

НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 3
2003

**НАУКА
И ПРАКТИКА**

**КАФЕДРА
АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ
ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА МГМСУ**

СТР. 3–7

ЛЕКАРСТВА

СТР. 8–12

**НОВОЕ ИЗДАНИЕ
ПОПУЛЯРНОЙ
КНИГИ**

СТР. 13



**Читаем
«Казус
Кукоцкого»**

СТР. 14



*Наталья Альбертовна Юдочкина – акушер-гинеколог
родильного дома ГKB № 15*



ГДЕ ВЫ, МЕЦЕНАТЫ?

Деревянный храм Вознесения Господня в селе Воскресенском был построен в 1705 году, по личному Указу Петра I. Церковь Покрова Пресвятой Богородицы возвели рядом с храмом значительно позже, в 1833 году. За минувшие 15 лет, с Божией помощью, эта церковь восстановлена и теперь Господь направил нас на восстановление рядом стоящего храма. Даже сегодня, полуразрушенный, он сохранил дух древней эпохи и величие наших предков. Реставрационные работы начались в 2002 году: заготовлен и доставлен строительный лес, обновляется иконостас. Если Вас интересует эта работа и потребуется дополнительная информация, документация или фотографии, Вы можете посетить село Воскресенское, связаться по телефону или сообщить свой адрес, на который будет отправлено всё необходимое для принятия решения.

На попечении нашей церкви находится Ногинский детский дом «Светлячок», который тоже нуждается в поддержке. Если возникнет желание посетить детский дом, вы сможете связаться с директором по телефону (8.251 или 09651) 5-22-82; Церковь: 4-19-50, 4-78-05, 6-97-38.

Та посильная помощь, которую посылает Господь нашей православной общине, позволяет кормить после богослужения малообеспеченных и многодетных прихожан, проводить текущие небольшие ремонты подсобных помещений на территории церкви и помогать детскому дому «Светлячок» – обустроить их быт, приобщая к православной вере.

Наше прошлое во множество раз сильнее настоящего, глубокие корни всегда крепче. Если Господь поможет Вам принять положительное решение, стать попечителем церкви, буду очень признателен. Многим было предложено принять участие в этой необходимой работе, но не многих выбрала Матерь Божия для Своего храма.

С уважением,
протоиерей Борис Чижов

Московская обл., Ногинский р-н,
село Воскресенское



ПРАЗДНИК ВИТАМИНОВ

В крупнейшем московском скейтпарке «Адреналин» состоялся грандиозный праздник «Сана-Сол» – «Солнечный мир здоровья!», посвященный выводу на рынок 10 новых витаминных комплексов от компании «Никомед». Мероприятие было приурочено к 10-летию юбилею работы этой корпорации на российском рынке.

Гостями праздника стали работники аптек Москвы и области, представители компаний-дистрибьюторов фармацевтической продукции, работники Норвежского посольства в Москве. Многочисленные гости пришли в скейтпарк «Адреналин» с детьми. Устроители особо оговаривали присутствие детей, поскольку именно для них были приготовлены многочисленные сюрпризы и подарки.

В программе было выступление команды КВН МГУ, театра пантомимы «Кураж», проходил розыгрыш праздничной лотереи с десятками замечательных призов – игрушек, полезной домашней техники, наборов из новых витаминов «Сана-Сол» для всей семьи.

Кульминацией праздника стал незабываемый фейерверк в главном зале скейтпарка. Одновременно с высокого потолка полетели сотни ярких, солнечных воздушных шаров. В желтых солнечных тонах было выдержано все оформление праздника, ярко-красно подкрепляя лозунг новых витаминов: «Сана-Сол» – «Солнечный мир здоровья!».

АВЕЛОКС – ИНФУЗИОННАЯ ФОРМА

Немецкая фармацевтическая компания Bayer AG вывела на российский фармацевтический рынок инфузионную форму антибактериального препарата Авелокс (моксифлоксацин). Таблетированный Авелокс появился в России два года назад и получил высокую оценку врачей разных специальностей. Инфузионная форма открывает новые перспективы для его применения.

В отеле «Балчуг Кемпински Москва» прошла презентация, посвященная появлению этого лекарственного средства в России. В мероприятии приняли участие более двухсот врачей из клиник Москвы и Московской области.

Елена Шмидт, генеральный директор компании «Оникс Фарм», выступая перед врачами, сказала: «За последние годы в России, к счастью, успели привыкнуть к возможности лечиться самыми качественными препаратами известных мировых производителей и я рада, что арсенал российских врачей пополнился еще одним эффективным средством».

Профессор В. П. Яковлев, один из основателей российской школы антибактериальной терапии, подробно описал возможность ступенчатой терапии инфекционных заболеваний, которую дает инфузионная форма препарата Авелокс. В своем выступлении он подчеркнул, что его применение дает врачам уверенность в проводимой терапии, так как Авелокс эффективен против большинства видов возбудителей. Причем, возможность перехода с парентерального введения на пероральный прием снижает расходы на лечение пациентов в условиях стационара.

Йоахим Р. Хардер, генеральный директор представительства Bayer AG в России, рассказал о результатах клинических испытаний препарата, подтвердивших эффективность и безопасность Авелокса. На сегодняшний день более 20 миллионов пациентов успешно прошли монотерапию этим препаратом.



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ: РОССИЙСКИЙ ВАРИАНТ

Не надо много говорить о тяжелой демографической ситуации, в которую попала страна. Сокращение рождаемости, превышение количества умерших над родившимися постепенно приводит ко все большему сокращению населения России. Инфекции, передающиеся половым путем, вирусный гепатит и СПИД, увеличение количества бесплодных браков, делают проблему еще более острой. Растет и онкология – особенно это касается рака молочной железы. Обо всем этом мы беседуем с заведующим кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ профессором Игорем Борисовичем Манухиным.

Эта кафедра образовалась от слияния двух кафедр. Первая была создана в 1969 году на базе лечебного факультета, руководил ею член-корр. РАМН В. Н. Серов, вторая образовалась в 1987 году на базе ГКБ № 68 и называлась кафедрой акушерства и гинекологии факультета последипломного образования. Когда Серов переходил на работу в Центр охраны матери и ребенка, он предложил объединить две кафедры в одну, а руководство возложить на своего ученика – И. Б. Манухина.

– Игорь Борисович, по коечному фонду клинической базы, по числу профессорско-преподавательского состава ваша кафедра одна из самых мощных в России. Как вы управляете с этим хозяйством?

– У нас четыре клинических базы. В ГКБ № 36 – уникальный родильный дом, наверное, единственный в мире – для инфицированных беременных, рожениц и родильниц. Родиль-

ный дом № 15 специализирован на сердечно-сосудистой патологии и это один из первых родильных домов в стране, построенный по типовому проекту для совместного пребывания матери и ребенка. В ГКБ № 68 у нас обычный родильный дом, а в отделении при Госпитале ветеранов войны – плановая оперативная гинекология. В общей сложности мы курируем 910 коек, по сути, это целая большая больница. Раньше у нас было около 30 сотрудников профессорско-преподавательского состава, сейчас несколько меньше. Все сотрудники распределены по базам, ведут большую научную, учебную и клиническую работу. нас интересуют проблемы предрака шейки матки, склерополикистоза и опухолей яичников, восстановление репродуктивного здоровья

женщины. Одна из научных проблем кафедры – заболевания шейки матки. Мы много лет занимаемся всеми вопросами этой патологии, исключая, пожалуй, рак. Другая проблема – инфекционные осложнения при беременности и родах. Третья проблема – сердечно-сосудистые заболевания при беременности.

Следует заметить, что за последние пять лет у нас наметилась четкая тенденция в улучшении основных показателей работы родовспомогательных учреждений. Значительно уменьшилась материнская смер-



тность. Сейчас она достигла 36 на 100000 родов. Перинатальная смертность по России относительно низка – 12%. Но за счет чего это все происходит? За счет целенаправленной организационной работы, внедрения новых технологий и самоотверженного труда медиков – акушеров-гинекологов и педиатров. Ведь в целом ничего к лучшему не меняется – ни социальные условия, ни средства, которые государство тратит на медицину. Хотя у нас есть клиники, работающие на уровне европейских стандартов, врачи на периферии месяцами не получают зарплату. Но работают, и, не смотря ни на что, добиваются хороших результатов. Количество абортос значительно уменьшилось. Это тоже, кстати сказать, наша «родная» российская проблема.

– Давайте поговорим подробнее об инфекционных заболеваниях, передающихся половым путем – для России это проблема номер один.

– Да, действительно, это бич нашей страны, потому что это касается и гинекологических больных, и беременных, и новорожденных детей. Возможно, так случилось потому, что мы вошли в так называемую сексуальную революцию на достаточно низком культурном уровне. Плохо не то, что юноши и девушки рано вступают в половые связи. Плохо то, что у каждого огромное количество партнеров. В газетах открыто публикуются предложения по оказанию интимных услуг, массажи, сауны. У молодежи смутные представления и об опасности, которые несут инфекции, передающиеся половым путем, и о методах контрацепции. Отсюда нежеланная беременность, аборт, болезни, бесплодие.

Что же касается инфекционных заболеваний, то их нозология, конечно же, изменилась. Меньше стало гонореи, сифилиса, трихомони-

аза, зато увеличился хламидиоз, герпетическая и цитомегаловирусные инфекции, вирус папилломы человека. Отмечается бурный рост вирусных гепатитов «В» и «С», ВИЧ-инфекции. Очень часто это инфекции смешанные. Хламидиоз в сочетании с герпетической инфекцией – в 30%, хламидиоз и вирус папилломы человека – 28%, в сочетании с микоплазмой и уреаплазмой – в 30% и т. д.

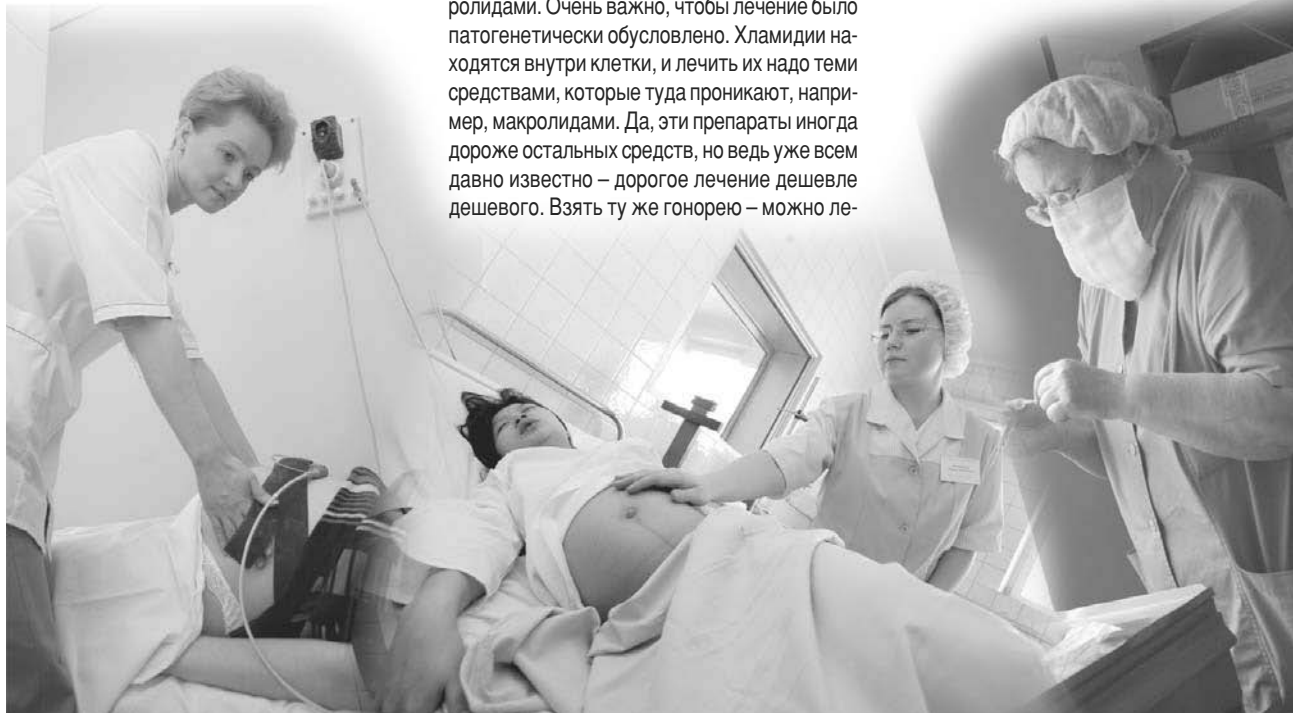
Перед практическими врачами возникают вопросы – кого лечить и как лечить? Коммерциализация медицины привела к тому, что в Москве появилось бесчисленное множество диагностических лабораторий, проводящих иммуноферментные анализы. Причем эти лаборатории работают на разных тест-системах, иногда плохо сочетающихся друг с другом, сверить их невозможно. Женщине могут выдать на руки целую простыню анализов с антителами против хламидиоза, герпеса, микоплазмы и т. д. А разве антитела – это плохо? О чем они говорят? О состоянии иммунитета. Если нет проявлений, разве надо лечить? Очень много ложно положительных результатов, и как следствие – хождения по врачам. Обывателя напугать очень просто! Но что характерно: если один врач честно скажет женщине, что лечить в данном случае нечего, то она пойдет к другому, до тех пор, пока не найдет того, кто возьмется лечить. И, конечно, в дело пойдут антибиотики. Что такое лечение антибиотиками, мы все знаем, – меняется микрофлора, появляются резистентные штаммы, возникает дисбиоз кишечника, влагалища и т. д.

Сколько сейчас хламидийной инфекции? Заражено примерно 20% населения, а если брать больных с бесплодием неясной этиологии – то окажется около 50%. Ее лечат фторхинолонами, препаратами тетрациклина, макролидами. Очень важно, чтобы лечение было патогенетически обусловлено. Хламидии находятся внутри клетки, и лечить их надо теми средствами, которые туда проникают, например, макролидами. Да, эти препараты иногда дороже остальных средств, но ведь уже всем давно известно – дорогое лечение дешевле дешевого. Взять ту же гонорею – можно ле-

чить дешевым пенициллином, можно новым дорогим препаратом. В первом случае и денег, и времени больной потеряет гораздо больше. Так что наше дело предложить больному лечение оптимальным препаратом, несмотря на его стоимость. Не пропагандировать какой-то препарат, не лоббировать его – а выбрать и рекомендовать из имеющегося множества средств одно с оптимальными свойствами.

– Что сейчас происходит с герпетической инфекцией?

– Беременных с герпетической инфекцией много. Но дело в том, что к ней тоже надо подходить дифференцировано. Все мы являемся носителями герпеса – 95% людей имеют к нему антитела. Забеременела женщина, анализы показали наличие герпеса. Надо лечить или нет? К сожалению, большинство практикующих врачей, которые не знают проблему и не хотят ее знать, обязательно назначают лечение, не вникая в суть процесса. Но они лечат не патологию – они лечат анализы! Надо лечить проявления герпетической инфекции во время беременности. Вылечить герпес нельзя, но добиться ремиссии во время беременности можно – сейчас довольно много активных противовирусных препаратов и иммуномодуляторов. Что здесь важно выяснить? Действительно ли у беременной есть обострение процесса. А если она окажется просто носителем – ничего делать не нужно. Почему нам надо добиться ремиссии у беременной? Потому что сама беременность – это иммунодефицитное состояние. Да и сама инфекция усиливает это состояние. Поэтому если мы видим клинику – мы назначаем лечение. Сейчас некоторые противовирусные препараты, такие, например, как ацикловир, разрешены при беременности, во втором и третьем ее триместре. Есть препараты местного воздей-



ствия, в виде спрея, орошения. И иммуномодуляторы чрезвычайно важны.

– Изменился ли сейчас контингент рожавших женщин?

– Да, и несколько парадоксально. Сейчас рожают или очень молодые – это беременности случайные, незапланированные, или женщины в возрасте, которые буквально вымучивают свою беременность – женщины с экстрагенитальной патологией, женщины старше тридцати лет и т. д.

– Обратимся к другой стороне проблемы – к контрацептивам. Как здесь обстоят дела?

– Здесь тоже надо брать цивилизованный мир отдельно, а нас – отдельно. Для России внутриматочная контрацепция еще долго будет актуальной. Она применяется с достаточным эффектом. Но мы не можем не учитывать и отрицательный опыт этого вида контрацепции. Нельзя вставлять спираль всем подряд, не думая о тех последствиях, которые могут быть. Те, кто работает в стационарах, часто видят негативные последствия – не просто воспаления придатков, а гнойные мешотчатые образования в малом тазу, которые требуют радикальной операции, после которой женщина становится бесплодной. Спираль можно поставить только абсолютно здоровой женщине! Если у нее есть хронические воспаления, применять спираль нельзя. Почему в США отказались от этого вида контрацепции – потому что у них там начал расти СПИД, а сама спираль травмирует эндометрий и потому риск увеличивается. Мы пока продолжаем применять этот метод, тем более что при разумном использовании он достаточно хорош.

Гормональная контрацепция. К сожалению, она используется у нас в небольшом объеме – только 6–8% женщин ею пользуются. Это связано с целым рядом причин. Первая – необразованность женского населения, вторая – малая информированность врачей о механизме действия, разнообразии этих препаратов и т. д. А ведь практически любой женщине можно подобрать оптимальные контрацептивы. Шаблон здесь никакого быть не должно, процесс подбора индивидуален! Смысл его в том, что все эти препараты состоят из эстрогена и прогестерона. Бывают ведь женщины с гипозестрогией или наоборот. Можно

варьировать содержание этих составляющих так, чтобы добиться стерилизации и одним эстрогеном, но для того, чтобы нивелировать их пролиферативное действие в эндометрии и молочных железах, туда добавляются препараты прогестерона в самых разных комбинациях. Свои рекомендации существуют у женщин с ожирением, где компоненты эстрогенов должны быть минимальными и т. д. Существует огромное количество отработанных схем, которые позволяют ориентироваться в выборе препаратов, эффективность при правильном подборе – стопроцентная. Есть и экстренная контрацепция, которую можно применять сразу после коитуса. Все дело в том, что практикующие врачи плохо это знают. Я часто слышу, как врач объясняет пациентке: «Зачем вы будете принимать гормональный препарат – он же вызовет у вас нарушение функции яичников, а вам ведь еще рожать». А на самом деле ничего кроме пользы при гормональной контрацепции нет! Да, описаны случаи возникновения у ряда пациентов тромбоэмболии. Очень редко, но так бывает, если не учитываются противопоказания к этим препаратам. Во всем мире таких примеров совсем немного. Но зато при приеме эстрогенных препаратов хотя бы в течение года, риск возникновения злокачественных новообразований, например, рака яичника и рака эндометрия, уменьшается в четыре раза!

А вот, посмотрите, другая проблема, расположенная рядом – гормонально-заместительная терапия. У нас пользовались ею три года назад всего 0,2% женщин! Сейчас, после проведения огромной работы, этот процент поднялся до 2–3%. А во всем мире этот метод распространен крайне широко. Климактерический период – очень сложный для жизни женщины. Начинает шалить сердце, ломают-

ся кости и т. п. Большинство этих проявлений значительно нивелируется назначением гормональных препаратов, они помогают существенно улучшить качество жизни. И не только женщин – сейчас ученые начинают подбираться и к мужскому климаксу, хотя там ситуация несколько другая.

Наконец, механические средства защиты. Есть еще, правда, стерилизация – и мужская и женская. Что касается мужской, то она приводит к крайне негативным последствиям для здоровья мужчины, и от нее сейчас практически отказались. А женская стерилизация делается тогда, когда женщина выполнила свою детородную функцию и не хочет больше иметь детей. При помощи лапароскопии пережимается труба, ставится клемма. Просто и безвредно

Однако, в период разгула сексуальной революции, на первом месте в России должен стоять метод барьерной контрацепции – презерватив. Это в некотором смысле уникальный метод: он спасает от всех видов инфекции, в том числе и от инфекции вирусной. Одно только не понятно: хотя самых разных презервативов у нас полно, а инфекция – гуляет очень широко.

– Вы упомянули о научных разработках кафедры в области заболеваний шейки матки. В чем они состоят?

– Мы очень долго занимались инфекционной патологией шейки матки. В частности, герпетической инфекцией, папилломо-вирусной инфекцией, которые встречаются довольно часто – примерно у 40% обратившихся к нам больных. В общей популяции частота папилломо-вирусной инфекции составляет около 17%. Чем она опасна? Сейчас доказано, что рак шейки матки этиологически связан с папилломо-вирусной инфекцией. Наличие папилломо-вирусной инфекции – не предрак. В любом гинекологическом раке есть стадийность процесса, поэтому любой гинекологический рак условно предотвратим. Если женщина нормальная, умная, здоровая – у нее рака не будет. Но у нас гордятся, если лет пять не посещают гинеколога. Совершеннейшая глупость. Возьмем любой рак, скажем, шейки матки. Он сразу не возникает – должно пройти много времени – десять, пятнадцать лет, иногда двадцать лет. Сначала в



каком-либо одном месте возникает эктопия – это участки цилиндрического эпителия среди многослойного эпителия шейки матки. Если мы ничего не будем делать, эктопия превратится постепенно в дисплазию (хотя это не совсем правильный термин). В эпителии появляются разного рода атипические клетки. Эти изменения могут быть разной степени выраженности. Вот это и есть предрак, но еще не рак. Если мы будем нормально лечить его, а возможности для этого есть, то рака не будет. Это можно делать и в обычных амбулаторных условиях – ничего, кроме кольпоскопии и цитологии для этого не нужно. Лечение – методы деструктивного воздействия – лазер, криодеструкция, деструкция электрическим током и т. д.

Известно, что папилломо-вирусная инфекция может давать рецидивы, и она требует комплексного дифференцированного подхода, в чем мы за много лет убедились. У нас разработана соответствующая методика – в России, пожалуй, ни у кого такого большого опыта нет. Мы написали монографию по предраку шейки матки, она небольшая, но важная для практических врачей.

Что такое папилломо-вирусная инфекция? Серотипов вирусов много, а человеку опасны только те, которые обладают высокой онкогенной активностью – 16-й и 18-й типы. Сейчас есть методы иммуноферментного анализа, все это можно определить. Если, скажем, наличие одного из таких типов вирусов сочетается с высокой пролиферативной активностью, методы лечения должны быть значительно расширены в сторону радикализации. Но и здесь ситуация несколько изменилась. Раньше мы говорили: маленький рак – большая операция. Сейчас мы говорим: маленький рак – маленькая операция. После операции, если она сделана своевременно, женщины рождают. А если процесс запущен и распространяется на матку, влагалище – исход совсем другой.

– Есть еще одна проблема, волнующая женщин – мастопатии и миомы матки. Как вы на нее смотрите?

– Вы задаете мне очень сложный вопрос. Злокачественные заболевания молочной железы – это единственный, пожалуй, рак, который растет очень быстро. У нас появилась даже новая специальность – маммолог. Раньше, когда больная приходила на осмотр, гинекологи пальпировали ей молочные железы. Потом, увидев, что проблема вроде бы не наша, перестали это делать – пусть этим занимаются онкологи. Но онкологи стали лечить уже сформировавшийся рак, а все, что до него, их не интересовало. Возникла несогласованность в действиях медиков. Поэтому сейчас встал вопрос о том, чтобы отдать эту бедную молочную железу обратно под первичный контроль гинекологов. Разрабатывается специальная программа, в которую вовлечены все врачи, имеющие отношение к молочной железе. Думаю, что дискуссия, проводимая в последнее время, приведет все-таки к созданию республиканской программы по этой проблеме. Это самый распространенный рак в гинекологии, из-за поздней диагностики дающий большую смертность. Этот процесс ведь тоже предотвратим. Рак и здесь наступает не сразу, а через стадии фибромы и фиброаденомы. Время есть и в ряде случаев рак можно предотвратить целенаправленным гормональным лечением.

Что касается миомы матки, то это тоже очень распространенная патология, и здесь свои новации в подходе к лечению. До недавнего времени мы считали, что есть показания для гормонального консервативного лечения и есть показания для хирургического лечения – если миома выросла до 14–15 недель беременности, то ее надо оперировать. Появилось много интересных препаратов, в частности, агонисты релизинг-гормонов, которые стимулируют функцию гипоталамо-гипофизарной системы. На них была надежда при консервативном лечении, но все они оказались мало эффективными. Поэтому основным методом лечения миомы матки сегодня остается все-таки хирургический. В последние несколько лет предпочтение отдается щадящей хирургии: мы не удаляем матку, а

проводим органосохраняющие операции, особенно в молодом возрасте. В стадии разработки находится методика иммобилизации маточных сосудов: сосуды тампонируют специальной пастой, миома перестает получать кровь, и миоматозные узлы подвергаются обратному развитию.

С онкологических позиций миома сама по себе не опасна, перерождается в саркому крайне редко. Другое дело, что при миоме могут усиливаться пролиферативные процессы в эндометрии. Это связано с нарушением функции гипофиза яичников. Поэтому, когда мы идем на операцию, предварительно подвергаем обязательному гистологическому исследованию эндометрий.

– Что изменилось за последние годы в тактике ведения родов?

– Раньше преобладала выжидательная тактика. Операция кесарево сечение проводилось по очень строгим показаниям, в ограниченных случаях. Это – классическое акушерство. Я вспоминаю, что врачей ругали, если количество операций составляли больше 2% по отношению ко всем родам. Сегодня, например, в Научном центре гинекологии и перинатологии РАМН кесарево сечение проводится в 45–50% случаев. Каждая вторая женщина разрешается с помощью этой операции. У нас в родильном доме – 18%. Нет, пожалуй, в Москве ни одного родильного дома, где бы этот процент был ниже десяти. В чем тут дело? Наше акушерство приобрело четкую перинатальную направленность: нельзя терять не только мать, но и ребенка, поэтому показания для оперативного родоразрешения из-за этого расширены. В этом есть и положительные и отрицательные стороны, в большей степени, впрочем, отрицательные. Чем больше оперативных вмешательств, тем больше осложнений не только у родильниц, но и у новорожденных.



с одной стороны. С другой стороны – квалификация врача. Если можно сделать кесарево сечение – зачем он будет мучиться, возиться по 12 часов с роженицей? Быстро взял и сделал. Сейчас скорее надо искать не показания к операции, а противопоказания к ней.

Перинатальный подход к ведению родов заставил многое изменить. Мы отказались от многих травмирующих операций – меньше используются акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода. Изменился шовный материал – вместо кетгута стали применять синтетические нити. Изменилось и обезболивание в родах – это очень важный компонент. Сейчас широко внедряется дозированная эпидуральная анестезия. Она применяется при экстрагенитальной патологии, гестозах и т. д. С помощью эпидуральной анестезии проводят и операцию кесарева сечения, она не оказывает депрессивного влияния на плод, что очень важно. Здесь присутствует не только обезболивание, но и лечебный компонент: у женщины нормализуется гемодинамика. Единственно, что сдерживает распространение этого метода, – нехватка квалифицированных анестезиологов. У нас в роддомах анестезиологи по большей части случайные, их нигде и никто не готовит для родильных домов. Нет такого учреждения, которое озаботилось бы этой проблемой. Между тем и обезболивание в родах, и интенсивная терапия в акушерстве имеет свои собственные, порой очень драматические, особенности, требующие высочайшей квалификации. Вот некоторые факты: во время беременности объем циркулирующей крови увеличивается на 40–50%! Это надо учитывать. Не зря говорят, что беременность – это пробный камень для оценки состояния здоровья женщины. Когда я занимался кардиальной патологией

у беременных, особенно четко это понял. Нередко во время беременности мы диагностируем порок сердца, а до беременности все было нормально – он был компенсирован. Пороки сердца и беременность – это особая проблема, она требует дальнейшего углубленного изучения с привлечением других специалистов. Хотя успехи в этом направлении есть: многие женщины, которым раньше запрещалась рожать, теперь рожают.

Что же касается кадров анестезиологов, то этот вопрос нужно обязательно решать. У нас на весь родильный дом дежурит один анестезиолог! Если он сделал эпидуральную анестезию, то он должен сидеть с этой роженицей. А если в другом отделении у женщины кровотечение, или еще что-то? Вот он и бежит по всему родильному дому, стараясь всюду успеть.

– Ваша кафедра занимается и последипломной подготовкой врачей. Какие проблемы здесь и на периферии?

– На местах те же проблемы, что и в столице. Квалификация врачей – не скажу, что низкая – недостаточная. Это не только моя оценка, к этому выводу пришли и чиновники всех рангов Минздрава, Думы и т. д. Поэтому у нас в России появилось очень много кафедр последипломного образования – растут, как грибы. Казалось бы, живи и радуйся, жди всеобщего повышения квалификации. Но не тут было. Я считаю, что это ошибочный путь. Устранить пробелы знаний ускоренным курсом усовершенствования – невозможно. Сидят курсанты в аудитории, им читают лекции, проводятся семинарские занятия, они что-то записывают, потом получают сертификат, возвращаются домой и ... кладут эти записи на полку.

За рубежом такой «подготовки» нет, это наша российская система. Там готовят специалистов поштучно, по индивидуальной программе, на рабочих местах. Если курсанту что-

то непонятно, он обращается к профессору и получает квалифицированный ответ.

Как сейчас стать акушером-гинекологом? Есть интернатура и двухгодичная ординатура. А лучше бы иметь трехгодичную ординатуру. Это могло бы решить проблему подготовки квалифицированных кадров. У нас сейчас после интернатуры врач уже получает сертификат, имеет право работать акушером-гинекологом. Конечно, квалификация его при этом недостаточна. Сейчас мы все же взяли за составление программы трехгодичной ординатуры. Пока этот вариант тормозится из-за нехватки средств, но думаю, за ним будущее.

**Интервью подготовил М. Кукулевич.
Фото из ГКБ № 68 и № 15 В. Афанасьева**



На кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ проводится последипломная подготовка специалистов: интернатура, ординатура, усовершенствование врачей. Проводятся сертификационные циклы по гинекологической эндокринологии, кольпоскопии и заболеваниях шейки матки, по подготовке специалистов для работы в гинекологической консультации и т. д. Справки по телефону: 178 2831



НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

проф. И. Б. Манухин, д. м. н. М. А. Геворкян, кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ

Совершенствование технологий фармакологической промышленности наряду с пополнением наших знаний о механизмах эндокринного контроля репродуктивной функции и патогенезе гормонозависимых заболеваний способствовало более широкому применению гормональных препаратов в клинической практике акушера-гинеколога. Уже несколько десятилетий в нашей стране успешно используют препараты фармацевтической фирмы Гедеон Рихтер (Венгрия). В основном это комбинированные эстроген-гестагенные препараты, совершенствование которых шло по пути снижения доз эстрогена и синтез прогестагенов, оказывающих минимальные андрогенные и метаболические эффекты. Одним из препаратов первого поколения, успешно используемых до настоящего времени, правда больше с лечебной целью, является **Овидон**, в состав которого входит 50 мкг этинилэстрадиола и 25 мкг левоноргестрела. Только такое сочетание эстроген-гестагена оказывает положительный (гемостатический) эффект в лечении дисфункциональных маточных кровотечений, обусловленных как функциональными нарушениями (ановуляция), так и органической патологией (внутренним эндометриозом). Одним из клинических аспектов применения Овидона, основанном на его сильном антигонадотропном действии, является высокая эффективность в лечении функциональных кист, которые часто возникают в пубертатном периоде, а также после перенесенных хирургических вмешательств на придатках. Следует отметить положительные результаты лечения Овидоном гиперпластических процессов у пациенток с синдромом поликистозных яичников и другими ановуляторными состояниями. Помимо регрессивных изменений в эндометрии, которые достигаются через 6 мес. лечения в циклическом режиме, после отмены препарата у большинства пациенток восстанавливается овуляторный менструальный цикл, что является результатом так называемого ребаунд-эффекта. С лечебной целью достаточно рекомендовать Овидон в течение

6–9 мес, а далее, как правило, женщины продолжают использовать низкодозированные препараты (регивидон, трирегол, регулон). Подобная терапия рекомендуется молодым женщинам и, конечно, с учетом противопоказаний, которые идентичны для всех эстроген-гестагенных препаратов. Более того, применение на первом этапе лечения препаратов с низкой дозой эстрогенов (30 мкг) мало эффективно в связи с менее выраженным антигонадотропным действием и большей частотой ациклических кровянистых выделений, что побуждает пациентку отказаться от дальнейшего лечения. Такие побочные эффекты, как прибавка массы тела, тошнота, головные боли, масталгия, не являются причиной отказа от лечения, если с женщиной проводится предварительная беседа. И, самое главное, психологический настрой пациентки, которая понимает, что альтернативным остается только хирургическое вмешательство. В этом же аспекте интерес представляют исследования последних лет, радикально изменившие представление о патогенезе миомы матки и влиянии эстроген-содержащих препаратов на миоматозные узлы. Показано, что длительное применение низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов (регулон, новинет) не только не способствует увеличению миомы (как считали ранее), но даже тормозит рост миоматозных узлов. Конечно, это касается небольших интрамурально-субсерозных миом у женщин репродуктивного возраста, когда нет абсолютного показания к хирургическому лечению. Поэтому лечебный аспект применения комбинированных эстроген-гестагенных препаратов на сегодня не вызывает никаких сомнений ни у врачей, ни у пациенток. Хотелось еще упомянуть о препарате Норколут, который является чистым прогестагеном и до настоящего времени успешно используется для лечения гиперпластических процессов эндометрия, особенно у женщин перименопаузального возраста, а также при наличии противопоказаний или непереносимости синтетических эстрогенов.

Сложнее дело обстоит с широким использованием эстроген-гестагенных препаратов для контрацепции, особенно у молодых не рожавших женщин, поскольку известно, что одним из наиболее грозных осложнений медицинских аборт было, есть и будет – бесплодие, как результат воспалительных заболеваний органов малого таза и/или эндометриоза и других эндокринных нарушений репродуктивной системы. Восстановление генеративной функции, т. е. лечение бесплодия, в дальнейшем требует немало материальных затрат, и не всегда бывает эффективно. Известно, что причиной внутреннего эндометриоза (аденомиоза), являются именно частые выскабливания матки, в том числе аборты. Частота этой патологии имеет тенденцию к увеличению благодаря совершенствованию трансвагинальной эхографии, данные которой не всегда соответствуют клинической симптоматике. О вреде абортов написано в многочисленной научно-популярной литературе, однако их частота в России не снижается. Несмотря на увеличение числа женщин, использующих гормональную контрацепцию, практические врачи часто сталкиваются не только с преодолением барьера «страха перед словом гормон», но и с проблемами социально-экономического характера. Комбинированные оральные контрацептивы фирмы Гедеон Рихтер второго и третьего поколения (три-регол, регулон, новинет) экономически доступны неимущим слоям населения и не отличаются по эффективности и переносимости от подобных препаратов других фирм производителей, но более дорогостоящих.

Исходя из современных представлений от контрацепции в репродуктивном возрасте до ЗГТ – в климактерическом, можно рекомендовать длительный прием низкодозированных препаратов. Прием новинета (всего 20 мкг этинилэстрадиола) у женщин в возрасте до 45–50 лет, является профилактикой подавляющего большинства заболеваний органов репродуктивной системы, разумеется при отсутствии общеизвестных противопоказаний, число которых уменьшается соответственно дозе эстрогенного компонента.

СОВРЕМЕННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

д. м. н. М. А. Геворкян, кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ

В последние годы проблеме климактерических расстройств в пери- и постменопаузе уделяется пристальное внимание в связи с увеличением продолжительности жизни женщины. Период угасания функции яичников, т. е. климактерий на фоне прогрессирующего дефицита эстрогенов, сопровождается широким спектром вегетативно-сосудистых и нейропсихических симптомов: от неприятных ощущений (приливы, потливость, плохое настроение и т. д.) до системных нарушений (сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз), ухудшающих здоровье и качество жизни женщины. В настоящее время основным методом лечения осложнений эстрогендефицита в пери- и постменопаузе является ЗГТ (заместительная гормональная терапия) препаратами натуральных эстрогенов, в состав которых входит прогестаген для защиты эндометрия от гиперплазии. Однако большинство прогестагенов обладают андрогенным и глюкокортикоидными эффектами, что оказывает отрицательное действие на липидный спектр крови, повышая факторы атерогенности, снижая тем самым защитное действие эстрогенов. Из всех комбинированных препаратов ЗГТ только Фемостон (SOLVAY PHARMA) в качестве прогестагена содержит дюфастон, который не обладает отрицательными эффектами на метаболический гомеостаз. Сродство молекулы дидрогестерона к натуральному прогестерону оказывает потенцирующий эффект системному протективному действию эстрогенов, что позволяет рекомендовать его для длительного применения. Многочисленными исследованиями показана высокая эффективность двухфазного Фемостона (2/10) в лечении климактерических нарушений и других осложнений эстрогендефицита у женщин перименопаузального возраста, т. е. когда еще нет полного прекращения гормональной функции и женщина соглашается на продолжение менструальной функции. Однако, наличие менструаций на фоне приема двухфазного Фемостона ограничивает его широкое использование в постменопаузе, поскольку не все женщины согласны на возобновление менструальной функции после определенного периода ее отсутствия. Более того, из-за большой частоты миомы

матки небольших размеров и/или аденомиоза у женщин в возрасте ранней постменопаузы (когда нет еще полного выключения гормональной функции яичников, а женщина согласна на восстановление менструаций) на фоне двухфазного Фемостона наблюдаются ациклические кровянистые выделения. В связи с чем, несмотря на эффективное лечение климактерического синдрома и хорошую переносимость препарата, женщины отказываются от дальнейшей терапии.

Риск возникновения менструальных выделений на фоне приема монофазных эстроген-гестагенных препаратов минимален, что и определяет их преимущество перед двухфазными при выборе ЗГТ в постменопаузе. Это побуждает фармакологов к поиску и созданию новых препаратов, а клиницистов к продолжению исследований для внедрения их в широкую практику. Одним из последних препаратов ЗГТ является низкодозированный монофазный Фемостон (1/5), к преимуществам которого, как уже было отмечено, относится наличие в качестве прогестагена дюфастона, не вызывающего метаболических и андрогенных эффектов. Новая монофазная форма препарата, т. е. наличие в составе каждой таблетки и эстрогенного и гестагенного компонента не способствует восстановлению менструаций, что позволяет применять его у женщин в постменопаузе. Кроме того, на фоне использования низких доз как эстрогенов, так и гестагенов (Фемостон 1/5) резко снижается частота побочного действия в виде масталгии и прибавки массы тела, поскольку именно эти нежелательные эффекты часто побуждают женщину отменить ЗГТ.

Немаловажным аспектом широкого использования ЗГТ является выбор препаратов у женщин с уже имеющимся метаболическим синдромом (артериальная гипертензия, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия) или развившимся в постменопаузе на фоне физиологического угасания функции яичников, а также у пациенток с различными экстрагенитальными заболеваниями. А если учесть, что их частота прогрессивно

возрастает к перименопаузе, т. е. практически каждая вторая женщина с климактерическим синдромом соматическиотягощена различными заболеваниями, становится очевидным актуальность проблемы выбора препарата для ЗГТ у этих женщин. Накоплен большой опыт успешного применения двухфазного Фемостона у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом I и II типа, патологией щитовидной железы. Несомненно, эффективность, переносимость препарата обусловлена, как уже неоднократно отмечалось, наличием в качестве прогестагена Дюфастона. Однако, большинство практикующих врачей (не только женщин!) с осторожностью относятся к ЗГТ у больных с различными экстрагенитальными заболеваниями. В связи с чем, появление нового низкодозированного, монофазного Фемостона открывает широкие возможности в лечении климактерического синдрома у этого контингента женщин.

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем на современном этапе является профилактика менопаузального остеопороза. Остеопороз является системным заболеванием скелета, характеризующимся уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышению ломкости костей и увеличению риска переломов. Доказано защитное действие эстрогенов на костную ткань, которое основано на торможении процессов резорбции костной ткани, что сохраняет минеральную плотность костной ткани на определенном уровне. Имеется достаточно убедительных данных в пользу ЗГТ для профилактики остеопороза, а, следовательно, и снижения риска переломов шейки бедра, что является основной причиной смерти женщин старшей возрастной группы. Становится очевидным, что для профилактики отдаленных осложнений эстрогендефицита в постменопаузе (сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза) требуется длительная ЗГТ. Препаратом выбора можно рекомендовать низкодозированный монофазный Фемостон, о преимуществах которого было изложено выше.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛЛОМАКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

Т. М. Бахметьева, кафедра дерматовенерологии ГВМА им. Бурденко

Проблема лечения заболеваний, обусловленных вирусами папилломы человека, в последние годы привлекает внимание в виду их широкого распространения, высокой контагиозности и доказанной онкогенности, а также опасностью передачи в родах папилломавируса новорожденному ребенку. Разные типы вируса папилломы человека вызывают отличающиеся друг от друга заболевания. Наиболее частым проявлением папилломавирусной инфекции урогенитальной области являются остроконечные кондиломы. Остроконечные кондиломы индуцируются группой папилломавирусов низкого онкогенного риска (6 и 11), среднего (31, 33 и 35), высокоонкогенного риска (16 и 18). Пока отсутствуют специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на вирус папилломы человека, основным методом лечения остроконечных кондилом является их устранение. Используемые в настоящее время в терапии остроконечных кондилом цитотоксические препараты, физические и химические методы деструкции, занимают существенное место в практике врача дерматовенеролога. Однако ни один из существующих методов локальной терапии не является идеальным. При этих методах терапии велико число неудач (25%), связанных в основном с рецидивами заболевания в течение трех месяцев после лечения. Отрицательными моментами хирургического, электролазерного иссечения являются необходимость обезболивания повторных процедур, опасность рубцов. Кроме того, при гипертермических процедурах существует риск заражения медработников, проводящих процедуры, из-за выделения вирусных ДНК с дымом в окружающее пространство. Это требует специальных мер очистки помещения. Более безопасным физическим способом лечения остроконечных кондилом оказалась криодеструкция. Но процедуры необходимо выполнять только с помощью специальных аппаратов для криодеструкции, так как употребление традиционного ватного тампона на деревянном зонде вызывает микроповреждения и диссеминацию процесса. Поэтому поиск новых средств химической деструкции остроконечных кондилом является необходимым и оправданным.

Одним из новых перспективных препаратов химической деструкции, способствующих улучшению проблемы локального лечения остроконечных кондилом, является препарат Колломак. Он выпускается в виде раствора, 10 мл которого содержит 2 г салициловой кислоты, 0,5 г молочной кислоты, 0,2 г полидоканола 600.

Противопоказанием к применению Колломака является повышенная чувствительность к салициловой кислоте или другим компонентам препарата. Салициловая кислота может усилить нежелательное действие метотрексата и сахаропонижающего действия пероральных противодиабетических препаратов. Не следует применять препарат у грудных детей, у пациентов с нарушением функции почек. В период беременности применение Колломака допускается при нанесении его на ограниченную площадь (не более 5 см²). В ходе лечения Колломаком допустимо продолжение грудного кормления. У взрослых можно применять в течение одного дня не более 2 г салициловой кислоты, что соответствует 10 мл Колломака. У детей не допускается превышение суточной дозы, составляющей 0,2 г салициловой кислоты (1 мл колломака). При лечении детей не следует обрабатывать несколько участков одновременно.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности Колломака при локальной терапии остроконечных кондилом. Под нашим наблюдением находилось 56 больных с экзофитной формой остроконечных кондилом (16 женщин и 40 мужчин в возрасте от 18 до 56 лет). У 20 мужчин остроконечные кондиломы располагались на головке полового члена (50%), у 10 – в области крайней плоти (25%), у 10 – на головке полового члена и в области крайней плоти (25%). Локализация остроконечных кондилом у женщин была следующей: у 11 (68,8%) – в области половых губ и вульвы, у 2 (12,5%) – в области ануса, у 3 (18,8%) – в генитальной и перианальной области. Длительность заболевания варьирова-

ла от 2 недель до 1 года. Перед началом лечения все пациенты были обследованы на ИППП. У 22 больных (39%) был выявлен трихомониаз, у 1 (1,8%) – гонорея, у 9 (16%) – хламидиоз, у 7 (12,5%) – микоплазмоз, у 4 (7%) – уреоплазмоз, у 8 женщин (50%) – бактериальный вагиноз. Число остроконечных кондилом до 3 имели 35 больных (62,5%), до 5 – 18 (32,1%), более 5–3 пациента (5,4%). Размер менее 3 мм был у 8 больных (14,3%), до 5 мм – у 42 (75%), более 5 мм – у 6 больных (10,7%).

Колломак назначали 1–2 раза в день. Лечение проводилось от 4 до 7 дней. Первое смазывание проводилось врачом. В дальнейшем больной продолжал смазывание препаратом в домашних условиях. На окружающие здоровые участки кожи наносили цинковую пасту. После нанесения раствора наблюдалось кратковременное поблдение поражения, преходящее чувство жжения. Всем больным с сопутствующими ИППП назначалась параллельная терапия. В процессе лечения рекомендовалось воздержание от половой жизни. Через неделю больные являлись для оценки результатов лечения. В комплексном лечении 20 больных с множественными остроконечными кондиломами и давностью заболевания свыше 2 месяцев использовали иммуномодулирующие препараты.

Во время лечения Колломаком не были отмечены побочные осложнения. Переносимость препарата была хорошей. Аллергические реакции не наблюдались. Полное исчезновение остроконечных кондилом наблюдалось у 53 (95%) больных. У 3 больных (5%) эффект отсутствовал. Назначение этим пациентам второго цикла лечения тем же препаратом через 10 дней привело к регрессу поражений. Последующее наблюдение (4 месяца – 2 года) указало на стойкое излечение у (96,4%) больных. Рецидив заболевания наблюдали у 2 (3,6%) больных. Им проведено повторное лечение колломаком и иммунотерапия. Таким образом, клиническая эффективность колломака и отсутствие побочных осложнений позволяют рекомендовать его для локального лечения остроконечных кондилом.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИЛЬПРАФЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА С СОЧЕТАННЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

А. А. Лукач, В. И. Коновалов, Н. М. Герасимова, Д. В. Полянин

Кафедра акушерства и гинекологии УГМА, Уральское НИИ дерматологии и иммунопатологии

Сочетанный хламидиоз при эндометриозе у женщин является проблемой персистентной инфекции. В литературе проблема персистентной урогенитальной хламидийной инфекции стала широко обсуждаться в начале 90-х годов. У больных было установлено несколько моделей персистенции хламидий, разработаны методы лечения.

По нашим данным, при обследовании в стационаре больных эндометриозом, установлен диагноз хламидиоза у 61 (62,6%). В качестве методов диагностики использовались методы ИФА, РНИФ (скрининговые методы) и ПЦР.

При исследовании операционного материала, полученного от 33 больных эндометриозом *S. trachomatis* были выделены у 17-ти (51,5%), в том числе, одновременно в операционном материале и нижних отделах генитального тракта – у пяти больных.

По данным электронно-микроскопического исследования эндометриоидные гетеротопии представляют эндометриоидные клетки с различной степенью нарушения структуры, окруженные слоем коллагеновых волокон, наружный слой представляет собой конгломерат из эритроцитов. Образование подобных очагов является основой эндометриоза. С помощью электронной микроскопии нам удалось показать наличие в таких очагах хламидий.

При изучении состояния иммунитета выявлены разнонаправленные изменения иммунокомпетентных клеток; с хламидийной инфекцией имеет место снижение – Т-хелперов и В-лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, в то время как без хламидийной инфекции – их повышение, кроме того, для больных эндометриозом с хламидийной инфекцией характерно повышение иммуноглобулинов класса М.

Все выше изложенное является основанием для назначения антибактериальной терапии. Среди многих средств, предложенных для лечения хламидиоза, наиболее существенное место занимают макролидные антибиотики, в частности вильпрафен.

Нами проведено лечение 54-х больных эндометриозом с сочетанным хламидиозом антибиотиком вильпрафен. Для лечения нами была использована следующая схема применения вильпрафена – по 500 мг 2 раза в день в течение 12 дней. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация в плазме отмечается через 1 ч после приема таблетки внутрь.

Основанием для назначения вильпрафена в комплексную терапию эндометриоза являлось выделение хламидий и положительные серологические реакции у больных.

Через шесть месяцев в группе больных, получавших консервативную гормональную терапию, дополненную вильпрафеном (первая группа), наблюдалось уменьшение психоэмо-

циональных нарушений с 78,0% до 52,4% ($P < 0,05$), а среди прооперированных больных (вторая группа) получивших вильпрафен – до 42,4% ($P < 0,01$).

Частота альгоменореи снизилась в первой группе с 69,0% до 42,8% ($P < 0,05$), во второй – до 15,3% ($P < 0,001$). Снижение частоты альгоменореи до 15,3% во второй группе связано с проведением радикального оперативного лечения.

Во второй группе также отмечено существенное снижение жалоб на боли внизу живота не связанные с менструацией с 57,1% до 18,2% ($P < 0,001$). В первой группе больных уменьшение частоты болей внизу живота было менее значительно – 35,6%, но также достоверно ($P < 0,05$).

В группе контроля, больные получали только консервативное лечение без вильпрафена. При этом также отмечалось улучшение клинических показателей, однако существенной разницы с показателями до лечения не было ($P > 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования через шесть месяцев показали, что наилучший клинический эффект и улучшение психоэмоционального состояния наблюдались среди больных леченных вильпрафеном, по сравнению с больными получавшими только традиционную консервативную гормональную терапию или антибиотики не входящие в рекомендуемый перечень для лечения хламидиоза.

Наблюдаемый клинический эффект связан, на наш взгляд, с антибактериальным, противовоспалительным действием вильпрафена. Снижение активности воспалительного процесса приводит к уменьшению болевого синдрома и улучшает психоэмоциональное состояние больных женщин.

Исследования, проведенные на предмет выявления хламидиоза у больных получавших вильпрафен через 1 мес. после окончания курса терапии, дали положительный результат у 2-х пациенток первой группы и у одной – второй. Эффективность проведенной терапии вильпрафеном составила 90,5% и 97% соответственно.

Лабораторные исследования, проведенные через 6 мес., дали положительные результаты в первой группе у 4-х пациенток, во второй – у 3-х, то есть эффективность проведенной терапии через 6 мес. составила 81% и 91% соответственно.

Следует отметить, что наиболее выраженные положительные клинические сдвиги, особенно в виде уменьшения болевого синдрома, наблюдались в группе прооперированных больных и леченных вильпрафеном. Это доказывает необходимость сочетания гормональной и антибактериальной терапии на этапах до- и послеоперационной реабилитации.

Иммуностропное действие вильпрафена изучено у 19 больных эндометриозом, получавших консервативную терапию. Исследования

проведены до назначения вильпрафена и через 1 мес. после проведенного лечения.

Достоверное повышение выявлено в содержании CD8 и CD16, с $0,45 \pm 0,05$ до $0,59 \pm 0,03$ и с $0,33 \pm 0,05$ до $0,46 \pm 0,02$ соответственно. То есть данное повышение отмечено только в отношении цитотоксических лимфоцитов. При этом данные второго исследования не отличались от показателей контрольной группы. Таким образом, вильпрафен проявлял себя как иммуномодулятор.

Некоторое отличие наблюдалось в эффекте действия на фагоцитарную активность нейтрофилов. Так и без того повышенный показатель Ф.А.Н, по сравнению со здоровыми женщинами, увеличился с $3,40 \pm 0,07$ до $3,60 \pm 0,02$. То есть в данном случае отмечен стимулирующий Ф.А.Н эффект вильпрафена.

Проведенный анализ показывает, что вильпрафен обладает иммуномодулирующим эффектом в отношении цитотоксических лимфоцитов и стимулирующим – нейтрофилов.

Действие вильпрафена можно объяснить двояко: 1) прямым действием на иммунокомпетентные клетки и 2) опосредованно, в результате эрадикации хламидий и восстановления функции цитотоксических лимфоцитов.

Это является дополнительным аргументом в пользу назначения вильпрафена для лечения хламидиоза у больных эндометриозом.

В нашей клинике для наблюдения, лечения и реабилитации используется 4-х этапный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, разработанный В. И. Коноваловым.

На основании проведенных исследований, которые доказали наличие инфицированности хламидиями больных эндометриозом в 61,2%, нами предложено усовершенствование данного комплекса терапии эндометриоза, которое заключается в том, что первый этап предоперационной подготовки, включающий назначение буселерина в течение 1-го месяца, дополняется назначением вильпрафена.

На втором этапе проводится хирургическое удаление эндометриоидных очагов лапароскопическим или лапаротомным доступом.

Полученный операционный материал подлечит исследованию на хламидии. При получении положительного результата третий этап противорецидивного лечения дополняется курсом вильпрафена. Контроль излеченности проводится через 1 и 6 мес. после окончания терапии.

Проведенные ранее исследования системного иммунитета показывают необходимость проведения иммуностропной терапии направленной на стимуляцию фагоцитарного и Т-клеточного звена. Данная терапия может быть рекомендована на любом этапе лечения эндометриоза при наличии иммунных нарушений в иммунном статусе. Антибиотиком выбора в лечение хламидийной инфекции при эндометриозе является вильпрафен.

КОМПАНИЯ АДЖИО ФАРМАЦЕВТИКАЛЗ: СТРАТЕГИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ПАРТНЕРСТВЕ

Фармацевтическая компания «Аджио Фармацевтикалз» начала работать в России практически с первых дней формирования свободного рынка лекарств. То есть именно в те годы, когда нужда в доступных по цене и, одновременно, эффективных и высококачественных препаратах была особенно острой. Возможно, именно это обстоятельство стало одной из причин, по которой компания, начав с поставок популярных в нашей стране индийских препаратов, за короткий срок стала одним из ведущих импортеров лекарственных средств.

Впрочем, как считают в «Аджио Фармацевтикалз», ограничиваться только рамками дистрибуции – означает сознательно сужать для себя возможности построения по-настоящему партнерских отношений с российским здравоохранением. А именно эту задачу руководство компании давно уже считает для себя приоритетной – ведь с самого начала она была ориентирована на работу именно в России. И сегодня эта работа включает в себя не только усиление роли компании исключительно на фармацевтическом рынке, но и ее активное участие в общественной и социальной жизни страны.

Начав с поставок традиционно популярных в России лекарственных средств индийского производства, со временем компания значительно расширила свое предложение за счет продукции ряда ведущих европейских и американских фармацевтических фирм. При этом ассортиментная политика компании сразу была направлена на работу только с современными и эффективными препаратами, выпущенными в строгом соответствии с международными требованиями к качеству. Со временем успешная работа в качестве дистрибьютора открыла перед компанией более широкие перспективы, а накопленный опыт работы в нашей стране позволил определить и новые направления развития «Аджио Фармацевтикалз». Главным из них стало создание собственного производства, что в конце концов привело к полному изменению статуса компа-

нии: из дистрибьютора она превратилась в производителя.

Начав с поставок «собственного» гентамицина в 1995 году, спустя два года «Аджио Фармацевтикалз» полностью превратилась в производителя современных высококачественных дженериков.

В настоящее время ассортимент выпускаемых компанией препаратов включает широкий спектр высокоэффективных и доступных по цене лекарственных средств, завоевавших высокую популярность как у российских врачей, так и у населения. В качестве примеров можно привести такие известные препараты, как диклоген, канизон, аджисепт и др. Наиболее активно компания работает в таких областях, как антибиотикотерапия, онкология, ревматология, дерматология. Причем последнее направление традиционно является для нее приоритетным. Не случайно «Аджио Фармацевтикалз» регулярно становится спонсором и организатором различных научно-практических мероприятий в области дерматовенерологии.

Среди партнеров компании по научно-практической деятельности – центральный Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ, Институт Ревматологии РАМН, Военно-медицинская Академия (Санкт-Петербург), Сибирский государственный медицинский Университет МЗ РФ и другие ведущие учреждения. Кроме активного сотрудничества с НИИ и клиническими центрами, «Аджио Фармацевтикалз» постоянно оказывает

поддержку различным медицинским и научным учреждениям, реализует многочисленные гуманитарные и благотворительные программы. В частности, в целях воспитания здорового образа жизни у молодежи проводится политика поддержки спортивных клубов «Спартак» и «Динамо»: компания является официальным спонсором команд этих клубов по футболу в зале – футзалу. За большой вклад в развитие этого вида спорта она не раз получала признательность от руководства этих клубов и других спортивных организаций Москвы и России.

Неотъемлемая часть работы компании – оказание гуманитарной помощи нуждающимся учреждениям здравоохранения не только в России, но и в других странах. За эту деятельность «Аджио Фармацевтикалз» была отмечена и на международном уровне: компания получила официальную благодарность от Ассоциации содействия ООН и Федерации клубов ЮНЕСКО.

Как считает руководство компании, только таким образом, активно участвуя в различных социально значимых проектах и общественной жизни страны, можно претендовать на статус серьезного игрока на фармацевтическом рынке. Ведь производство и реализация лекарственных средств относится к той области деятельности, в которой невозможно добиться успеха без понимания проблем людей, ради которых работаешь...

П. Романов

АГНУКАСТОН

На российском рынке появился новый фитопрепарат Агнукастон® производства немецкой фармацевтической компании Бионорика АГ.

АГНУКАСТОН® – монопрепарат из экстракта плодов *Agnus castus* (Витекс священный, Авраамово дерево) для коррекции нарушений менструального цикла, связанных с недостаточностью второй фазы, для лечения мастодисплазии и масталгии, а также предменструального синдрома (ПМС). Препарат выпускается в 2 формах в виде таблеток, покрытых оболочкой (в упаковке 30 и 60 штук) и в форме капель для приема внутрь по 50 и 100 мл во флаконе.

Специальный экстракт *Agnus castus*, входящий в состав Агнукастона, обладает допа-

минергическими эффектами и устраняет гиперпролактинемия. Снижение патологически повышенного уровня пролактина приводит к нормализации ритмичной выработки и соотношения гонадотропных гормонов, ликвидации дисбаланса между эстрадиолом и прогестероном, что компенсирует отклонения менструального цикла. Снижение содержания пролактина приводит к обратному развитию патологических процессов в молочных железах и купированию болевого синдрома.

Удобство применения препарата состоит в однократном приеме утром по 1 таблетке или по 40 капель. Агнукастон принимается длительно, не менее 3-х месяцев без перерыва на время менструаций. Если после отмены препарата жалобы появляются вновь,

БИОНОРИКА АГ

необходимо проконсультироваться с врачом и продолжить лечение.

Единственным противопоказанием является индивидуальная повышенная чувствительность к препарату. Побочные действия крайне редки и малочисленны.



«Охотники за микробами – 6»

Московское издательство «Триада-Х» выпустило в свет шестое издание книги «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий».

Авторы этого руководства – давние друзья нашей газеты профессоры Вера Ивановна Козлова и Александр Федорович Пухнер. Предыдущие издания этого труда уже хорошо известны врачам. В последнем варианте авторы значительно обновили содержание. О том новом, что появилось в книге с ее авторами беседует наш корреспондент.



– Каким проблемам в шестом издании вашей книги уделяется особое внимание?

А. Ф. Пухнер: Мы пересмотрели и обновили практически все главы, которые были в предыдущих книгах, дополнили их новыми данными, полученными за последние два года и нами, и нашими учениками, последователями, сообщениями зарубежной литературы. Мы значительно усилили главу «Онкогенные вирусные инфекции», уделили особое внимание сочетанной патологии.

В. И. Козлова: По-прежнему одно из центральных мест в книге уделено диагностике и лечению хламидийной инфекции. В последнее время изучение хламидиоза шагнуло далеко вперед. По данным ВОЗ хламидиозом болеют 2% населения Земли. Он встречается в 1,7 раза чаще, чем гонорея и в 7,4 раза, чем сифилис. Но в отличие от этих венерических заболеваний хламидиоз зачастую не проявляет себя болезненными симптомами. Между тем хламидии – одна из причин женского и мужского бесплодия.

Большая часть ранних осложнений хламидийной инфекции у женщин развивается в виде эндометрита, а затем острого, подострого или хронического сальпингита. Частые рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза приводят к развитию внематочной беременности и трубному бесплодию.

У мужчин хламидии вовлекают в патологический процесс в первую очередь задний отдел уретры. Может развиться простатит, причем в секрете предстательной железы или сперме определяется повышенное содержание лейкоцитов.

Хламидийная инфекция является частой причиной возникновения острого эпидидимита у мужчин.

А. Ф. Пухнер: Если раньше считалось, что хламидии поражают только мочеполовую систему, то последние данные отечественных и зарубежных исследователей свидетельствуют, что они воздействуют и на сердечно-сосудистую систему, могут вызывать инфаркт особенно у не старых еще людей. Если человека в 35–40 лет поражает инфаркт, следует искать хламидии – они могут быть в уrogenитальном тракте, лимфатических узлах, носоглотке. Думаю, что они могут быть этиологическим фактором многих других заболеваний, в частности болезни Рейтера, уретрита, конъюнктивита, у женщин – цистита. Поражают они и центральную нервную систему, способствуя развитию таких заболеваний как энцефалит, менингоэнцефалит, менингит и даже болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз. При летальном исходе у больных рассеянным склерозом в склеротических бляшках в мозгу обнаруживали хламидии.

Хламидии – своего рода бомба замедленного действия. Заразиться можно в раннем возрасте, а потом в зависимости от иммунитета и сопутствующих патологий, хламидиоз из локального превращается в поливалентное заболевание.

– Пользуясь случаем о чем вы хотели бы напомнить врачам?

В. И. Козлова: В настоящее время заболевания, вызванные хламидийной урогенитальной инфекцией, диагностируются значительно реже, чем они имеют место. Зачастую врачи ассоциируют ее с влагалищной трихомонадой, гонококком и любым другим патогенным микробом. При инфекционных воспалительных заболеваниях уретры частота обнаружения хламидий колеблется от 3 до 17 процентов случаев. Некоторые исследователи знают, что инфекция может вы-

зывать цервициты и уретриты. Однако они также ограничивались морфологическими находками и не занимались выделением и идентификацией обнаруженного возбудителя.

Весьма характерным для этой урогенитальной инфекции является поражение шейки матки, уретры и конъюнктивы. Конъюнктивит протекает иногда настолько легко, что больной не считает нужным привлечь внимание врача к этому очагу поражения, или, не замечая вяло текущего уретрита или цервицита, обращается за медицинской помощью только к окулисту.

Вообще же, своевременное выявление урогенитальной инфекции, ее причин, зависит от уровня организации медицинской службы на местах и квалификации персонала.

А. Ф. Пухнер: Заболевание очень непростое, а сегодня, судя по многочисленной медицинской рекламе, его берутся лечить чуть ли не в каждой новообразованной частной клинике. Пусть это будет на их совете, но хотел бы напомнить, что высокий процент хламидийной инфекции, не имеющей симптоматики, а также высокая частота ее передачи вне зависимости от пола делают лечение лишь одного из сексуальных партнеров малоэффективным. Если обратился один из супругов, обязательно нужно обследовать и другого, лечить их совместно, иначе болезнь так и будет «циркулировать» внутри семьи. Следует помнить, что иммунитет против хламидий, переболевший организм не вырабатывает. После излечения повторное заражение не исключено. Рекомендации просты – предохраняться, вести здоровый образ жизни, регулярно обследоваться у уролога или гинеколога.

Д. Виноградов

Читаем «Казус Кукоцкого»

Людмила Улицкая – писатель, достойно представляющий современную российскую литературу. Она родилась в городе Давлеканово (Башкирия), окончила биологический факультет МГУ и достаточно долго работала по специальности: занималась генетикой и биохимией. Первые рассказы появились в журналах в конце 1980-х годов. Первая книга – «Сонечка» – вошла в список финалистов премии Букер за 1993 год и была отмечена престижной французской премией Медичи и итальянской премией Джузеппе Аццери. Затем появились романы «Медея и ее дети», «Казус Кукоцкого» и повесть «Веселые похороны». Книги Людмилы Улицкой переведены на 17 языков. Роман «Медея и ее дети» был номинирован на Букеровскую премию, а роман «Казус Кукоцкого» получил эту премию в 2001 году. Книга понравится тем, кто устал от бесконечного потока литературной халтуры, но особенно он будет интересен врачам, ведь ее главный герой – акушер-гинеколог. Павел Алексеевич Кукоцкий представитель медицинской династии, корни которой уходят в семнадцатый век.

Публикуем маленький отрывок из этой талантливо написанной книги.

(Действие романа происходит в послевоенные годы).

... Возможно, что сама его медицинская профессия, постоянное, почти ставшее бытовым, прикосновение к огненной молнии – острой минуте рождения человеческого существа из кровотока рва, из утробной тьмы небытия, – и его деловое участие в этой природной драме, отражались на его внешнем и внутреннем облике, на всех его суждениях: он знал не только о хрупкости человека, но и о его сверхъестественной выносливости, далеко выходящей за пределы возможности других живых организмов. Многолетний опыт показывал, что адаптивные возможности человека намного превышают таковые у животных. Интересно, пытались ли исследовать эту проблему совместно медики и зоологи?..

«Совершенно уверен, что ни одна собака такого не выдержит, что выдерживает человек», – усмехался он про себя.

Павел Алексеевич обладал важнейшим качеством ученого – умением задавать правильные вопросы... Он внимательно следил за современными исследованиями в области физиологии и эмбриологии и без усталости поражался неумолимому и даже несколько мелочному закону, определяющему жизнь будущего человека еще в утробе матери, в соответствии с которым каждое улавливаемое событие происходило с великой точностью – не до недель и дней, а до часов и минут. И этот часовой механизм работал столь точно, что ровно на седьмые сутки каждый зародыш, представляющий собой шаровое скопление единообразных клеток, расщеплялся на два листка, внутренний и внешний, и с ними начинали происходить удивительные вещи – они прогибались, отшнуровывались, выворачивались, образовывали узелки и пузыри, часть

поверхности уходила внутрь, и все это повторялось с невиданной точностью, миллионы и миллионы раз подряд... Кем и как даются команды, по которым разыгрывается этот невидимый спектакль?

... И как раз потому, что он знал очень много, собственно говоря, все, что к тому времени было известно об этом предмете, он представлял себе гораздо лучше остальных, из какого космического варева выныривает каждая Катенька и каждый Валерик.

Еще в юности запал в него текст письма вавилонского жреца и врача Бероса, в котором тот объяснял своему ученику, что вот уже тридцать лет, как звезда Тишла вошла в созвездие Сиппару, и мальчики с тех пор рождаются более крупными, более агрессивными, и ручки их как будто держат копье...

«Неудивительно, – пишет далее врач, – что последние десять лет идут непрерывные войны – эти мальчики-бойцы выросли и не могут быть пахарями. Надо думать, хранильница Ламассу переписывает таблицы судеб».

Павел Алексеевич справился тогда по немецким справочникам, кто же эта Ламассу, переписывающая судьбы поколений. Оказалось, богиня плаценты. Поразительным было это обожествление отдельных органов и чувство космической связи земли, неба и человеческого тела, совершенно утраченное наукой в новые времена. И в самом деле, было интересно – если отбросить эти трогательные суеверия, – есть ли у поколения какое-то общее лицо, единый характер? Только ли социальные факторы определяют характер поколения? А может, правда, влияние звезд, или питания, или состав воды... Ведь говорил же учитель самого Павла Алексеевича, профессор Калин-



цев, о «гипотонических» детях начала века... Он описывал их как вялых, слегка сонных младенцев, с мягонькими мешочками под глазами, с полуткрытыми ртами и ангелически ослабленными ручками... Как же, наверное, они были не похожи на теперешних, с крепко сжатыми кулачками, с подогнутыми пальцами ног, с напряженными мышцами. Гипертонус. И поза боксера – сжатые кулачки защищают голову. Дети страха. Они, пожалуй, более жизнеспособны. Только вот – от чего они защищаются? От кого ждут удара? Что бы сказал об этих детях вавилонский ученый Берос, жрец богини Ламассу?

Размышления об этих испуганных детях уводили Павла Алексеевича в другую область: думая о судьбах близких ему людей, он обнаруживал, что почти все они тоже уязвлены страхом. Большинство скрывали какой-то постыдный факт происхождения или родства, либо, не в силах скрыть, жили в постоянном ожидании наказания за несовершенно совершенные преступления.

С началом войны этот неопределенный, почти мистический страх немного отпустил, сменившись другим, более реальным страхом за жизнь ушедших на фронт мужчин...

... Вскоре после возвращения из эвакуации Павел Алексеевич был вызван в министерство, где ему было предложено составить проект устройства мирного здравоохранения в той его части, которая касалась материнства и детства. Война была на исходе, и хотя комиссия эта не была еще создана, но предполагалось, что со временем он ее возглавит. Вруки к Павлу Алексеевичу пошла статистика – безграмотно собранная, частично фальшивая и неполная, но до некоторой степени открывающая ужасную демографическую ситуацию. Дело было не только в невосполнимой потере огромной части мужского населения и связанным с этим падением рождаемо-

сти. Детская смертность была огромной, особенно младенческая. Было еще одно обстоятельство, не учитываемое официальной статистикой, но прекрасно известное любому практикующему врачу: большое количество женщин репродуктивного возраста погибало от криминальных абортов. Официально медицинские аборт были запрещены еще в тридцать шестом году, почти одновременно с принятием Сталинской Конституции.

Это запрещение было болезненной точкой в работе Павла Алексеевича: почти половина экстренных операций была связана с последствием подпольных абортов. Противозачаточных средств практически не существовало. Врач обязан был освидетельствовать каждую привезенную по «Скорой помощи» женщину «на предмет установления факта подпольного аборта» – это влекло за собой судебные преследования. Павел Алексеевич избегал таких завалированных доносов и писал в анамнез разоблачительные слова «криминальный аборт» в единственном случае – когда пациентка умирала. Если жизнь женщины была спасена, такое медицинское заключение привело бы на скамью подсудимых и пострадавшую, и лицо, исполнившее эту древнейшую процедуру. Несколько сотен тысяч женщин сидели в лагерях именно по этой статье.

...Потратив больше года на бесплодные переговоры с министром, он совершил, в конце концов, поступок, по понятиям чиновничьим и военным, неэтичный: написал официальное письмо в ЦК партии, на имя члена Политбюро Н., ведающего социальными вопросами. Поверх головы министра здравоохранения...



...Прошло несколько месяцев, и Павел Алексеевич уже перестал ждать какого бы то ни было ответа, как в девять часов утра, во время пятиминутки, раздался звонок со Старой площади. Павел Алексеевич извинился и с недовольным лицом вышел из ординаторской... Через десять минут служебная машина уже отъезжала от клиники. Рядом с водителем сидел мрачный Павел Алексеевич. Вызов этот был неожиданным, стилистика – самая зловещая. Особенно не понравилась ему срочность. Он успел до отъезда сделать лишь две вещи первой необходимости: выпил стакан разведенного спирта и взял в руки давно

заготовленный на этот случай портфель. Уже по дороге к Старой площади он подумал, что напрасно не заехал домой попрощаться с семьей...

В проходной шестого подъезда его остановили и попросили оставить портфель. В портфеле стояла плоская анатомическая банка с запаянной сургучом крышкой. Этой банке была отведена решающая роль в предстоящем разговоре. После долгих объяснений и препирательств портфелю разрешено было последовать на прием вместе с владельцем.

...Павел Алексеевич приготовился долго ждать, но его вызвали через две минуты. К этому времени алкоголь добрался до всех завитков нервной системы и разлил свое безмятежное тепло и покой. В длинном неуклюжем кабинете, за огромным письменным столом сидел маленький человек с отечным лицом, вылепленным из сухого мыла – одно из тех лиц, что колыхались на перломойских портретах под весенним ветерком.

«Почки ни к черту не годятся, особенно левая», – автоматически отметил Павел Алексеевич.

– Мы ознакомились с вашим письмом, – монархически произнес партийный начальник.

И звук голоса, и едва заметная брезгливость в лице давали понять, что дело проиграно.

«Тем более нечего терять», – подумал Павел Алексеевич и медленно расстегнул пряжки портфеля. Начальник смолк, сделав ледяную паузу. Павел Алексеевич вытащил слегка запотевшую прямоугольную банку, провел ладонью по переднему стеклу и поставил на стол. Начальник испуганно откинулся в крес-

ле и, указав пухлым пальцем на препарат, спросил неприязненно:

– Что это вы сюда притащили?

Это была иссеченная матка, самая мощная и сложная устроенная мышца женского организма. Разрезанная вдоль и раскрытая, цветом она напоминала сваренную буро-желтую кормовую свеклу, еще не успела обесцветиться в крепком формалине. Внутри матки находилась проросшая луковица. Чудовищная битва между плодом, опутанным плотными бесцветными нитями, и полупрозрачным хищным мешочком, напоминавшим скорее тело морского животного, чем обычную луковицу, годную в суп или в винегрет, уже закончилась.

– Прошу обратить внимание. Это беременная матка с проросшим луком. Луковица вводится в шейку матки, прорастает. Корневая система пронизывает плод, после чего извлекается вместе с плодом. В удачном случае, разумеется. Неудачные попадают ко мне на стол или прямо на Ваганьково... Вторых больше...

– Вы шутите... – отшатнулся партийный деятель.

– Я мог бы привести вам таких луковиц килограмм, – вежливо ответил Павел Алексеевич побледневшему деятелю. – Официальная статистика, и я не могу этого скрывать, совершенно не соответствует истине.

Начальник напрягся:

– Что вам дает право... Как вы смеете...

– Смею, смею. Если после криминального аборта мне удастся женщину вытянуть, я должен писать ей в карточку «самопроизвольный выкидыш». Потому что если я этого не сделаю, я посажу ее в тюрьму. Или ее соседку, у которой тоже малые дети, а половина детей у нас и так безотцовщина. Луковка эта, поверьте, самый хитроумный, но не единственный метод прерывания беременности. Металлические спицы, катетеры, ножницы, внутриматочные вливания черт-те чего... йода, соды, мыльной воды...

– Перестаньте, Павел Алексеевич, – взмолился побелевший чиновник, вспомнив, что до войны и его жена прибежала к чему-то такому. – Хватит. Чего вы от меня хотите?

– Нужен указ о разрешении абортов.

– Вы с ума сошли! Вы что, не понимаете, что есть интересы государства, интересы нации. Мы потеряли на войне миллионы мужчин. Есть проблема восполнения народонаселения. Это детский лепет, то, что вы говорите, – искренне заволновался чиновник.

«Не зря банку тащил», – подумал Павел Алексеевич. Разговор, кажется, качнулся в его пользу. Он правильно его начал, и надо было правильно его закончить.

– Мы потеряли миллионы мужчин, а теперь теряем тысячи женщин. Честный медицинский аборт не влечет риска для жизни, – Павел Алексеевич сморщился. – Видите ли, рост благосостояния сам по себе будет обуславливать повышение рождаемости... – Павел Алексеевич встретился с ним глазами. – Сколько сирот оставляют. Детские дома тоже, между прочим, из государственного бюджета кормятся... Надо разрешать. На нашей совести будет...

Начальник скривил губы, глубокие складки опустились к подбородку:

– Уберите это... Там надо говорить, – он указал рукой в небо.

– Так я вам оставлю препарат. Может, пригодится? Хозяин кабинета замахаивал руками:

– Вы с ума сошли! Уберите немедленно...

– По неполной, по далеко не полной статистике двадцать тысяч в год. Только по России... – набылчился Павел Алексеевич. – Вы за них отвечаете.

– Вы много на себя берете, – рявкнул партийный чиновник и совершенно перестал походить на свой перломойский портрет.

– Потому что вы ничего не хотите взять на себя, – отрезал Павел Алексеевич.

На том и расстались. Препарат остался стоять на вельможном столе рядом с чернильным прибором, украшенным чугунной башкой пролетарского писателя...

Российская академия медицинских наук
"МОРАГ Экспо"

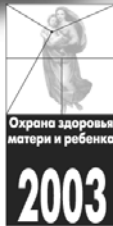
20-23

мая

МОСКВА

Центральный дом художника
на Крымском валу

5-я Международная медицинская
специализированная выставка
**Охрана здоровья
матери и ребенка 2003**
Российский научный форум



☎: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212

E-mail: expo@morag.ru <http://www.morag.ru>



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

ПРЕДЛАГАЕМ МЕДИЦИНСКУЮ
ОДЕЖДУ ОТ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ.

ВСЯ ПРОДУКЦИЯ ИЗГОТОВЛЕНА
ИЗ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИМПОРТНЫХ
ТКАНЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ
ИЗНОСОСТОЙКОСТЬЮ.

К УСЛУГАМ ЗАКАЗЧИКОВ
ПОДРОБНЫЙ КАТАЛОГ НАШИХ
ИЗДЕЛИЙ.

127521, Москва, 17-й проезд
Марьиной рощи, дом 9а
e-mail: medstyle@medstyle.ru
<http://www.medstyle.ru>
телефон/факс: (095) 218-63-63,
219-82-35

**Юбилейная всероссийская научно-практическая конференция
"ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ"
30 сентября – 1 октября 2003 года.**

Место проведения: Российская Академия государственной службы
при президенте РФ, Москва, пр-т Вернадского, д. 84



Основные темы конференции:

- Лечение больных с сочетанной травмой;
- Лечение переломов конечностей и их последствий;
- Артроскопия;
- Эндопротезирование крупных суставов;
- Проблемы подготовки врачей-травматологов.

Организаторы:

Министерство здравоохранения РФ,
Российский государственный медицинский университет,
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ
117292, Москва, ул.Вавилова, д. 61, 64 ГКБ
телефон: (095) 135-91-64,
e-mail: conf@lycos.ru.
www.travmatology.narod.ru



В рамках конференции состоится специализированная медицинская выставка.

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

Главный редактор Галина Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207 ; тел./факс: (095) 465 4854
www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ