

НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 1
2001

**НАУКА
И ПРАКТИКА**
**Кафедра
анестезиологии
и
реаниматологии
РМАПО**

СТР. 3–8

**Анестезия
ксеноном:
реальные
перспективы
развития в
России**

СТР. 9–11



**Наш гость
Юрий
Николаев**

СТР. 14



Николай Буров:

“Сама идея получения из воздуха сильного анестетика звучит сегодня фантастично. Ксенон, без преувеличения – уникальный газ!”

НОВОСТИ



В рамках VI Всероссийской конференции «Аптечная сеть России» состоялось открытое заседание Общего Собрания Ассоциации Фармацевтических Предприятий (АФП) – некоммерческого объединения участников фармацевтического рынка.

Сегодня АФП стала по настоящему организацией нового типа. Основанная коммерческими предприятиями, она не является коммерческой структурой. Главной своей целью она поставила не прибыль, а кардинальное улучшение снабжения населения лекарственными средствами при сохранении доступных цен. Сейчас в Ассоциацию входят 67 московских аптек, аптеки Московской области, Санкт-Петербурга, Уфы, два крупнейших дистрибьютора фармацевтической продукции – «СИА Интернейшнл» и «Интерлизинг», производитель лекарственных средств «Скопинский фармацевтический завод». Ассоциация – структура не замкнутая, она готова принять в свои ряды всех, кто хочет соответствовать современным требованиям цивилизованного рынка.

Наличие в Ассоциации дистрибьюторов фармацевтической продукции, напрямую связанных с производителями и самих производителей, дает возможность аптекам получать товары по договору комиссии, отказавшись от больших запасов и лишних складских помещений, а значит, экономить собственные средства. Одновременно сводится к минимуму риск приобретения подделок.

Полная централизованная автоматизация работы всего аптечного предприятия – еще один плюс АФП. Специальное оборудование с программой предметно-количественного учета дает возможность в режиме реального времени контролировать движение товара, оперативно получать информацию о товарных запасах и своевременно заказывать недостающие препараты.

Справочная служба АФП, начавшая работать в Москве летом 2000 года (тел.: 258 7574), предоставляет информацию о наличии в аптеках Москвы того или иного лекарственного препарата и его цене. При необходимости, лекарство можно забронировать или заказать доставить в аптеку, расположенную ближе к дому. Проконсульти-

ровавшись с оператором, а это профессиональный провизор, можно подобрать замену искомому препарату, Кроме того, справочная подскажет, как удобнее проехать в аптеку. На сегодняшний день за справками о наличии и стоимости медикаментов обратилось свыше 53000 человек.

Исходя из объявленных целей, АФП осуществляет несколько социальных программ по поддержке наименее защищенных слоев населения. Участие в Ассоциации представителей всех сегментов фармацевтического рынка позволяет снизить наценку во всех звеньях торговой цепочки до оптимального минимума. Розничные цены в аптеках АФП на 5–7% ниже, чем в среднем по Москве. Разработана специальная программа для пенсионеров, которым предоставляются льготы при покупке жизненно важных препаратов. Предъявив пенсионное удостоверение, они получают скидку в 25%. Ограничений на количество приобретаемых лекарств не существует. В список отпускаемых таким образом средств сегодня входит порядка 150 наименований. По мере выявления препаратов, пользующихся наибольшим спросом у людей пенсионного возраста, список корректируется.

На сегодняшний день эта программа действует более чем в 20 аптеках Москвы. За время её проведения, правом на приобретение более дешевых лекарств воспользовались более 250 тысяч пенсионеров. Общая сумма адресного снижения цен составила около трех миллионов рублей. А это уже реальная и ощутимая помощь.

В настоящее время АФП вывел на рынок свою торговую марку – «ФАРМИР», под которой выступают аптеки, достигшие уровня обслуживания, отвечающего специально разработанным критериям и предлагающие населению не только лучшее обслуживание, но и доступные цены.

Именно в аптеках сети «ФАРМИР» начала работу система дисконтирования: дисконтная карта выдается при совершении покупки на сумму, превышающую некоторое пороговое значение, при этом на имя покупателя открывается накопительный счет, далее размер скидки будет зависеть от суммы на накопительном счете покупателя.

Анестезиология – один из гуманнейших разделов медицины. Она возникла в недрах хирургии и была призвана избавить пациента от страшных мучений, которые сопровождали в прошлом любое хирургическое вмешательство.

Свой первый прорыв эта наука сделала в середине XIX века, когда врачи смогли реально победить боль. Мононаркоз просуществовал до середины века XX. Что заставило от него отказаться? Взлет хирургии! К этому моменту хирурги были готовы оперировать сердце, легкие, пищевод, а обычный масочный наркоз не мог обеспечить безопасность пациентов.

В 1956 году в России, после XXVI съезда хирургов, на котором была четко сформулирована задача освоения эндотрахеального наркоза, при ЦИУ (ныне – РМАПО) была организована кафедра грудной хирургии и анестезиологии – одна из первых в СССР. В 1960 году она была реорганизована и стала называться Кафедрой анестезиологии и реаниматологии.

За сорок лет здесь прошли обучение тысячи врачей, подготовлено более 80 кандидатских и 15 докторских диссертаций, вышли сотни статей, десятки учебных пособий и методических рекомендаций.

В этом номере газеты мы предоставляем слово сотрудникам кафедры.



ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Елена Алимовна Дамир, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии РМАПО, до 1999 года ее бессменный руководитель, заслуженный деятель науки РФ.

– Когда я пришла в клиническую ординатуру на кафедру, руководимую выдающимся ученым Александром Николаевичем Бакулевым, там уже работал Евгений Николаевич Мешалкин. Фронтовой хирург, прошедший всю войну, в послевоенные годы занялся эндотрахеальным наркозом, защитил диссертацию и внедрил методику в клинику. Этот вид обезболивания обеспечивал врачам освоение хирургии сердца, легких, пищевода. Я несколько лет проработала под руководством Евгения Николаевича, а когда он уехал в Сибирское отделение АН, была назначена заведующей кафедрой. Правда перед этим, в 1960 году, я прошла в Копенгагене годичные ВОЗовские курсы по анестезиологии.

– То, чему вас учили в Дании, имело принципиальное отличие от методов отечественных анестезиологов?

– Курсы ВОЗ наиболее полно представляли достижения англо-американской школы, в то время как у нас в стране было разностилие. Однако фундаментальных различий не существовало. В практических навыках наши врачи ни в чем уступали, но у их зарубежных коллег была более разносторонняя теоретическая подготовка. Этого же требовали и от нас – выделяли даже специальную денежную дотацию на покупку медицинской литературы, журналов, учебников. Спрашивали серьезно, и жизнь в Копенгагене была не столько приятным времяпрепровождением, сколько очень напряженной, кропотливой работой. Было много вопросов к датским учителям, к коллегам из Англии, Германии, США. Тогда же появилось желание – пригласить корифеев зарубежной анестезиологии к нам в страну для цикла лекций. И, возглавив кафедру в ЦИУ, я начала эту идею осуществлять.

– Не боялись неприятностей, ведь стояли времена «железного занавеса»?

– Я, что называется, в порочащих связях не была замечена, однако в КГБ вызывали, интересовались: «Не слишком ли увлекаетесь зарубежными связями?». И в ЦК перед выездом на международный конгресс на собеседовании была. Объясняла, пробивала, доказывала. Потом, когда меня избрали в исполком Всемирной федерации анестезиологов, стало немного легче. К тому времени уже и иностранные коллеги в нашей стране

с лекциями выступали, и наши специалисты за рубеж ездили. Правда, даже после многочисленных согласований, буквально накануне выезда могли кого-то из списка участников делегации по каким-то непонятным причинам вычеркнуть.

– Если раньше человека могли не пустить за рубеж из соображений «политических», то сегодня перед специалистами не менее остро стоят проблемы финансовые...

– Сейчас все же легче. К примеру, на Европейском конгрессе четыре года назад присутствовали 60 российских анестезиологов, на последнем международном конгрессе в Канаде – 20. Помогают медицинские фирмы. Не из альтруизма конечно – российский рынок для них чрезвычайно перспективен. Видим на конгрессах коллег из Украины, Белоруссии. А вот Грузия, Армения, Азербайджан, Молдавия, среднеазиатские республики представлены очень мало.

– Что, на ваш взгляд, на последних международных конгрессах представляло наибольший интерес для российских специалистов?

– В последнее время получило широкое распространение движение «доказательная медицина». Что это такое? К примеру, на вопрос – какой наркоз лучше применять при операциях у детей раннего возраста, страдающих диабетом – 10 анестезиологов дадут несколько разных вариантов. Их просят написать детальный обзор с аргументацией, выбранной ими методики, а в рамках того же конгресса, в рабочих группах, принятые ими решения анализируют публично. В результате приходят к выводу – оптимальным для введения в наркоз является такой-то препарат, для его поддержания – такой, для выведения – такой. Можно возразить, что в большинстве западных стран существуют официальные протоколы лечения той или иной патологии. Но, нужно помнить, что медицинская наука и практика движутся вперед, внедряются новые аппараты и препараты – меняются и рекомендации.



Так что с международными контактами у нас все нормально. А вот самая больная проблема у нас сегодня – оборудование, которое находится даже не на грани, а за гранью списания – морально устаревшее и изношенное. И все приезжающие к нам на циклы курсанты говорят именно об этом.

– Доказательная медицина позволяет из всех новшеств выбрать лучшие. Для нашей страны это особенно актуально, потому что работа в области стандартизации пока еще чрезвычайно далека от завершения. Но так ли уж нужно копировать западные схемы и лечить «по протоколу»?

– Стандарты – очень важная вещь, позволяющая решать как проблемы страховой медицины, так и юридические вопросы. Протоколы позволяют увидеть, правильно ли истрачены страховые деньги, а при определенных осложнениях, негативных последствиях анестезии, проанализировать – правильно ли все сделано врачом.

Пока же наша страховая медицина отличается от той же американской обезличенностью. В больницу вкладывается энная сумма страховых денег, а что из них истрачено на конкретного больного – неизвестно. В США в больнице аналогичной Боткинской только в отделении анестезиологии около 15 человек технического персонала занимаются тем, что фиксируют траты клиники на каждого конкретного больного и отслеживают оплату этих счетов страховыми компаниями.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРАВО

Игорь Владимирович Молчанов, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии РМАПО

– Главная задача кафедры – переподготовка, повышение квалификации специалистов.

Ежегодно мы проводим 10 тридцатидневных циклов, в ходе которых более 250 анестезиологов и реаниматологов усовершенствуют свои знания, получают сертификат. В регионах проводим выездные курсы, в числе последних – в Якутске, Норильске, Владимире.

Другое, не менее важное направление – научная и лечебная работа, которую ведут наши специалисты на базе московской больницы имени Боткина.

Научная работа, как и везде, ведется силами энтузиастов, при достаточно скудной материальной поддержке. Однако количество аспирантов у нас за последние годы не уменьшилось. Активно развивать научную работу сложно потому, что дополнительные анализы, исследования – ложатся на плечи больницы и значительно удорожают лечение. С этим приходится считаться, но, тем не менее, пытаемся найти возможности взаимовыгодного сотрудничества.

И, наконец, международная работа. РМАПО – единственное в России учреждение, которое имеет право проводить первую часть экзамена на получение европейского диплома по анестезиологии, который внедрен Европейской Академией Анестезиологии.

– Как вы оцениваете уровень специалистов, поступающих к вам на обуче-

ние, доступны ли «глубинке» последние новости медицинской науки и практики?

– Сегодня уровень приезжих врачей стал гораздо выше. На мой взгляд, одно из самых больших достижений 90-х годов в России – это информационный прорыв. Новейшая медицинская литература, Интернет стали доступны для широкого круга специалистов.

Когда к нам приезжают курсанты из регионов, мы каждого из них спрашиваем: что он умеет делать и какими возможностями располагает его больница. Таким образом можно представить себе картину состояния нашей службы в стране. Удивительная дифференциация: от крайне плохого до совершенно замечательного. Например, в Якутске высокий уровень медицины вообще и анестезиологии в частности. В Норильске тоже – современная европейская больница, приходишь и забываешь, что находишься на Крайнем Севере. И уровень подготовки врачей этой больницы очень высок. Другое дело – дотационные регионы, где картина совершенно иная.

– Какие вопросы сегодня наиболее актуальны для ваших курсантов?

– Прежде всего, конечно, профессиональные. Повышать квалификацию приезжают, как правило, люди начитанные, грамотные, имеющие свое мнение по всем вопросам. Это прекрасно, но в профессиональ-



ном плане, на мой взгляд, разброс мнений не всегда полезен. В процессе обучения, путем доказательной медицины, мы предлагаем оптимальные варианты.

Другая проблема заключается в том, что многие наши доктора считают, что не существует единой правовой базы, регламентирующей их действия. Хотя на самом деле она есть. В «узких местах» мы обязаны использовать международный опыт. Это заложено в правовом поле нашей Конституции. И поэтому в преподавании мы стараемся делать акцент в том числе и на юридические аспекты.

Появление страховой медицины в какой-то степени обеспечило правовую защиту больных. И сегодня мы вынуждены спрашивать их согласия даже на вид обезболивания. Это юридически правильно, но далеко не все пациенты к этому готовы, как и врачи, кстати, тоже. Вероятность ошибки существует. Когда мы разговариваем с больными и рассказываем о том или ином методе анестезии, обязательно следует предупреждать о возможности осложнения. Мы должны знать его вероятность в процентном соотношении, и, конечно же, делать все от нас зависящее, чтобы негативные последствия предупредить. А для этого необходимо хорошо спрашивать больных, осматривать их, обследовать, словом, быть предельно внимательным. Да, бывают случаи, когда для всестороннего обследования просто нет времени... В этой ситуации пациент попадает в прямую зависимость от действий врача. Если у больного в результате процедуры обезболивания произойдет ухудшение состояния или, не дай Бог, он погибнет, то вопрос о том, насколько правомерны были действия анестезиолога, будет зависеть только от экспертов.



– Приходилось ли специалистам кафедры выступать в этом качестве? Каковы наиболее характерные случаи?

– Наиболее характерных просто не существует. Сегодня подавляющее большинство врачебных ошибок не получает юридической оценки. А нормальный анализ возможен лишь тогда, когда каждое осложнение будет тщательно проанализировано экспертами. И это касается не только анестезиологии. В нашем случае наиболее серьезной проблемой являются осложнения, вызванные самой манипуляцией обезболивания. Когда пациент погибает не в результате оперативного вмешательства, а в результате процедуры, которая его обеспечивала. Если бы, к примеру, операцию проводили бы не под общей анестезией, а под местной, больной мог бы выжить.

На моей памяти не было судебного разбирательства, связанного с преднамеренной халатностью или желанием навредить. Крайне редки случаи, связанные с недостатком знаний или навыков. Другое дело – врачебная ошибка. Когда ее начинают возводить в ранг преднамеренной халатности, появляется одна из самых крупных проблем в юридических отношениях, поскольку стандарты пока не прописаны четко.

К чему я, как правило, привожу примеры в своих лекциях? К тому, что подзаконные акты – ныне действующие приказы, положения, распоряжения пускай и не всегда совершенны, но, уклоняясь от них, специалист неизбежно вступает в конфликт с законом. Многие этого не понимают – в ущерб в первую очередь себе.

Ведь при разборе жалоб, исков, поступивших от родственников, страховой компании юридическим представителем врача является работодатель, но до тех пор, пока не усматривает в его действиях нарушений в исполнении именно этих приказов и положений. А если же усматривает – со спокойной совестью может умыть руки. И доказывать правоту своих решений специалисту приходится в одиночестве.

Сегодня самое распространенное нарушение связано со снабжением лекарственными препаратами. Когда врачи из рук в руки берут у родственников больного какой-либо препарат, устройство, приспособление, они грубо нарушают закон и ответственность в данном случае ложится на них. Так как, по существующим правилам, все медикаменты к врачам поступающие, должны пройти через аптечную структуру лечебного учреждения.

Возвращаясь к проблеме стандарта. Больному все равно – поступил он в руки врача с двадцатилетним стажем или же выпускника мединститута. Он качественно и количественно должен получить то лечение, которое полагается по его патологии. Нужно понимать, что лечебные стандарты – не догма, это технология лечения. А сейчас мы часто попадаем под действие субъективных факторов: деньги есть – все по полной программе, нет – лечим чем придется. И перекладывая проблему лекарств на плечи родственников – сами становимся заложниками. Это нарушение права, не говоря уже о моральной стороне.

– Как скоро будут стандартизованы анестезиологические процедуры? Участвует ли кафедра в разработке протоколов лечения?

– Вряд ли это будет сделано так уж скоро. Нужна законодательная база, следует учитывать, что страна наша большая и возможности регионов совершенно разнятся. Различна аппаратура, медикаментозное снабжение и в ближайшее время ввести единый стандарт представляется маловероятным. Это не Америка, где в клиниках приблизительно одинаковое оборудование, от Аляски до Калифорнии используются одни и те же лекарства.

Стандартизация лечебного процесса – задача глобальная. Необходимо получить унифицированное мнение ведущих специалистов страны в этой области, либо воспользоваться международным опытом. Такую работу мы ведем очень активно. Те тестовые задания, которые мы даем нашим слушателям, содержат много международных рекомендаций анестезиологов и реаниматологов. В некоторых местах эти задания пришлось адаптировать к нашим условиям. Тесты были одобрены Минздравом РФ и оформились в совершенно четкий пакет. Я думаю, что то же самое произойдет и с лечебной работой, так как унифицировать ее очень тяжело, но делать это необходимо.



МЕТОДЫ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Сергей Александрович Осипов, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГKB им. С. П. Боткина

В настоящий момент известно, что местная анестезия подразделяется на три самостоятельных вида: поверхностная (контактная или терминальная) анестезия, инфильтрационная и регионарная. Последняя в свою очередь делится на спинномозговую, эпидуральную (включая каудальную), внутривенную анестезию под жгутом (включая внутрикостную) и проводниковую анестезию. Проводниковая анестезия, в зависимости от места воздействия на нерв, может быть стволовой, плексусной или ганглионарной. Проводниковое обезболивание может применяться в качестве хирургической анестезии, а так же с лечебной, профилактической и диагностической целями. В зависимости от характера подведения анестетика к нерву, проводниковую анестезию подразделяют на эндоневральную и периневральную. Особый раздел представляют собой блокады для лечения хронической боли.

Методы регионарной анестезии используются сегодня достаточно широко: и в ежедневной работе хирургической клиники, и в стоматологии, и при амбулаторных хирургических вмешательствах. Популярность обуславливается прежде всего простотой их применения и относительной безопасностью для пациента – при регионарной анестезии у человека сохраняются сознание и защитные рефлексы.

Надо учитывать и такой факт: хирургам часто приходится работать в ситуациях, когда существует недостаток средств для за-

купок дорогостоящих лекарств и содержания современного оборудования. Небольшая стоимость местных анестетиков при данных обстоятельствах может быть большим преимуществом.

Регионарный блок считается одним из средств, позволяющих избежать болезненности и смертности при общей анестезии. Однако это не означает, что его применение гарантирует снижение числа смертных случаев от применения методов анестезии: некачественное применение спинальной или эпидуральной анестезии представляет значительный риск. И тем не менее, при одинаковом уровне квалификации анестезиологов проводящих общее обезболивание и регионарную анестезию, риск последней гораздо ниже. Такие осложнения как невозможность интубации или аспирация желудочного содержимого гораздо более трудно поддаются лечению, чем гипотензия симпатического происхождения при регионарной анестезии. Многих осложнений, возникающих при общей анестезии, например, послеоперационный стресс, можно избежать или уменьшить, используя регионарную анестезию. Некоторые клиницисты отмечают уменьшение эндокринного ответа организма на операционную травму при регионарной анестезии по сравнению с общим обезболиванием.

Основные осложнения при регионарной анестезии связаны с токсичностью местных анестетиков и эффектом наступившего бло-



ка. Токсичность связана чаще всего с внутрисосудистым введением или передозировкой местных анестетиков. Артериальная гипотензия также является одним из возможных осложнений, но она может быть и одним из преимуществ этого вида обезболивания. Сохранение сознания, считающимся одним из преимуществ регионарной анестезии, может быть неприемлемым для лабильного пациента.

Регионарная и местная анестезия имеют ряд неоспоримых преимуществ, но в тоже время могут быть потенциально опасными.

Считается, что одним из преимуществ регионарной анестезии является простота применения: кроме знания анатомии требуется небольшое количество препаратов и аппаратуры. Это не совсем так. В результате ее проведения могут возникнуть тяжелые осложнения. Передозировка лекарств может привести к остановке дыхания и кровообращения, а высокая спинальная анестезия или блокада надключичным доступом при недостаточном профессиональном подходе может привести к смерти больного. Важно сознавать, что комбинация симпатического блока, даже с небольшой кровопотерей или гиповолемией, вызовет большую гипотензию, чем общее обезболивание при тех же обстоятельствах. Таким образом, знание фармакологии препаратов, возможных осложнений при выполнении регионарной анестезии и проведение реанимационных мероприятий необходимо.

Еще одним положительным моментом регионарной анестезии является сохранение сознания. По своей природе при неосложненной регионарной анестезии сохраняется сознание, что является благоприятным для пациента, боящегося его потерять. Так, в определенных ситуациях, сохранение сознания важно для пациента. Например, роженица рожающая с использовани-



ем регионарной анестезии сознает все происходящее вокруг и способна сотрудничать и помогать медицинскому персоналу, активно участвуя в родах. Влияние на плод в этой ситуации минимально. Пребывание пациента в сознании, также, очень важно в стоматологии, где существует опасность регургитации, особенно при острой травме. Справедливости ради следует отметить, что в стоматологии, как ни в одной отрасли амбулаторной хирургии, нужна хорошая седация. С другой стороны, пребывание в сознании и способность выполнять указания персонала является преимуществом, например, при операциях в положении больного на животе, лицом вниз. В этой ситуации пациент, в частности больной сахарным диабетом, может легко сообщить об изменении своего самочувствия. Большинство пациентов испытывают естественное волнение при мысли о том, что они будут присутствовать при производстве блокады и хирургическом вмешательстве и поэтому ожидают, что они будут спать во время операции. Конечно, подвергнуться операции под регионарной анестезией неприятный опыт и с пациентами иногда происходят обморочные состояния, которые могут быть расценены как гипотензивная реакция. Кроме этого, пребывание на операционном столе в сознании в течение длительного времени неудобно для больного. Поэтому, седация приобретает первостепенное значение и должна осуществляться в той или иной степени при большинстве вариантов регионарной анестезии. Седативная терапия может проводиться перорально, внутривенно, внутримышечно или ингаляционно.

Одним из самых больших достоинств регионарного обезболивания является хорошая анестезия без центрального депрессивного влияния, которую можно достичь, практически, с помощью одной инъекции без применения каких-либо дополнительных анальгетиков и раньше начинать прием больными пищи и лекарств после операции. Постепенное восстановление чувствительности после анестезии позволяет пациенту адаптироваться к боли и, как следствие, уменьшить потребность в последующей обезболивающей терапии и, следовательно, уменьшить побочное действие как наркотических, так и ненаркотических анальгетиков. В качестве иллюстрации этого положения можно привести пример быстрого восстановления функции кишечника после геморроидэктомии и каудальной анестезии из-за уменьшения потребности в опиоидах. Использование катетера позволяет продлевать анестезию настолько, насколько это необходимо и функция кишечника на фоне prolonged анестезии местными анестетиками гораздо активнее, чем при использовании опиоидов.

Регионарная анестезия может также уменьшать побочные эффекты и другие менее значимые последствия анестезии и хирургического вмешательства, хотя отсутствие боли после операции может сделать пациента более чувствительным к другим проявлениям дискомфорта как то венопункция или желудочный зонд.

Таким образом, показаниями к применению регионарной анестезии являются:

1. Оперативные вмешательства в амбулаторно-поликлинической практике (исключая эпидуральную и спинальную анестезию).
2. При ограниченном количестве анестезиологов и массовом поступлении пострадавших.
3. При проведении экстренных хирургических вмешательств (ввиду недостаточной полноты обследования и отсутствия данных о сроках приема пищи).
4. При выраженных дистрофических или токсических изменениях внутренних органов.
5. Для облегчения выполнения хирургического вмешательства.
6. При отказе больного от общего обезболивания.
7. При необходимости избежать послеоперационной болезни.
8. Если невозможно проведение квалифицированного общего обезболивания.

Противопоказания к применению регионарной анестезии могут быть абсолютными и относительными.



К абсолютным противопоказаниям следует отнести:

1. Геморрагический синдром (неважно чем вызвано это нарушение – приемом антикоагулянтов или другой причиной).
2. Инфицированность тканей в области предполагаемой инъекции.

К относительным противопоказаниям относят:

1. Эмоциональность больного.
2. Отсутствие должного контакта с больным (глухонмота, опьянение).
3. Детский возраст.
4. Деформация в месте предполагаемой блокады.
5. Септикопиемия.
6. Поражения нервной системы.
7. Повышенная чувствительность к местному анестетику.

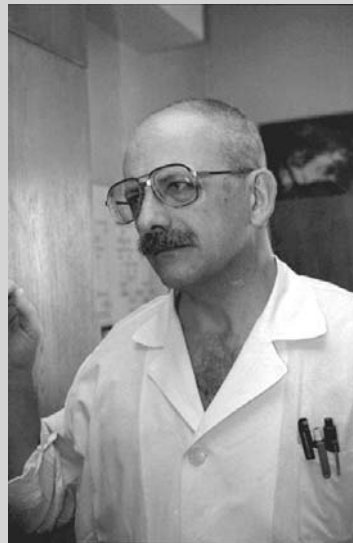
Кроме того существует абсолютные и относительные противопоказания соответствующие конкретному варианту регионарной анестезии: гипотония и анемия являются противопоказаниями к спинальной анестезии, большая продолжительность оперативного вмешательства или чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки.

Помимо использования традиционной регионарной анестезии с местными анестетиками, большую популярность приобрела анальгезия с применением наркотических анальгетиков. Она используется как для послеоперационного обезболивания, так и для лечения болевых синдромов другого происхождения. Это относится в первую очередь к эпидуральному введению опиоидов. Для этой цели используются различные наркотические анальгетики. Методика применения их в достаточной степени отработана, однако в нашей стране есть разрешение фармакологического комитета только на применение морфина и фентанила. Следует отметить, что подобный метод анальгезии дает хорошее обезболивание, однако имеет и ряд недостатков – задержка мочеиспускания, кожный зуд и, наконец, депрессия дыхания. На Западе принято использовать специальный морфин без консерванта. С целью обезболивания за рубежом используют введение в эпидуральное пространство кетамина, клофелина к другим препаратов. Применению этих препаратов посвящено достаточно много работ, однако следует отметить, что побочные эффекты этих препаратов сохраняются и при эпидуральном введении. Так, кетамин, введенный в эпидуральное пространство, сохраняет свой галлюциногенный эффект и действует довольно коротко и не так эффективно, как наркотические анальгетики. Большую популярность в некоторых странах завоевала методика продленной спинальной анестезии. Однако достаточно большое количество осложнений, в первую очередь инфекционного характера, привели к ограничению применения этой методики только для интраоперационного периода, а в некоторых странах (США) эту методику практически перестали использовать.

В спинальное пространство введение наркотических анальгетиков также возможно. Эта методика завоевала популярность во многих странах, однако в нашей стране нет формального разрешения на применение подобного метода, хотя на Украине, правда после распада Союза, было издано специальное методическое письмо, посвященное этой проблеме. Осложнения, сопутствующие этому методу, практически идентичны осложнениям соответствующим эпидуральному введению наркотиков, с той лишь разницей, что осложнения, в частности депрессия дыхания, наступают быстрее.

Большую роль играет регионарная анестезия в лечении болевого синдрома у онкологических больных. Наряду с достаточно широко используемым эпидуральным и спинальным введением местных анестетиков и наркотических анальгетиков, в онкологической практике используется в качестве анальгетических агентов абсолютный спирт, фенол. Эти препараты используются в конечных стадиях онкологических заболеваний, когда другие методы неэффективны.

Таким образом, регионарная анестезия является эффективным методом обезболивания, позволяющим проводить обезболивание в различных отраслях хирургии. Регионарная анестезия, несмотря на свой значительный «возраст» находит все больше сторонников и все шире применяется в различных областях медицины.





Анестезия ксеноном: реальные перспективы развития в России

В издательстве «Пuls», Москва, вышла книга «Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальные исследования». Это первая в мире монография, посвященная инертному газу ксенону – новому экологически чистому, сильно-му и безопасному анестетику.

В работе представлен опыт применения ксенона в клинике, определены показания и противопоказания к анестезии им в хирургической практике, дана сравнительная характеристика, приведена методика низкпоточной анестезии, способы рециклинга ксенона и намечены перспективы его применения в широкой медицинской практике.

Предоставляем слово одному из авторов монографии – профессору Бурову, замечательному врачу, ученому, педагогу, посвятившему всю свою жизнь анестезиологии – самой гуманной медицинской специальности.

– В последнее время ученые различных стран проявляют живой интерес к экологически чистым и безопасным технологиям анестезии. И это не случайно. Эфир, хлороформ, трихлорэтилен, циклопропан, хлорэтил ушли в прошлое. Применение фторотана, пентрана ограничено, а новые галогеносодержащие анестетики – этран, изофлюран, десфлюран и севофлюран, из-за дороговизны и отсутствия наркозной аппаратуры еще не скоро будут широко применяться. В России, например, анестезиология практически осталась с одним слабым газовым анестетиком – закисью азота, который используется в виде различных комбинаций с внутривенными седативными и наркотическими средствами.

Отношение к закиси азота в последние годы тоже меняется. Известно, что этот газ обладает кардиотоксичностью, нарушает синтез метионина, тимидина и ДНК, что может быть связано с опасностью канцерогенеза. Пролонгированная (более 6 часов) анестезия закисью азота оказывает негативное действие на гемопоз, вызывает лейкопению, агранулоцитоз, аплазию и дегенерацию костного мозга, обладает тератогенным эффектом. В ее атмосфере недопустимо работать беременным женщинам. Токсичность подтверждается и субъективными ощущениями пациента, такими как тошнота и рвота.

Знаменательным событием в анестезиологии начала XXI века является реальная возможность использования одноатомного инертного газа ксенон. Без преувеличения – это уникальный газ! Он не имеет запаха и цвета, не горит, не детонирует и не поддерживает горение. Воздух является основным источником для его промышленного получения. Ксенон в 1,5–2 раза сильнее закиси азота: в концентрации 70–80% он уже через

5–6 минут вызывает хирургическую стадию наркоза. Прекрасный показатель.

Сама идея получения из воздуха сильно-го анестетика звучит сегодня фантастично. Однако более 50 лет назад уже было известно, что инертный газ ксенон (Xe) обладает сильным наркотическим эффектом. Эти свойства ксенона были предсказаны нашим соотечественником профессором Военно-медицинской академии Н. В. Лазаревым в 1941 году, а в 1946 году это предположение он подтвердил экспериментально.

До недавних пор основными причинами медленного внедрения ксеноновой анестезии в широкую практику были отсутствие директивных и регламентирующих фармакопейных документов, дефицит и высокая стоимость газа.

Мировое промышленное производство ксенона действительно не велико. Всего в мире производится около шести миллионов

литров газа в год. Россия и страны СНГ в настоящее время производят более 1250 м³ чистого Xe в год. Основными поставщиками криптон-ксеноновой смеси являются крупные металлургические комбинаты России, Украины и Казахстана, где при получении кислорода из воздуха попутно получают бедную криптон-ксеноновую смесь. Разделение и очищение этой смеси производят на Урале и в Подмоскowie.

Ксенон, как природный газ, наделен всеми признаками идеального анестетика. Научная группа при кафедре анестезиологии и реаниматологии РМАПО провела сложный комплекс его доклинических экспериментальных исследований в рамках строгих инструкций Фармкомитета РФ. Результаты острых и хронических опытов показали, что наркотическая смесь Xe:O₂ (80:20) не оказывала признаков общего токсического действия. При исследовании различных видов



специфической токсичности удалось выяснить, что ксенон не обладает ни тератогенным, ни мутагенным и ДНК-повреждающим действием, не влияет на репродуктивную функцию животных, не индуцирует аллергические реакции, не является канцерогеном, обладает умеренным иммуностимулирующим свойством. На основании результатов доклинического исследования решением Фармкомитета РФ ксенон был рекомендован к клиническим испытаниям в трех крупнейших клиниках Москвы, которые были успешно завершены в 1999 году. И в этом же году Приказом Минздрава он был разрешен к медицинскому применению в качестве средства для ингаляционного наркоза.

Коммерческая организация ООО Акела-Н, которая была нашим спонсором, является ныне единственным крупным производителем медицинского ксенона в России. Ей выдано регистрационное удостоверение на производство и продажу медицинского ксенона. Ни одна страна в мире пока не имеет такого разрешения и проблема ксеноновой анестезии в этих странах находится в рамках ограниченных клинико-экспериментальных исследований.

Нам же осталось решить – какими путями преодолеть дефицит и высокую стоимость ксенона. Мы полагаем, что разработанная нами технология ксенон-сберегающей анестезии способна преодолеть и эти препятствия.

Клинические исследования ксенона показали, что применение низкочастотной анестезии в сочетании с рециклингом (возвратом) выдыхаемого ксенона может существенно снизить стоимость и дефицитность ксеноновой анестезии. Мы назвали эту технологию «Безотходной технологией ксеноновой анестезии». И масочный, и эндотрахеальный варианты ксеноновой анестезии с рециклингом ксенона нами запатентованы.

Принцип действия данной технологии состоит в том, что выдыхаемый Хе из наркозного аппарата проходит в специальный патрон через систему адсорбера и поглощается им. После прохождения Хе в объеме 400 л адсорбер полностью насыщается и заменяется другим патроном со свежим адсорбером. Отработанный патрон направляется на завод-изготовитель, где осуществляется десорбция газа. Этот метод обеспечивает возврат более 80% израсходованного ксенона.

Таким образом, в России создана достаточно мощная материально-техническая основа для рециклинга ксенона на производственной базе коммерческой структуры Акела-Н. Она может обеспечить обмен и возврат тары для любого лечебного учреждения, особенно находящегося в пределах Москвы и Московской области.

Всего в клинических условиях нами проведено 150 анестезий ксеноном. Это самый крупный клинический материал в мире. Общая продолжительность анестезии колебалась от 1 до 6 часов. Ксенон обеспечивал адекватность анестезии при многих операциях в варианте моно-анестезии без применения наркотических анальгетиков. Тренд фронтальной миографии, ЭЭГ, данные биспектрального индекса, а также ряд клинических и функциональных тестов, показывали адекватную защиту ксеноновой анестезии без применения наркотических анальгетиков.

Выход из наркоза стремителен. Уже через 2–3 минуты элиминируется более 90% Хе и сознание появляется в полном объеме. По степени управляемости анестезией ксенону нет равных. Субъективные ощущения прекрасные, как после приятного сна.

При среднем расходе 15 литров в 1-й час стоимость двухчасовой анестезии Хе составляет 60–100 долл. Это приемлемо в наше время даже без применения рециклинга. С применением рециклинга стоимость анестезии может снизиться до 20 долл. Применяя методику низкочастотной анестезии с рециклингом можно существенно снизить стоимость ксеноновой анестезии и увеличить количество операций. Достаточно сказать, что при ежегодном 3-кратном рециклинге, при одном и том же производстве газа количество анестезий в конце второго года увеличивается за счет возврата ксенона в 8,7 раз.

Рециклинг ксенона решает и важную ныне экологическую задачу, предотвращая выброс газового анестетика в помещении операционного блока, а значит и в атмосферу. Ксенон является инертным, природным и экологически безопасным газом, он составляет лучшую альтернативу всем современным ингаляционным анестетикам.



КСЕНОН В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ – МЫ ПЕРВЫЕ

На международном рынке производства и продажи инертных газов ООО «Акела-Н» работает более десяти лет. Основной вид деятельности предприятия – получение и реализация редких инертных газов высокой чистоты и газовых смесей на их основе.

Владимир Николаевич Потапов, директор по науке и производству ООО «Акела-Н», был инициатором и непосредственным участником работы по внедрению инертного газа ксенона в медицинскую практику. Сегодня кандидат технических наук, доцент, автор более 100 научных работ и нескольких изобретений по криогенной технике занимается вопросами совершенствования производства, отработкой способов рециклинга ксенона. От того, насколько успешной будет эта работа, в какой-то степени зависит будущее отечественной анестезиологии.

Мы попросили Владимира Николаевича рассказать о производстве нового анестетика.

– Основными потребителями нашей продукции являются крупные зарубежные фирмы: Air Liquide (Франция), AGA AB (Швеция), Hydrogas (Норвегия), Spectra Gases (США), BOC (Англия), Konematsy (Япония), а так-



Лаборатория газового анализа

же различные промышленные предприятия России. За все годы работы мы не получили ни одной рекламации.




Разделение Kг/Не смеси осуществляется методом криогенной ректификации в ректификационных колоннах при температуре жидкого азота. Специально разработанная схема блока разделения позволяет получать криптон и ксенон с максимальной чистотой. Кстати, в России, в соответствии с Временной Фармакопейной Статьей, чистота «Медицинского ксенона» определена как 99,999%. Производительность блока разделения – до 20 м³ смеси. Следующий этап производства – получение газовых смесей – осуществляется гравиметрическим методом и методом парциальных давлений. Все основные процессы управления производственным процессом автоматизированы, контроль исходного сырья и готового продукта ведет лаборатория газового анализа.

Лаборатория – наша гордость. Она прекрасно оснащена, здесь используются последние разработки в области газовой хроматографии и спектроскопии. Благодаря этому мы имеем возможность проведения научно-исследовательской работы. Все методики, которые предлагают наши специалисты, сертифицируются институтом метрологии им. Д. И. Менделеева.

ООО «Акела-Н» стало первым предприятием по изготовлению медицинского ксенона в нашей стране. После проведения комплексных доклинических исследований (Н. Е. Буров, Л. Ю. Корниенко) и клинических испытаний в трех авторитетных научных учреждениях (РНЦХ, Институте хирургии им. А. В. Вишневского, МОНИКИ) ксенон разрешен в России для медицинского применения. Регистрационное удостоверение № 99/363/4 на право производства и продажи медицинского ксенона, выданное Минздравом РФ – свидетельство успешной деятельности содружества производителей и клиницистов. Такого официального разрешения пока еще нет ни в одной стране мира.

А это значит – России принадлежит приоритет в официальном признании ксенона как средства для ингаляционного наркоза.

<http://www.mtu-net.ru/akela-n>
e-mail: korobov-a@mtu-net.ru

	
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ	
№ 99/363/4	
Настоящее удостоверение выдано Обществу с ограниченной ответственностью «Акела-Н», г. Сходня, Московская область	
в том, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 363 от 08 октября 1999 года	
лекарственное средство ксенон (наименование лекарственного средства)	
в лекарственной форме инертный газ для наркоза	
состав по ВФС 42-2891-97	
зарегистрировано в Российской Федерации и разрешено для медицинского применения и промышленного выпуска.	
Руководитель Департамента государственного контроля эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники  П.У. Хачков	08 октября 1999 г. (дата регистрации)  Г.Н. Колесников
Директор Бюро по регистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения 	

КИСЛОТНО-АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ (СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА)

Н. Е. Буров, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии РМАПО

Аспирация желудочного содержимого (КАС) относится к разряду грозных и потенциально смертельных осложнений общей анестезии. При попадании кислого содержимого желудка (при $\text{pH} < 2,5-3$) возникает химический ожог слизистой трахеобронхиального дерева. Клинически это проявляется выраженным бронхоспазмом, удушьем, нарастающей гипоксией, экспираторной одышкой, цианозом, тахикардией, отеком легкого и остановкой сердца на операционном столе. При своевременном и быстром проведении реанимационных мероприятий удается спасти пациента от неминуемой смерти, но в последующем могут развиваться тяжелые осложнения со стороны легких, связанные с пневмонитом, интерстициальным отеком, разрушением сурфактанта, деструкцией стенок и ателектазом альвеол, развитием РДС и полиорганной недостаточности.

Основной причиной КАС является рвота или регургитация, которые могут возникнуть в различные периоды анестезии, когда снижены защитные рефлексы гортани. В анестезиологической практике наиболее реальной причиной КАС является регургитация (пассивное истечение желудочного содержимого в ротоглотку) в силу специфики анестезиологического пособия.

Причиной регургитации и факторами повышенного риска КАС являются: полный желудок (прием пищи в пределах 4–6 часов), наркотическая депрессия, заторможенность, алкогольное опьянение, беременность начиная с 22–23 недели, (когда появляется гормональная перестройка, снижается продукция гастрина и развивается гипотония желудка), острые хирургические заболевания органов пищеварения, ожирение, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы и воспалительные процессы в нижней трети пищевода, вздутие живота, повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, особенно при введении миорелаксантов депполяризующего действия. Наибольший риск КАС возникает при анестезии в практике неотложной хирургии и в акушерстве при оперативном родоразрешении (кесарское сечение).

При выборе эндотрахеального варианта общей анестезии профилактика КАС складывается из двух главных мероприятий: системы общей и специальной антацидной подготовки больного, и правильным выполнением технических приемов введения в анестезию. Антациды – это основания, которые при взаимодействии с желудочным соком приводят к его нейтрализации или повышению pH свыше 3,5 ед. При этом попадание желудочного содержимого в трахею не сопровождается химическим ожогом и повреждением мерцательного эпителия менее опасны.

Система профилактики КАС складывается из соблюдения следующего алгоритма:

1. Перед операцией больного не должны кормить и поить. При нарушении этого режима плановая операция откладывается. В экстренных случаях необходимо опорожнение желудка через зонд. Перед извлечением зонда необходимо ввести двойную дозу антацида (железная магnezия, 150; бикарбонат натрия, 25; карбонат магния, 25). Доза: 1 чайная ложка на 0,25 стакана воды, за 15–30 мин до индукции. При отсутствии данного антацида может быть применен альмагель 2 чайные ложки за 15–20 мин до наркоза.

Однако предпочтительней вводить внутрь растворимые антациды:

цитрат натрия 0,3 М раствор (15–30 мл) или бикарбонат натрия, поскольку в случае аспирации они не повреждают легочную ткань в отличие от взвесей магния и алюминия.

2. Подготовку антацидами планового больного можно провести за 2 часа перед операцией блокаторами H_2 -рецепторов гистамина – ранитидин, (150 мг внутрь, 50 мг в/м или в/в), или циметидин (300 мг внутрь), которые обеспечивают надежную нейтрализацию желудочного сока.

3. В подготовку экстренного больного должен быть включен также метоклопрамид (церукал) в дозе 10 мг в/м за 30 мин до наркоза. Он повышает тонус кардиального жома пищевода и повышает градиент давления. Необходимо помнить, что атропин, включенный в премедикацию, снижает действие церукала и доза его может быть увеличена до 20 мг.

4. После премедикации больному придают положение Фовлера на операционном столе, подготавливают к работе надежный отсос, ларингоскоп, 2 эндотрахеальные трубки, проводят инструктаж 2-му помощнику как выполнять прием Селлика.

5. Проводят денитрогенизацию 100% O_2 в течение 3–4 мин для создания надежного резерва кислорода в легочных объемах.

6. Вводный наркоз проводится одним из внутривенных анестетиков (диприван, тиопентал, калипсол, бриетал и пр.) и осуществляют оксигенацию и масочную компенсацию дыхания.

7. После наступления наркотического сна вводят апноичную дозу миорелаксанта и сразу же применяют прием Селлика – путем надавливания перстневидного хряща к телам шейных позвонков. Этот прием предотвращает пассивное поступление желудочного содержимого в ротоглотку.

8. При расслаблении жевательных мышц, проводят быструю ларингоскопию и интубацию трахеи не дожидаясь развития фибрилляции мышц живота. Проверяют правильное стояние трубки, раздувают манжетку и переводят больного на ИВЛ.

9. Повторно вводят зонд в желудок, если перед наркозом он был удален.

10. После операции производят экстубацию при полном восстановлении у пациента сознания, дыхания, мышечного тонуса.

Если в период индукции во время прямой ларингоскопии замечена регургитация, а голосовая щель еще не обнажена, то одна из приготовленных эндотрахеальных трубок может быть введена в пищевод для отвода желудочного содержимого, а для интубации сразу же используется вторая трубка.

Если содержимое желудка «затопило» вход в голосовую щель, то после быстрого удаления жидкости производится интубация трахеи и осуществляется перевод больного на ИВЛ лишь после тщательной санации трахеобронхиального дерева, которая должна проводиться в положении Тренделенбурга. Во время санации дыхательных путей допустимо введение 5–10 мл 0,5% раствора бикарбоната для нейтрализации желудочного сока.

При этом искусственная вентиляция легких проводится 100% O_2 и незамедлительно назначаются бронхолитики (эуфиллин 2,4%-10 мл в/в с последующим в/в 10–20 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы в течение 2-х час). При отсутствии эффекта применяют алуцент 0,5 мг в/в, адреналин 0,2–0,3 мл. Хороший эффект достигается введением 3–4 капель изадрина через эндотрахеальную трубку.

Сразу же назначаются кортикостероиды (преднизолон 90–120 мг, целестон (бетаметазон) 4–20 мг), гепарин 5000 х 4, проводится инфузионная терапия. После выведения больного из бронхоспазма и нормализации газообмена должна проводиться бронхоскопия с диагностической и лечебной целью. Плановые операции при этом отменяются. Экстренная операция может быть начата после выведения больного из критической гипоксии и коррекции газообмена.

После операции при условии полного восстановления сознания, дыхания и мышечного тонуса больного можно экстубировать лишь после проведения пробы на адекватность газообмена (самостоятельное дыхание воздухом в течение не менее 30 мин). Экстубация при этом позволяет пациенту надежно откашляться и удалить остатки раздражающих агентов. За больным должно быть установлено динамическое наблюдение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Анализ причин возникновения КАС показывает, что общим недостатком в лечебных действиях врачей анестезиологов является несоблюдение алгоритма действия профилактического и технического порядка. В судебно-медицинских делах, как правило, отсутствует объяснение анестезиолога о причинах отказа от введения желудочного зонда или других приемов опорожнения желудка, что часто рассматривается как вина анестезиолога.

КАДИЛА

Долак – действующим веществом препарата является кеторолак трометамин. Основной причиной широкой популярности Долака является сочетание нестероидного противовоспалительного эффекта с мощным обезболивающим действием. Препарат показан при купировании болевого синдрома в послеоперационном периоде, при различных травмах и многих других состояниях, когда обычные НПВС оказываются недостаточно эффективными. О соотношении обезболивающего эффекта можно судить по следующим данным клинических исследований: кеторолак трометамин в дозировке 20 мг оказывает анальгетичес-



кий эффект, сопоставимый с морфином 10–20 мг и превосходящий эффект от применения 100 мг диклофенака или 650 мг аспирина.

Долак обладает лучшим противовоспалительным эффектом, чем диклофенак и пирарцетам при оптимальных дозах. Долак не обладает побочными эффектами наркотических апальгетиков:

угнетение дыхательного центра, привыкание и др. Благодаря этому использование препарата не требует специальных методов учета, хранения и выписывания.

Немаловажным аспектом в использовании препарата является его цена. На сегодняшний день можно с удовлетворением отметить, что цены на Долак являются самыми

ДОЛАК

низкими по сравнению с другими препаратами на основе кеторолака.

Форма выпуска – ампулы 30 мг 1 мл № 10; таблетки 10 мг № 20.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы по тел.: (095) 166 4526, 166 4528, 166 4529, Закупить препарат можно у дистрибьюторов в Москве по тел.: «Инвакорп» – 777 0997, 777 1166, 777 0999; «Лара Фарм Трейд» – 231 2082, 231 2087; «Континенталь» – 234 4729, 234 4709; в С-Петербурге «Имарус» – (812) 567 8842, 567 8868.



ЗЕРУМ-ВЕРК БЕРНБУРГ АГ

Научно-производственное предприятие «Зерум-Верк Бернбург АГ», г. Бернбург, Германия, является автором, разработчиком, производителем и поставщиком широкого ряда **оригинальных уникальных лекарственных средств для интенсивной терапии, в том числе эксклюзивного кровезаменителя на основе гидроксиэтилированного крахмала (пентакрахмала) второго поколения Инфукол ГЭК 6% и 10%** для отделений интенсивной терапии родильных домов, детских и взрослых ЛПУ регионов РФ, а также догоспитальной и военно-полевой медицины.

В связи со спецификой оригинальной уникальной

химической формулы его молекулы и молекулярно-массового распределения, применение в клинической практике лекарственного средства Инфукол ГЭК в соответствии с присущим только ему терапевтическим планом в отличие от других коллоидных кровезаменителей, в том числе и от других растворов на основе гидроксиэтилированного крахмала (пентакрахмала), значительно сокращает расход дорогостоящих препаратов крови (плазмы, эритроцитной массы, альбумина). В связи с практически полным отсутствием влияния на систему гемостаза **лекарственного средства Инфукол ГЭК, его терапевтический план предпола-**

гает отмену использования плазмы вплоть до 50% потери ОЦК и многократно снижает применение плазмы, эр. массы и альбумина при кровопотере более 50% ОЦК.

Благодаря доказанной уполномоченными органами МЗ РФ высокой безопасности и эффективности, лекарственное средство на основе гидроксиэтилированного крахмала (пентакрахмала) второго поколения Инфукол ГЭК 6% и 10% является единственным в мире лекарственным средством в ряду других растворов гидроксиэтилированного

крахмала (пентакрахмала), **разрешенным к медицинскому применению у детей, включая новорожденных, и у беременных женщин во 2-м и 3-м триместрах.**

Поставки Инфукол ГЭК 6% и 10% во флаконах по 250 мл и 500 мл непрерывно и постоянно осуществляются с наших фармацевтических складов в ЛПУ по всей территории РФ. Оплата производится в рублях РФ.

Почтовый адрес: 101000 Москва, Главпочтамт, а/я 370, «Зерум-Верк Бернбург АГ», тел.: (095) 974 1785, 974 1786, 974 1787, факс: (095) 974 1788.



SERUM-WERK
BERNBURG AG

Хозяин «Утренней звезды»

Более двадцати пяти лет каждую неделю на экране телевизоров миллионов зрителей появляется бессменный ведущий «Утренней почты», а позднее «Утренней звезды» всегда элегантный, подтянутый Юрий Николаев.

– Юра, откройте, пожалуйста, секрет вашей молодости и обаяния?

– Секрет очень простой. Это движение. Потребность в движении заключена в моем характере. Игра в теннис, горные лыжи – этими видами спорта я занимаюсь уже более двадцати лет. Не потому, что это престижно. Просто мне это нравится. И еще. Уже много лет, где бы я ни был, обливаюсь холодной водой: два ведра утром и два – вечером.

– Если вы вдруг заболели, а вам нужно срочно на съемку или репетицию, какие меры вы предпринимаете, чтобы быть в форме?

– Я слепо верю в аспирин и анальгин, малиновое варенье и горчичники. Есть еще одна вещь, которая касается не только меня, я всего актерского корпуса. Это так называемый «синдром сцены». Когда актер находится на сцене перед зрителями, происходит мобилизация всех сил. Он забывает о температуре, о недомогании. В Юрмале, на конкурсе я провел на сцене три часа с температурой сорок и не чувствовал ничего.

– Я знаю, вы любите путешествовать. Если представилась возможность отдохнуть, то где и как?

– В свое время я очень много ездил. Побывал в 35 странах. Но со временем это наскучило. Сейчас я, пожалуй, хотел бы побывать только в Австралии и в Южной Африке. Но я ни разу не был в доме отдыха или санатории, ни разу не лежал часами на пляже.

– Круг обитателей вашего дома?

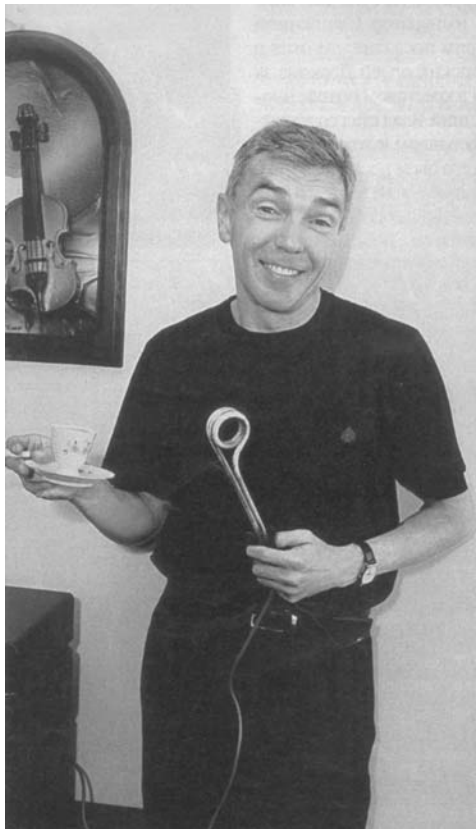
– Жена и наша любимица Даша – самая умная, самая ласковая, самая преданная среднеазиатская овчарка.

– Делитесь ли вы с женой творческими планами?

– Безусловно, Обо всех планах в моей жизни она узнает первой и для меня важно узнать ее мнение, услышать какие-то советы. Это мой тыл. Заниматься интересной работой и жить с любимой женщиной, наверное, самое важное для мужчины.

– Жизнь «звезды» как бы всегда на виду. Не тяготит популярность?

– Я не верю тем людям, которые го-



ворят, что быть популярным тяжело. Тяжело, если меня, проработавшего на ТВ четверть века, перестали бы узнавать, не просили автографов. А пока это все есть, значит, я в порядке и это доставляет мне удовольствие.

– На телевидении, особенно на рейтинговых каналах, довольно жесткие условия существования, чем объяснить ваше долголетие на экране?

– Я никогда не думал о конкуренции и шел своей дорогой. Не могу сказать, что был абсолютно независим, например, от музыкальной редакции и ее политики. Сейчас зависимость другая – финансовая.

– В условиях этой зависимости вы осуществили проект «Утренняя звезда»?

– Безумно горжусь тем, что за все время существования передачи я не использовал ни одной бюджетной копейки. Когда все только начиналось, я взял кредит. Конечно, я страшно рисковал, но передача набрала свой

рейтинг, появились реклама, спонсоры, концертная деятельность. Эта передача целиком и полностью моя, и я за нее отвечаю. Но я независим от чьих либо вкусов, идей и пристрастий.

Ради чего я вообще затеял передачу? Ради выявления талантов? Нет! Ради того, чтобы устроить соревнование? Нет, конечно! Когда чернуха заполнила все каналы, и понятие добра просто исчезло с экранов, вдруг появляется почти нереальная передача с нормальными человеческими взаимоотношениями, без сюсюканья, на ином уровне.

– Существуют ли у вас новые проекты для детей?

Да, это мюзикл, фильмы. Очень интересен проект создания телевизионного детского музыкального театра. Но все упирается в деньги. А скуденная передача мне не нужна.

– В качестве гостей вы приглашаете в свою передачу многих популярных людей. Это престижно выступить в программе Юрия Николаева?

– Да. И за счет рейтинга передачи, и за счет качества съемок. У меня очень интересный дорогостоящий свет. Это совершенно иная, светлая телевизионная картинка, чего нет ни в одной музыкальной передаче.

– Вы богатый человек?

– Я бы сказал обеспеченный. Люблю хорошие добротные вещи, к тому же я гурман. Если картошечка, то обязательно с корочкой, поджаренная в масле. Рыбу, различные морепродукты – эти блюда мне очень нравятся. В повседневной жизни я, конечно, не такой разборчивый, хотя жена знает и готовит то, что я люблю. Про мое отношение к деньгам: я согласен с формулой: «Деньги нужны, чтобы о них не думать».

– Как бы вы закончили фразу: «Счастье это...»?

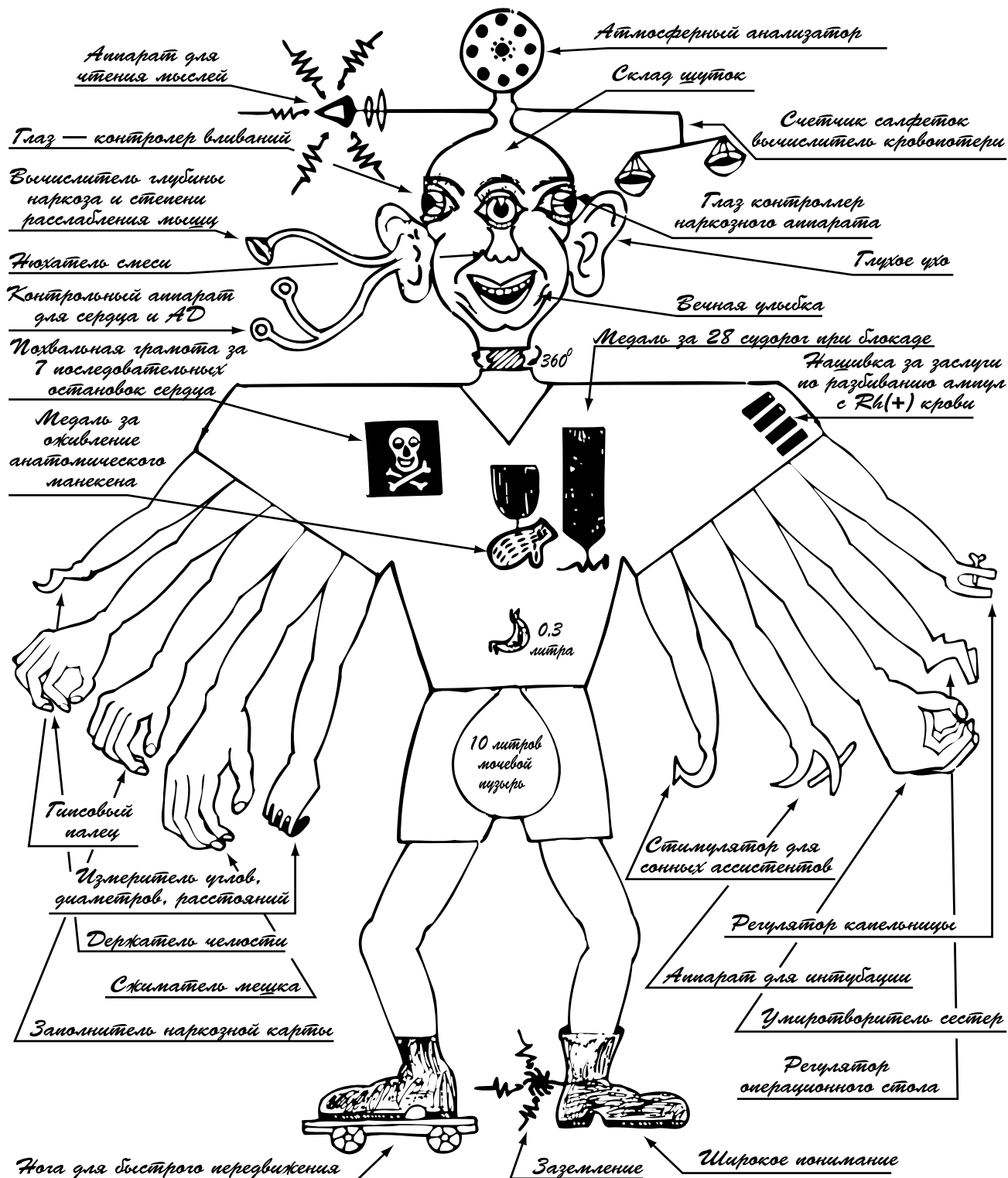
– Счастье внутри нас, это гармония с самим собой и окружающим миром. Соизмерять свои желания со своими возможностями. Радоваться тому, что есть. Я – счастлив.

Беседу вела Ирина Соловьева.

Идеальный анестезиолог

(почти автопортрет)

Если суммировать все требования, которые хирурги предъявляют к анестезиологам — мало не покажется. Чтобы соответствовать идеалу, они должны выглядеть так, как их изобразил неизвестный, но весьма компетентный в этом деле, художник. А что? Очень симпатичное существо.



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)

Тел./факс: 399 8493

**28-30
МАРТА
2001
ВОРОНЕЖ**
МЕДЭКСПО

Воронежская региональная Ассоциация экономического развития "Центральное Черноземье" приглашает Вас принять участие в специализированной выставке с международным участием "Медэкспо", которая состоится 28-30 марта 2001г., в г. Воронеж.

ВОРОНЕЖ
ЭКСПО
ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ

Демонстрация новейших разработок в области медицины и фармацевтики, обмен передовым опытом, расширение и развитие партнерских связей между производителями, поставщиками и потребителями медицинских товаров и услуг.

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ

- лекарственные препараты
- медицинская техника
- инструментари и расходные материалы
- лечебная косметика
- медицинские издания
- медицинское страхование
- информация о рынке медицинских услуг

ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ

В рамках деловой программы выставки состоятся совещания, научно-практические конференции, семинары, круглые столы.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ

Отдельными по тематике являются разделы: "Воронежская область без наркотиков" (в рамках реализации областной программы по профилактике и борьбе с наркоманией), "Красота и здоровье" (лечебная косметика и парфюмерия).

НАШ АДРЕС

В случае Вашей заинтересованности, заполните прилагаемый договор и заявку на участие в выставке и вышлите их в адрес оргкомитета выставки:

ЧЛЕН АССОЦИАЦИИ "ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЧЕРНОЗЕМЬЕ" - ЗАО "ВОРОНЕЖ-ЭКСПО"
 394000, г. Воронеж, ул. Плехановская, 9 гост. "БРНО", офис 218
 тел./факс (0732) 509-391
 Директор выставки "МЕДЭКСПО": Транин Александр Александрович
 E-mail: Tranin@newmail.ru

С уважением,

Президент
 Воронежской региональной
 Ассоциации экономического развития
 "ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЧЕРНОЗЕМЬЕ"

С.Н. Улановский

ВИРТУАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА-МАГАЗИН
 Медицинской продукции и услуг

MED TEX

WWW.MEDTEX.RU

ОАО «Объединение Альфапластик» приглашает посетить свой фирменный магазин, открытый по адресу: Москва, 4-й проезд Подбельского, д. 3. Магазин предлагает по ценам предприятия широкий ассортимент товаров из резины и пластика. В их числе товары медицинского и санитарно-гигиенического назначения: грелки, спринцовки, подкладные круги и судна, кружки «Эсмарха», приборы для измерения артериального давления, трубки медицинские для переливания крови, хирургические перчатки, напальчники. Товары для детей: игрушки, соски, пустышки, грелки в меховых и тканевых чехлах. Товары для спорта: ласты, шапочки для купания, рыбацкую резинку. Товары можно приобрести оптом и в розницу. Магазин работает с понедельника по пятницу с 9 до 17 часов. Телефоны для справок: 160 9410, 962 5446

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail: hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ.

Индекс по каталогу "Роспечати" — 32608.

Индекс по объединенному каталогу "Пресса России", т. 1 — 38241

Также на газету можно подписаться через Интернет по адресу:
<http://www.ppressa.apr.ru>

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. Издаётся с 1993 года

Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
 ДОГОВОРНАЯ**

Отпечатано в типографии ЗАО фирма «Лица» Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47; тел.: 465 1154

Подписано в печать 25.01.2001 г. Объем 2 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ № 186