаловирусной и хламидийной инфекции у детей с отягощенной наследственностью по атеросклерозу, дает основание предположить у этой категории детей возможность раннего формирования сердечно-сосудистой патологии. Это обосновывает выделение их в группу риска по раннему атеросклерозу. Дальнейшие экспериментальные, клинические и эпидемиологические исследования позволят уточнить роль и место ЦМВ, хламидийной инфекции в атерогенезе и определить тактику ведения детей с наследственной отягощенностью по атеросклерозу, инфицированных ЦМВ, Chlamydia pneumoniae. При этом целесообразно проведение профилактического лечения противовирусными препаратами, назначение курсов общеукрепляющей терапии и санация очагов хронической инфекции.

СУМАМЕД В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Е. В. Андрющенко, доцент кафедры детских болезней ММА им. И. М. Сеченова

Инфекции верхних дыхательных путей у детей представляют собой важную клиническую проблему, связанную в первую очередь с их высокой распространенностью, превышающей 100 на 1000 детей. Своевременное и адекватное лечение инфекционной патологии в ЛОР-органах является залогом профилактики развития многих хронических заболеваний у ребенка, в том числе и такого тяжелого поражения бронхолегочной системы, как бронхоэктазия. Данные литературы свидетельствуют о ведущей роли в развитии инфекций верхних дыхательных путей у детей таких возбудителей, как пневмококк, стрептококк группы А, палочка гемофилюс инфлюэнца. В этой связи в лечении больных данной патологией широко используются бензилпенициллин, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины. К сожалению, в амбулаторной педиатрической практике до настоящего времени в лечении инфекционной патологии в ЛОР-органах используются линкомицин и гентамицин, несмотря на то, что линкомицин практически неактивен в отношении палочки гемофилюс инфлюэнца, а пневмококк природно устойчив к гентамицину. В течение последних лет большое внимание клиницистов привлекают сообщения об этиологической роли микроорганизмов, продуцирующих ферменты β -лактамазы, направленные на разрушение бетталактамных антибиотиков, а также на тенденцию к увеличению резистентности пневмококка к пенициллину. Произошли изменения и в этиологической структуре инфекций верхних дыхательных путей. В настоящее время около 12% случаев заболеваний верхних дыхательных путей связывают с деятельностью внутриклеточного возбудителя *Mycoplasma pneumoniae*, а у 15-20% больных патологией ЛОР-органов выделяется *Moraxella catarrhalis*. Эти данные послужили основой для пересмотра позиций, касающихся выбора препарата для рациональной антибактериальной терапии и интереса врачей к группе неомакролидов, в частности к препарату **СУМАМЕД** (азитромицин) фирмы «Плива» (Хорватия).

Азитромицин является первым и единственным представителем 15-членных макролидов (азалидов). Механизм действия азитромицина связан с подавлением биосинтеза белка в чувствительных штаммах микроорганизмов. Препарат обладает бактериостатическим действием, однако в концентрациях, значительно превышающих минимальные подавляющие, оказывает бактерицидный эффект. Спектр антимикробного

действия азитромицина охватывает все ведущие возбудители инфекционно-воспалительного процесса в верхних дыхательных путях, включая внутриклеточные возбудители. Известно, что данный антибиотик проявляет наибольшую среди макролидов активность в отношении палочки гемофилюс инфлюэнца, включая штаммы, продуцирующие β -лактамазы.

Важное терапевтическое значение имеет высокая устойчивость азитромицина к действию соляной кислоты желудка, однако одновременный прием препарата с пищей уменьшает его всасывание на 50%, в связи с этим антибиотик рекомендуется назначать за 1 час до или через 2 часа после еды. Наличие разнообразных медикаментозных форм (таблетки, капсулы, суспензия) позволяет использовать антибиотик у детей любого возраста.

Азитромицин обладает исключительной способностью накапливаться в тканях в высоких концентрациях, в том числе в тканях миндалин, в придаточных полостях носа. Такие терапевтические концентрации антибиотика длительно, в течение суток, сохраняются в месте инфекции. Это позволяет применять препарат однократно и, тем самым, значительно упростить лечение и сделать его легко выполнимым. Следующее преимущество лечения азитромицином заключается в возможности применения коротких, трехдневных курсов терапии. Эта рекомендация обоснована тем, что азитромицин не только накапливается в тканях, внутриклеточно, но и медленно высвобождается. Было установлено, что у детей, получавших азитромицин в суспензии, в тканях миндалин и аденоидах спустя 5-7 дней после приема последней дозы препарата сохранялись терапевтические значения антибиотика. Следовательно, возможно ограничить прием препарата трехдневным курсом. Полагают, что такой результат обеспечивается фармакокинетическими особенностями азитромицина, позволяющими ему в большом количестве накапливаться в лизосомах, альвеолярных макрофагах, фагоцитах, нейтрофилах, транспортироваться к очагу воспаления и высвобождаться в нем в ответ на присутствие бактерий. При этом подавляющее большинство исследователей отмечает, что высокие концентрации препарата внутри клеток модифицируют их функцию, усиливая нейтрофильный фагоцитоз и киллинг бактерий, и рассматривает неомакролиды, как потенциальные иммуномодуляторы (Gemmill S. G., 1991, McDonald P. J., 1992).

Эффективность и безопасность короткого трехдневного курса лечения инфекций верхних дыхательных путей у детей была подтверждена в исследовании, проведенном в клинике детских болезней ММА имени И. М. Сеченова. Азитромицин был применен у 36 больных в возрасте от 4 до 14 лет: у 10 - с тонзиллофарингитом, у 11 со средним отитом и у 15 с синуситом. Доза антибиотика составляла 10 мг/кг массы тела в сутки. Препарат назначали один раз в день через рот на протяжении трех суток. Клинико-лабораторная и бактериологическая оценка эффективности, проводившаяся на 3-4 и 9-11 дни лечения, показала, что у подавляющего большинства больных (91,8%) был получен хороший результат терапии. Отмечена хорошая переносимость препарата, не было зафиксировано побочных явлений в течение терапии. Данные литературы также свидетельствуют о редкости возникновения нежелательных реакций. У детей общая частота развития нежелательных реакций составляет около 9%, в основном они выражаются в умеренных расстройствах со стороны ЖКТ: легкие боли в животе, тошнота, рвота, диарея.

Пациенты, страдающие инфекциями верхних дыхательных путей, относятся, как правило, к категории часто болеющих. У большинства из них имеет место отягощенный по аллергическим заболеваниям анамнез, а обострения заболевания сопровождаются упорным сухим кашлем, что служит основанием для проведения терапии эуфиллином. В этой связи представляется чрезвычайно важным возможное наличие лекарственных взаимодействий, способных привести к повышению уровня теофиллина в сыворотке крови. Известно, что азитромицин не является ингибитором цитохрома P450, не взаимодействует с теофиллином и может применяться у данного сложного контингента больных без риска побочных явлений.

Таким образом, у детей с инфекциями верхних дыхательных путей доказана высокая клиническая эффективность азитромицина. Преимущества применения азитромицина заключаются в возможности осуществления целенаправленной, этиотропной антибиотикотерапии в щадящем режиме однократного приема препарата коротким трехдневным курсом лечения, избавляя пациентов от длительной терапии и инъекций.

Более подробную информацию можно получить в Представительство фирмы «Плива» в Москве по тел./факс: (095) 232 1549, 143 0390.

ЧТО МЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ О КАНДИДОЗЕ?

Г. Н. Буслаева, Российский государственный медицинский университет

Кандидоз впервые был описан более 150 лет назад, хотя известен он еще со времен Гиппократов. Возбудители кандидоза - дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В 75 - 94% случаев это *Candida albicans*, реже встречаются другие виды. Грибы рода *Candida* - аэробы, относятся к условно патогенным микроорганизмам и являются сапрофитами кожи и слизистых оболочек.

Кандидоз развивается вследствие внутриутробного или постнатального инфицирования (контаминации). Внутриутробное инфицирование может возникнуть ante- или интранатально. В свою очередь антенатальное инфицирование может быть следствием трансплацентарного или восходящего пути передачи инфекции. Трансплацентарный путь встречается крайне редко, только при генерализованном кандидозе или кандидозном плацентите у матери. Более часто отмечается восходящий путь, особенно на фоне генитального кандидоза у беременной женщины. Это связано с тем, что в конце беременности значительно повышается проницаемость плодных оболочек и снижается антимикотическая активность околоплодных вод. Интранатальная контаминация происходит во время прохождения плода по родовым путям. Особенно высока вероятность значительного инфицирования при наличии генитального кандидоза у роженицы.

Внутриутробная контаминация может закончиться последующей элиминацией

возбудителя из организма, формированием кандидозно-носительства или развитием заболевания. При антенатальном инфицировании клиническая картина может выявляться с рождения или появляться в первые два - три дня жизни. При интранатальном инфицировании проявления кандидоза отмечаются позже - на 5 - 8 день жизни.

Постнатальное инфицирование может произойти в любом возрасте. Оно возникает эндо- или экзогенно. Эндогенное развитие кандидоза отмечается у кандидоносителей при воздействии провоцирующих факторов, таких как использование иммуносупрессивной и антибактериальной терапии, развитие иммунодефицитных состояний, онкологических и эндокринных заболеваний. При экзогенном инфицировании можно говорить о нозокомиальной инфекции.

При этом кандидоз развивается на фоне хирургических вмешательств, пребывания в палатах интенсивной терапии, длительного парентерального питания, катетеризации, интубации. Таким образом, экзогенное инфицирование чаще реализуется у недоношенных детей, больных, пребывающих в ОТИ и других отделениях стационаров.

Клиническая картина кандидоза разнообразна и зависит от локализации, распространенности и тяжести заболевания.

Наиболее часто встречается поражение кожи. Возможны 2 варианта изменений на коже. Один из них - "сухой" кандидозный дерма-

тит - характеризуется наличием мелких дряблых пузырьков на инфильтрированном основании, после вскрытия которых образуются очаги с фестончатыми краями и подрытым эпидермальным венчиком. При другом - интертригинозном кандидозе - определяются эритематозные отечные участки с наличием мелких пузырьков и пустул, быстро вскрывающихся с образованием эрозий.

Второе место по частоте поражения занимает кандидоз видимых слизистых. Это может быть хейлит (кандидоз внешней слизистой губ), гингивит, стоматит, а также вульвовагинит и баланопостит. Типичными внешними проявлениями при этом будут гиперемия и умеренная отечность пораженных слизистых, наличие легко снимающихся творожистых белых налетов.

Третье место среди всех форм кандидоза занимает поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Выделяют кандидозный эзофагит, гастрит, энтерит, энтероколит или их сочетание. Типичных клинических проявлений нет, однако отмечают отчетливую дисфункцию ЖКТ в виде нарушения аппетита, появления срыгивания и рвоты, вздутия живота, диареи. Стул слизистый, желто-зеленоватой окраски, с белыми комочками.

Значительно реже встречаются тяжелые формы кандидоза. Они представляют кандидозом респираторного тракта, органов мочевой системы, костной системы, кандидозным кардитом, гепатитом, кандидозом ЦНС.

Возможны также диссеминированная и генерализованная формы кандидоза.

Диагностика висцеральных поражений чрезвычайно сложна, хотя и имеются клинические особенности некоторых нозологических форм. Так, пневмония характеризуется выраженным интерстициальным компонентом. Кандидоз ЦНС - отсутствием выраженного инфекционного токсикоза, быстрым нарастанием гипертензионно-гидроцефального синдрома, торпидностью течения. Диссеминированная форма протекает очень тяжело и напоминает граммотрицательный сепсис.

При назначении лечения кандидоза следует учитывать его локализацию, распространенность и тяжесть процесса. Так, при локальном поражении кожи и видимых слизистых можно ограничиться местной терапией. При кандидозе ЖКТ можно использовать антимикотики, применяемые энтерально и не всасывающиеся из ЖКТ (нистатин, пимафуцин), или высокоэффективный и малотоксичный препарат системного действия - дифлюкан. При сочетанном поражении ЖКТ, кожи и видимых слизистых лучше использовать дифлюкан, возможно, в комбинации с местными антимикотиками. При висцеральных поражениях в зависимости от локализации, длительности, тяжести кандидоза и от состояния больного применяют дифлюкан, амфотерицин В, комбинацию амфотерицина В и флуцитозина или липосомальный амфотерицин В-амбизом.

ФУРНЬЕ

ДРИПТАН

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Расстройства мочеиспускания (недержание мочи) - это очень частое явление среди людей. 10% мирового населения страдает этим недугом. За скучными процентами скрываются миллионы людей, а именно 553 миллиона человек. Страдают все - и женщины, и мужчины. Это явление встречается и у детей.

Необходимо отметить, что в возрасте до 1,5 - 2 лет отсутствие контроля за мочеиспусканием - физиологическое явление, связанное с незрелостью соматовегетативной нервной регуляции. Навыки удерживать мочу при наполнении мочевого пузыря у ребенка устанавливаются к 3 - 4 годам. Но если они к этому периоду не сформировались, и у ребенка наблюдается мочеиспускание (как днем, так и ночью), то следует искать причины этой патологии.

Классической формой расстройства мочеиспускания у детей является энурез. Так, в дошкольном возрасте он встречается у 12% мальчиков и у 7% девочек. К началу школьного возраста энурез остается у 4,5% детей и после 15 лет наблюдается редко.

Можно выделить четыре группы патологических процессов, которые приводят к развитию недержания мочи у детей:

1. Органические заболевания головного и спинного мозга (опухоль, травмы, инфекции, сосудистые катастрофы и др.).

2. Острые и хронические психические заболевания (психозы, умственная от-

сталость, шизофрения).

3. Дизонтогенетические явления в мочеиспускательной и регуляторных системах головного и спинного мозга. В свою очередь, последние могут быть как в диспластических (преимущественно морфологических), так и в дизрегуляторных (преимущественно функциональных) вариантах.

4. Энурез (невротический, невротоподобный, эпилептический).

Первичное недержание мочи представляет собой задержку навыков становления и контролирования мочеиспускания. Здесь мы имеем дело либо с детьми с расстройствами нервно-психического развития (олигофрения глубокой степени выраженности), либо с дизонтогенетическими (в первую очередь, диспластическими) расстройствами мочеиспускательной системы. Иногда недержание мочи связано с дисплазией регуляторных систем спинного (еще реже, головного) мозга. Этот вид недержания мочи нередко является клиническим симптомом различных дизрегуляций.

Вторичное (непроизвольное) недержание мочи различно по своему происхождению. Оно может быть вызвано в возрасте старше 3 - 4 лет психотравмирующими факторами, душевными заболеваниями (шизофрения, эпилепсия, психозы). Нередко вторичное недержание мочи связано с прямой травмой урогенитальной области, а порой и с органическими процессами в

спинном и головном мозге.

Сегодня в зависимости от причины заболевания применяется различное лечение больных с нарушениями мочеиспускания: принудительное пробуждение, диета, медикаменты, физиотерапия, психотерапия, электростимуляция мочевого пузыря, различные пластические операции при поражении мочеиспускательной системы и др.

Одним из наиболее эффективных препаратов при медикаментозном лечении является **Дриптан** (оксибутирина гидрохлорид), выпускаемый французской фирмой "Фурнье".

Дриптан применяется при недержании мочи, обусловленном нестабильностью функции мочевого пузыря нейрогенного характера или идиопатической природы, при энурезе у детей старше 5 лет.

Как известно, растяжение мочевого пузыря в период наполнения его мочой и опорожнения осуществляется за счет гладкой мышцы - детрузора. Выход из мочевого пузыря в мочеиспускательный канал закрывается двумя сфинктерами: внутренним гладкомышечным и наружным поперечно-полосатым. Детрузор и сфинктеры функционируют в обратном порядке: при опорожении мочевого пузыря детрузор сокращается и расслабляются сфинктеры; при замыкании пузыря расслабляется детрузор и сокращаются сфинктеры.

Дриптан обладает двойным действием:

1) оказывает прямое спазмолитическое дей-

ствие, вызывая расслабление детрузора;

2) периферическое М-холинолитическое действие, устраняя гипертонус парасимпатической нервной системы и подавляя рефлексорные сокращения мочевого пузыря.

Дриптан у больных с нестабильной функцией пузыря увеличивает его объем и урежает случаи спонтанных сокращений мышцы детрузора.

Взрослым Дриптан назначают по 2,5 или 5 мг 2 - 3 раза в день. Поскольку у пожилых лиц увеличен период полувыведения препарата, обычной дозой является по 5 мг 2 раза в день, в частности, если больной ослаблен. Детям препарат назначают по 5 мг утром и 5 мг на ночь.

Необходимо отметить, что при совместном назначении Дриптана с другими антихолинергическими препаратами возможно усиление его действия.

Наиболее распространенным побочным эффектом, связанным с холиноблокадой оксибутирина является сухость во рту.

Дриптан эффективен при лечении недержания мочи, связанного с нестабильностью функции мочевого пузыря нейрогенного характера (гиперрефлексия детрузора), например, при распространенном склерозе или spina bifida, а также при идиопатических нарушениях функции детрузора (моторное недержание) и энурезе у детей старше 5 лет.

Сегодня Дриптан можно купить в аптеках Москвы и других городов.



В. Е. Морозов

В конце XIX столетия в Москве с миллионным населением нужно было иметь около тысячи детских больничных коек, между тем как имелось менее половины требуемого числа. Поэтому городская управа и общественность с большим воодушевлением восприняли весть о том, что на имя Городского головы поступило заявление от А. В. Морозова, сына основателя известной торгово-промышленной фирмы "Товарищество мануфактур Викулы Морозова с сыновьями в местечке Никольском", о пожертвовании крупной суммы на строительство детской больницы. Заявление гласило: "Имею честь просить ваше сиятельство довести до сведения Московской городской Думы, что из сумм, завещанных покойным родителем моим, мануфактур-советником Викулой Елисеевичем Морозовым на благотворительные дела, я имею пожертвовать капитал в размере 400 000 рублей серебром на устройство в г. Москве новой детской больницы на следующих основаниях:

Больница должна носить имя покойного родителя моего Викулы Елисеевича Морозова;

половина жертвуемого капитала 200 000 рублей предназначается на возведение зданий и оборудования больницы;

землю город должен отвести в местности, наиболее нуждающейся в больнице;

другая половина капитала должна составлять неприкосновенный капи-

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

тал, который должен храниться в городском банке и проценты с него должны идти на содержание коек;

вся больница должна быть устроена на 150 коек;

больница должна служить удовлетворению нужд бедных жителей г. Москвы и потому лечение в ней должно быть бесплатным;

на должность первого главного врача больницы назначается старший врач детской больницы св. Владимира Николай Алексеев.

Морозовы - одна из наиболее известных купеческих фамилий. У наших современников эта фамилия ассоциируется главным образом с именами двух человек: Тимофея Саввича, который жестокой эксплуатацией, штрафами и унижениями довел рабочих своей Никольской мануфактуры до забастовки и мятежа, и его сына Саввы Тимофеевича, напротив, отличавшегося либерализмом и поддерживавшего большевиков. Но среди этой могучей династии были и другие весьма заметные и достойные люди. К ним относится Викула Елисеевич Морозов, продолжатель одной из пяти морозовских линий - Елисеевичей. Викула Елисеевич, как и Савва Тимофеевич был представителем третьего по-

времени событий, разыгравшихся в Орехово-Зуеве в 1885 году. Викула Елисеевич владел частью доставшейся ему по наследству Никольской мануфактуры. Отделившись от Тимофея Саввича, он основал в том же Никольском свою фирму под названием "Товарищество мануфактур Викулы Морозова с сыновьями". Так вот, во время беспорядков на Никольской мануфактуре взбунтовавшие рабочие громили имущество и избивали служащих фабрики Тимофея Саввича, отличавшегося жестоким отношением к своим рабочим, и не трогали ни людей, ни имущества Викулы Елисеевича. В принадлежавших ему зданиях не было выбито ни одного стекла. Управленческий аппарат фабрики Викулы Елисеевича безбоязненно находился среди бунтующих. Имя Викулы Елисеевича гарантировало неприкосновенность имуществу и людям.

Сын Викулы Елисеевича Алексей отошел от фабричного дела, посвятив себя целиком коллекционированию. Он собрал уникальную коллекцию старинного фарфора и серебра, икон, гравированных и литографированных портретов. В 1913 году он издал многотомный каталог имевшихся в его коллекции



коллекция морозовской династии, заложенной их дедом - Саввой Васильевичем. В третьем поколении купеческих фамилий мы видим людей образованных и гуманных. Это обстоятельство сыграло свою роль во

портретов известных людей. После революции Алексей Викулович не кинулся за рубеж - слишком крепкие духовные связи привязывали его к России. Он остался в доставшемся ему по наследству отцовском доме в

Подсосенском переулке (№ 21) хранителем собранной им коллекции, перешедшей после национализации в собственность государства. Алексей Викулович стал душеприказчиком отца по выполнению его завещания.

Несмотря на четкость и однозначность формулировок сделанного заявления, вопрос об устройстве больницы был решен не сразу. Морозовы своим заявлением всколыхнули очень важную проблему, для решения которой нужны были еще более крупные средства. После обстоятельного изучения вопроса было решено строить больницу не на 150 коек, как оговаривалось завещанием, а на 250, для чего городское управление выделило дополнительные средства. Не сразу было определено

место расположения будущей больницы. Несомненным было одно, наиболее нуждающимся районом в отношении медицинской помощи детскому населению было Замоскворечье.

Архитектор И. А. Иванов-Шиц разработал проект больницы, в основу которого был положен павильонный принцип с отдельными корпусами для больных с каждым видом инфекционных болезней. Строительство было начато в 1901 г. и окончено в 1905 г. Было выстроено 16 расположенных в три ряда зданий, восемь из которых предназначались для кожных отделений. Незадолго до первой мировой войны к ранее выстроенным больничным корпусам прибавился еще один - для грудных детей. Он был выстроен на средства купца

Александра Андреевича Карзинкина, потомственного почетного гражданина, известного нумизмата и археолога, автора книги по русской нумизматике. В 1916 г. городская Дума получила более миллиона рублей, завещанных в 1910 г. мануфактур-советником К. В. Третьяковым на устройство больницы его имени. После долгих переговоров с душеприказчиками думой было принято решение употребить завещанный капитал на расширение Морозовской больницы. Архитектор А. Е. Сергеев разработал проект комплекса новых больничных корпусов. Однако в связи с разразившимися революционными событиями проект расширения больницы осуществить не удалось.

Павел Власов

8 февраля, в 170-й день рождения Григория Антоновича Захарьина, сотрудники 3-й городской туберкулезной больницы отметили присвоение ей имени великого русского доктора. Праздник был двойной, потому что этот год для больницы юбилейный: 85 лет со дня открытия. С самого начала торжеств возникло и уже не проходило ощущение живой связи дня нынешнего с днем минувшим. Больница была построена на средства Г. А. Захарьина в память сына, погибшего от туберкулеза почек. Расположена она в прекрасном парке, на землях имений этой семьи - Куркино и Захарьино. И сейчас используются все возведенные тогда здания, например, в спроектированном И. Э. Грабарем центральном корпусе находится хирур-

гическое отделение. Хорошо сохранилась усыпальница, где похоронен Григорий Антонович и его семья, построенная по проекту архитектора Ф. О. Шехтеля и расписанная В. М. Васнецовым. Действует и церковь Владимирской Божьей Матери, где в этот день была отслужена поминальная обедня, на которую пришли и врачи, и медсестры, и пациенты.

ВОЗВРАЩЕНИЕ ДОКТОРА ЗАХАРЬИНА

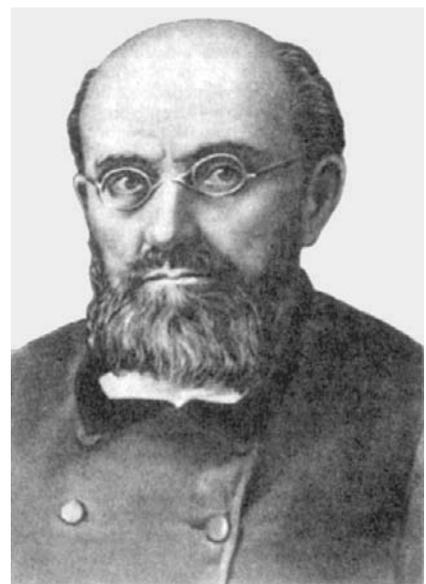
гическое отделение. Хорошо сохранилась усыпальница, где похоронен Григорий Антонович и его семья, построенная по проекту архитектора Ф. О. Шехтеля и расписанная В. М. Васнецовым. Действует и церковь Владимирской Божьей Матери, где в этот день была отслужена поминальная обедня, на которую пришли и врачи, и медсестры, и пациенты.

Доктор Захарьин был необыкновенной личностью, яркой, талантливой и противоречивой. Можно сказать, что образ сурового и ворчливого врача-кудесника, известный нам по великой русской литературе, был "списан" именно с него. Это не удивительно: ведь он был личным и глубоко уважаемым врачом семьи Льва Толстого, его высоко ценил Антон Чехов. Именно Захарьин поднял на небывалую высоту искусство клинического опроса больного. Он призывал по-

мнить о целостности организма и лечить больного, а не болезнь. Но он же первым открыл в Московском Университете кафедру бактериологии, настаивал на необходимости четкого разделения врачебных специальностей. Обладая достаточным личным состоянием, он имел и большую частную практику. Причем, говорят, его гонорары были весьма значительными и, видимо, для доктора это был вопрос принципиальный. Вопрос не личного обогащения, а достоинства специалиста-врача. Благотворительная деятельность его была огромна. Он отказался от вознаграждения за свою преподавательскую деятельность, на его средства выплачивались стипендии студентам-медикам, врачи выезжали на стажировку за гра-

кого туберкулезного санатория.

Сотрудники больницы рассказывали о докторе Захарьине, спорили о неоднозначных фактах его биографии, потом кто-то прочел "Молитву" М. Лермонтова, кто-то исполнил положенные на собственную музыку стихи М. Цветаевой. Сказать, когда закончилась "официальная часть" было невозможно. Скорее всего, когда подняли бокалы с шампанским... В скромном зале столовой для сотрудников все участники конференции сидели за накрытыми белыми скатертями столами, на них угощение - собственной выпечки вкуснейшие булочки с повидлом и чай. За столами заговорили о жизни, о проблемах, стучащихся в дверь. А со стены смотрел портрет Григория Антоновича Захарьина, который в этот момент, конечно, был где-то совсем рядом.



Татьяна Рябухина

“Перспектива” для стариков и молодежи

Два года назад, создавая Молодежную службу милосердия, московский центр труда и занятости молодежи «ПЕРСПЕКТИВА» ставил перед собой две цели: первая - оказание реальной поддержки (медицинской и бытовой) больным, престарелым людям, детям-инвалидам, и вторая - трудоустройство учащейся молодежи.

Программа прижилась. Сегодня около 400 студентов и школьников из МСМ опекают 1500 пожилых и одиноких людей, несколько сот детей-инвалидов. Три часа в день, восемнадцать в неделю, занимает работа в Молодежной службе милосердия. В любое удобное время, неподалеку от дома. В обязанности входит все: простейшие медицинские процедуры, повседневный уход, ведение домашнего хозяйства и даже сопровождение инвалидов на прогулку.

Обязанности не простые, но ребят, мечтающих о медицине, педагогике, тех, кто уже сегодня может и хочет помогать людям, они не пугают.

Большинство молодежи твердо знает, где будет учиться, работать дальше. Но что делать тем, у кого будущее туманно и расплывчато? Эти вопросы посложнее школьных контрольных и вузовских дипломных работ. Помочь ребятам в решении этих проблем и есть основная задача «ПЕРСПЕКТИВЫ».

Деятельность Центра позволяет сочетать интересы работодателей и молодежи, занятой поиском работы, своего места в жизни, посредством конкретных программ. «Трудовые объединения подростков» - выездные лагеря труда и отдыха. «Молодежная служба милосердия» - помощь социально незащищенным категориям населения. «Подростковые производства» - рекламно-издательское агентство «ПЕРСПЕКТИВА», цех шелкографии, швейный цех.

Здесь ждут и тебя, доброго, отзывчивого, чуткого человека. Переступившего порог школы или училища, а может быть и успешного закончить институт. Тебя, у кого проблема выбора профессии и места работы встанет через год или два.

Ждут по адресу: Москва, улица Малая Юшуньская, 3. Телефоны: 310 7466, 310 7413. Центр труда и занятости молодежи «ПЕРСПЕКТИВА».



СУПЕРФАРМА '99

Вторая Московская Международная
специализированная выставка
Москва, 24 - 27 февраля 1999 г.

Разделы выставки:

ЛЕЧЕБНЫЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- рецептурные лекарственные препараты
- безрецептурные лекарственные препараты
- гомеопатические лекарственные препараты
- изделия медицинского назначения
- средства ухода за больными
- лечебное питание
- лечебная косметика
- фитосборы
- диабетическое питание
- ортопедические изделия

ТОВАРЫ ДЛЯ ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ

- лечебные и профилактические препараты
- продукты питания
- средства ухода

ОРГКОМИТЕТ: 109028, Москва, Покровский бульвар, д. 8, стр. 2, офис 14. Тел./факс: (095)916 1133, <http://www.rosinex.ru>,
E-mail: rosin@gamet.ru.

СРЕДСТВА ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

- детское питание
- диабетическое питание
- минеральная вода
- пищевые добавки
- витаминно-минеральные комплексы
- диагностические средства
- средства планирования семьи
- товары для беременных
- средства ухода за детьми
- средства ухода за полостью рта
- средства гигиены и санитарии
- средства самоконтроля и самокоррекции
- декоративная косметика

ПОДДЕРЖКА

Моему сыну Сергею сейчас 25 лет. Уже четыре года как он состоит на учете в ПНД, с 1998 года он имеет II группу инвалидности. Когда Сергей заболел, то жизнь для меня потеряла смысл. Мои глаза не пересыхали от слез. Было сильное желание умереть. В этот тяжелый период судьба свела меня с И. Е. Доненко - президентом Клубного дома “Душа Человека” и его коллегами Л. В. Бесединой и Л. С. Цветковой. Благодаря им Сергей стал посещать КД, а я поняла, что не одинока в своих страданиях. В августе прошлого года инициативная группа зарегистрировала в Москве Региональную Общественную организацию родственни-

ков и друзей душевнобольных “Поддержка”. Основное направление деятельности организации - защита прав душевнобольных, а также информационная, моральная и психологическая помощь их семьям. Создав эту организацию мы верим, что только вместе сможем улучшить жизнь наших больных родственников, позаботиться об их будущем. Приглашаем к нам всех тех, кому нужно не только сочувствие, но и конкретная помощь.

Валентина Петровна

Наш адрес 111 394, Москва, ул. Мартеновская, 30, телефон/факс (095) 301 7204 E-mail: eu@qub.com

Организация “Поддержка” зарегистрирована управлением юстиции г. Москвы 27 августа 1998 г. Свидетельство N9757.

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

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

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

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

**Контактный тел./факс 465 4854
399 8493.**

Калужский медико-технический лазерный Центр ЛАН РФ

производит и поставляет:

- лазерные терапевтические аппараты на полупроводниках: «Узор-2К», Улей-2К», «Улан-БЛ-20», «Урат-01», аппарат ВЛОК, магнитные и световодные насадки для лазеротерапии, лазерные указки;
- аэроионизаторы «Люстра Чижевского».

Лучшие лазеры России – для Вас!

Адрес: 248640, г. Калуга, Россия, ул. Театральная, 33/13, КМТЛЦ.
Тел./факс: (0842) 57 02 77 – круглосуточно.
E-mail: pf25@hotmail.com.

Российская медицинская академия последипломного образования подготовила к печати учебное пособие "Рефлексотерапия и мануальная терапия родовых плекситов". Автор к. м. н. доцент кафедры рефлексологии и мануальной терапии В. И. Александров

В работе представлены современные механизмы этиопатогенеза и клинические формы родовых плекситов. Дано теоретическое и практическое обоснование необходимости начала комплексного лечения с момента постановки диагноза (родильный дом). Описаны тактика, принципы, способы и приемы рефлексотерапии и мануальной терапии, их сочетание с другими методами лечения, последовательность воздействия в зависимости от возраста ребенка, тяжести клинических проявлений заболевания и его осложнений. Приведены показания и противопоказания к применению данных методов, рекомендации по профилактике осложнений родовых плекситов.

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854, 465 4445

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

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

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

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

Главный редактор Г. Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445
www.dataforce.net/~hospital; E-mail - hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

**ЦЕНА
ДОГОВОРА
НА
НА**