

НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

№ 1–2
2004

**НАУКА
И ПРАКТИКА**

**ГУ Институт
питания
РАМН**

СТР. 3–7

**Пироговская
студенческая научная
конференция в РГМУ**

СТР. 8

**ЛЕКАРСТВА
Профилактика и лечение
функциональных
заболеваний органов
пищеварения**

СТР. 10–14



В. Н. Матушевская: «У нас накоплен большой опыт ведения больных, перенесших операции на органах пищеварения, разработаны специальные диетические подходы, учитывающие индивидуальные особенности больных».

IX ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ И XI МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА»

В феврале в Центре международной торговли (ЦМТ) на Краснопресненской набережной прошел IX Всероссийский конгресс педиатров и XI Международная выставка «Здоровье матери и ребенка». Активное содействие проведению выставки оказал **Союз педиатров России**.

В рамках научной программы Конгресса, компания Никомед провела два научных симпозиума. Особенно заинтересовало врачей исследование, посвященное актуальным вопросам дефицита витаминов в период беременности и у новорожденных, проведенное под руководством проф. Н. К. Никифоровского и доцента В. Н. Покусаевой на базе Смоленской государственной медицинской академии. Здесь применялись различные методики контроля и анализа, в том числе анализы крови, определяющие содержание витаминов и минералов в сыворотке крови. Несмотря на то, что еще в Советский период врачами были разработаны основные нормы в потреблении витаминов (для беременных женщин эта норма увеличивается на 15–20%), население РФ повсеместно страдает от недостатка многих жизненно важных микронутриентов. Смоленское исследование было проведено на 60 женщинах с нормальными показателями здоровья. Несмотря на случайную выборку, у подавляющего большинства женщин имелся дефицит (иногда сочетанный) важнейших витаминов и минералов. У 1/3 беременных в начале исследования наблюдалась фетоплацентарная недостаточность. После нескольких недель витаминной терапии с помощью комплекса Сана-Сол у беременных и кормящих женщин улучшилось состояние фетоплацентарной системы, увеличилось содержание витаминов и железа в сыворотке крови, достигнув показателей нормы, улучшился индекс резистентности в артерии пуповины. Получаемая витаминотерапия положительно повлияла и на такие параметры, как родовая деятельность, травмирование мягких тканей и кровотечения в процессе родов. Прием витаминного комплекса положительно сказывался и на состоянии здоровья новорожденных, а также на качестве грудного молока.

Сегодня остро стоит проблема йододефицита, негативно влияющего на нервную систему, когнитивные способности и эндокринную систему молодого поколения. По данным, оглашенным на Симпозиуме, в России каждый день рождается 865 детей с мозговыми нарушениями, связанными с дефицитом йода. К сожалению, современных исследований положения дел в йододефицитных районах РФ крайне мало. До сих пор ни один ведомственный документ – подчеркнули медики, – жестко не регламентирует дополнительное потребление йода.

В последние годы появились данные о том, что истоки развития остеопороза (системного заболевания скелета, характеризующегося снижением массы костной ткани и нарушением ее архитектоники) лежат в детском и подростковом возрасте. В России частота остеопороза у лиц до 18 лет на сегодняшний день составляет 44%. У детей и подростков, которые длительно получают недостаточное количество кальция, происходит задержка в росте, снижение веса, уменьшение минеральной плотности костной ткани, развитие высокого риска переломов. Меры профилактики остеопороза, прежде всего, связаны с обеспечением детей адекватным питанием, контролем за двигательной активностью, борьбой с курением, снижением хронических заболеваний, применением специальных профилактических препаратов.

ЕСЛИ ХОЧЕШЬ БЫТЬ ЗДОРОВ – ПРОСВЕЩАЙСЯ!

ГНИЦ Профилактической Медицины МЗ РФ совместно с компанией «Юнилевер» провели традиционный ежемесячный пресс-ланч в клубе-ресторане «Птицы и Рыбы».

Академик РАМН, директор ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, доктор медицинских наук Р. Г. Оганов выступил с докладом «Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания». Ольга Лещанская, специалист по здоровому питанию компании «Юнилевер СНГ», огласила результаты национального исследования «Отношение россиян к своему здоровью: практика и мифология».

Г. Т. Холмогорова, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, сделала сообщение о VI международном конкурсе «Брось курить и выиграй»

За информацией о программе этих мероприятий просьба обращаться по тел.: (095) 631 5103.



КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК – ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

Каждый год во всем мире выявляют около одного миллиона новых случаев этого заболевания, в том числе примерно 150 000 новых случаев в США. По данным Американского общества рака, колоректальный рак занимает второе место среди причин смерти от злокачественных опухолей: на его долю приходится от 10 до 15% смертей. Эта патология возникает на протяжении жизни у 1 из 18 человек, и каждый год в США от него умирают 56000 человек.

Компания «Санофи-Синтелабо» объявила, что препарат ELOXATIN, уже разрешенный к применению в качестве первой линии терапии метастатического колоректального рака в большинстве стран Европы, успешно прошел процедуру, которая разрешает применение этого препарата по всему спектру показаний: «Лечение метастатического колоректального рака в сочетании с 5-фторурацилом и фолиновой кислотой» (т. е. терапия 1-й и 2-й линий).

В июне 2003 года на 39-м ежегодном собрании Американского общества клинической онкологии (American Society of Clinical Oncology) были представлены новые данные – результаты исследования MOSAIC – по адьювантной терапии после хирургических операций на ранних стадиях колоректального рака. Добавление оксалиплатина к существующей стандартной послеоперационной химиотерапии рака толстого кишечника 5-фторурацилом и лейковорином (5-ФУ/ЛВ) снижало риск рецидива в течение трех лет на 23% по сравнению со стандартной терапией без оксалиплатина. Адьювантная терапия – это послеоперационное лечение с целью устранения всех оставшихся клеток рака, которое повышает вероятность выздоровления больного. Адьювантная терапия обещает не только продлить жизнь пациентов, но и обеспечить полное выздоровление.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

История создания ГУ Институт питания РАМН восходит к 1920 году, когда был создан НИИ физиологии питания, руководителем которого стал один из основоположников науки о питании, ученик и ближайший сотрудник И. М. Сеченова – профессор М. Н. Шатерников. В этом институте получили свое начало физиология и биохимия питания, витаминология. В последующие годы директорами Института были академик РАМН Б. И. Збарский, академик С. Е. Северин, член-корреспондент РАМН О. П. Молчанова, академик РАМН А. А. Покровский, член-корреспондент РАМН В. А. Шатерников, академик РАМН М. Н. Волгарев.



С декабря 2000 года институт возглавляет академик РАМН В. А. Тутельян. Благодаря усилиям этого коллектива проблема питания здорового и больного человека получила всестороннее развитие и сформировалась в одну из важнейших отраслей медицинской науки.

На базе Института работают две учебные кафедры: кафедра питания РМАПО и кафедра гигиены питания и токсикологии ММА им. И. М. Сеченова.

Основной задачей Института на современном этапе является разработка фундаментальных основ государственной политики в области здорового питания. Среди основных направлений научно-исследовательской деятельности важное место занимает изучение патогенетических механизмов развития болезней, связанных с нарушением питания, создание адаптированных продуктов, разработка и клиническая апробация лечебных и профилактических рационов, принципов и методов по рационализации питания здоровых и больных детей, беременных, кормящих женщин.



В состав Института входит Клиника лечебного питания на 200 коек, которой руководит А.Н. Стенин. Клиника включает отделение сердечно-сосудистой патологии, отделение гастроэнтерологии,

отделение болезней обмена веществ и отделение профилактической и реабилитационной диетологии, консультативно-диагностическое отделение. Важное подразделение стационара – отдел клинко-инструментальных методов исследований. На базе Клиники работает Центр по диетологии и разгрузочной диетической терапии Минздрава России, функционирует секция лечебного питания Московского научного общества терапевтов.

В Клинике лечебного питания проводится лечение больных с

основными соматическими заболеваниями: атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарным диабетом, нарушениями жирового и углеводного обмена и др. Практическим



врачам не часто приходится сталкиваться с этим уникальным в своем роде клиническим учреждением. А зря. Есть очень трудные для практического разрешения проблемы, которые здесь умеют разрешать и делают это блестяще. К ним, в частности относятся вопросы реабилитации пациентов после сложных операций на органах брюшной полости. Об этом и о других аспектах гастроэнтерологии мы беседуем с и.о. руководителя отделения гастроэнтерологии Валентиной Никитичной Матушевской.

– С какими заболеваниями нам чаще всего приходится встречаться? Это широко распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, функциональные заболевания ЖКТ (синдром раздраженного кишечника с запорами и диареей, дискинезии желудка и тонкой кишки), синдром нарушенного пищеварения и всасы-

вания вследствие хронических заболеваний органов пищеварения. У нас много пациентов после операций на органах желудочно-кишечного тракта: гастроэктомии, резекции тонкой кишки (в том числе и обширной, когда остается только 50–60 см тонкой кишки), панкреато-дуоденальной резекции. Также встречаются и более редкие заболевания: целиакия, состояние после колэктомии по поводу полипоза толстой кишки. Большого терпения требуют больные с белково-энергетической недостаточностью, связанной с нервной анорексией.

В своей работе мы уделяем большое внимание выявлению недостаточности питания, которому, к сожалению, не придается должного значения. Согласно данным многочисленных исследований, у больных с недостаточностью питания нарушается функция иммунной системы, чаще развиваются осложнения, особенно при оперативных вмешательствах, удлиняются сроки госпитализации. Наши наблюдения показали, что недостаточность питания встречается у 60% больных с заболеваниями органов пищеварения, причем не только у больных после операций на органах пищеварения, но и у больных с дискинезией желудка и тонкой кишки при отсутствии органической патологии. При проведении обследования устанавли-

ваются причины снижения веса. Это может быть нарушение переваривания и всасывания пищи в период обострений хронических заболеваний органов пищеварения, при оперативных вмешательствах на органах пищеварения. С другой стороны, это может быть недостаточное потребление пищи из-за боязни появления каких-либо симптомов (болей, диареи) или вследствие психологических проблем, что наблюдается у больных нервной анорексией. В этом случае необходима совместная работа с психиатрами, психологами. Снижение веса может быть связано и с заболеваниями, сопровождающимися усилением обмена веществ, – эндокринными заболеваниями, опухолями и др. Важно выявить причину снижения веса для ее устранения.

Для диагностики недостаточности питания нужны простые измерения – масса тела и рост больного. Далее рассчитывается Индекс массы тела (ИМТ) = Масса тела в кг/рост в м². При снижении ИМТ ниже 19 проводится более тщательная оценка состояния питания, учитываются соматометрические показатели, такие показатели крови, как альбумин, абсолютное количество лимфоцитов.

– Чем отделение гастроэнтерологии Клиники лечебного питания отличается от других отделений гастроэнтерологии?

– В нашей клинике основным видом лечения является диетотерапия.

Мы считаем диетотерапию мощным лечебным фактором. В Клинике проводится научно-

исследовательская работа по изучению влияния пищевых веществ, отдельных компонентов пищи, биологически активных добавок на течение заболеваний ЖКТ. Полученные результаты используются для оптимизации диетотерапии. Так, для ускорения репаративных процессов при эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки в рацион больных рекомендуется включение полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3 (в составе рыбьего жира) и витаминов антиоксидантного действия (А, β-каротин, С, Е), гидролизат мидий. Больным с синдромом раздраженного кишечника для регуляции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки рекомендуется вводить БАД – источники пищевых волокон, кисломолочные продукты, обогащенные бифидо- и лактобактериями.

В Клинике накоплен большой опыт ведения больных, перенесших операции на органах пищеварения, разработаны специальные диетические подходы, учитывающие индивидуальные особенности больных, время после операций. Такие больные чаще всего обращаются к участковому терапевту для дальнейшего лечения. Однако, зачастую участковый терапевт не в состоянии правильно объяснить пациенту, какие изменения произошли в организме после операции, как себя вести, дать рекомендации по питанию. В результате многолетних исследований установлено, что добавление в рацион больных с синдромом нарушенного пищеварения и всасывания после операций на органах пищеварения белкового энпиты, смеси Супро способствовало купиро-



ванию демпинговых кризов, давало выраженную прибавку массы тела, приводило к улучшению ферментного состава тонкой кишки, показателей гуморального иммунитета, снижению содержания острофазных белков.

– То есть, вы должны оценить возможности желудочно-кишечного тракта у оперированных больных и разработать рацион питания в соответствии с этими возможностями?

– Существующие методы, проводимые в рамках научных программ, дают возможность оценить ферментативную активность, переваривающую и всасывающую функцию тонкой кишки. После резекции желудка, тонкой кишки происходит глубокая перестройка работы всей пищеварительной системы, нарушаются процессы пищеварения и всасывания. Следствием этого являются моторно-эвакуаторные и секреторные нарушения, нарушения абсорбции жиров, углеводов, белков, витаминов, электролитов, минералов, воды. Для поддержания физиологических условий (нормального или оптимального для данного состояния обмена веществ), нарушающихся во время болезни, важно вводить необходимые нутриенты в определенных количествах с учетом индивидуальных особенностей. Для этого оценивается потребность каждого больного в энергии с учетом степени выраженности обострения, активности больного и определяется необходимое количество основных компонентов пищи: белков, жиров, углеводов.

Значительно расширяет возможности лечения и облегчает построение индивидуального рациона включение специальных питательных смесей заданного состава, отвечающих более высоким современным требованиям. Современные смеси для энтерального питания полноценны по составу основных ингредиентов, легко перевариваются и всасываются в условиях нарушенного пищева-

рения; обеспечивают оптимальное соотношение калорийности питательной смеси и вводимого усваиваемого азота (120–180 небелковых калорий на 1 г азота); содержат минимум лактозы; обладают невысокой осмолярностью (300–400 мосмоль/л) и достаточно низкой вязкостью, что позволяет их использовать и в случае зондового питания; не вызывают гиперстимуляции кишечника.

В качестве средств для энтерального питания в настоящее время используются номерные электролитные смеси, элементные и полуэлементные смеси, полимерные сбалансированные смеси, модульные смеси, смеси направленного действия. В результате введения смесей для энтерального питания в рацион больных быстрее нормализуются процессы пищеварения и всасывания, улучшается клиническая симптоматика, увеличивается масса тела. В условиях стационара больным с дефицитом веса, в том числе и больным, готовящимся к операциям, целесообразно дополнительно вводить в рацион питательные смеси (Нутризон стандарт, Нутриэн стандарт, Кли-нутрен, Берламин модуляр, Нутрикомп АДН Браун стандарт и др.). Имеются жидкие формы питательных смесей («Нутризон стандарт», «Нутризон энергия», «Нутридринк», фирма «Нутриция»), гиперкалорийные смеси, позволяющие вводить повышенное количество белка и энергии в небольшом объеме («Нутризон энергия», «Нутридринк», фирма «Нутриция»). Использование питательных смесей в амбулаторных условиях способствует поддержанию веса, профилактике осложнений, улучшают качество жизни больного.

– В средствах массовой информации сейчас много говорят об избыточном весе, о всевозможных способах снижения веса. А что делать худым людям, которые не считают себя больными? Они же просто тихо страдают.

– Все же им следовало бы обратиться к врачу, чтобы выяснить, не является ли низкий вес симптомом какого-то заболевания. Консультация диетолога помогла бы выявить нарушения в питании. Чаще всего мы выявляем недостаточное содержание животного белка в рационе, отсутствие режима питания, еду всухомятку, увлечение бутербродами, сладкими напитками. Хотелось бы предостеречь от увлечения так называемым «фаст-фудом» – супами и лапшой быстрого приготовления, сосисками в тесте и др. Содержание белка в них невелико, больше углеводов и жиров, консервантов, стабилизаторов, имитаторов вкуса, являющихся чужеродными для организма веществами. При обращении в Клинику можно получить консультацию диетолога применительно к конкретному случаю, получить рекомендации по питанию в зависимости от рода деятельности, образа жизни. Для улучшения состава рациона (особенно молодым людям с дефицитом веса) можно рекомендовать готовые к употреблению питательные смеси (напри-



мер, «Нутридринк» фирмы «Нутриция») 1–2 раза в день, которые к тому же имеют удобную упаковку.

– Существуют ли особенности ведения гастроэнтерологических больных, имеющих избыточный вес?

– Следуя принципу «лечить не болезнь, а больного», при выборе метода лечения мы учитываем этот фактор. Избыточный вес встречается у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. Использование низкокалорийной диеты может привести к обострению заболевания. На фоне противоязвенной диеты с достаточным содержанием белка мы вводим щадящие разгрузочные диеты с использованием специализированных продуктов.

– Ваше отношение к ферментам и пробиотикам?

Использование ферментных препаратов в лечении больных с хроническими заболеваниями ЖКТ, особенно после операций на органах пищеварения способствует улучшению процессов пищеварения и всасывания. Мы стараемся применять ферменты последнего поколения, которые состоят из микрокапсул, что повышает их биодоступность. Это креон, панцитрат. Отечественный препарат панкреофлат, защищенный кислотостойчивой

оболочкой, содержит также диметикон, который разрушает пузырьки газа и снимает такой неприятный симптом, как вздутие живота. Препараты, не защищенные кислотостойчивой оболочкой, с низким содержанием липазы и амилазы очень быстро теряют свою активность в желудке и не оказывают предполагаемого эффекта.

Многочисленными исследованиями подтверждено, что при выраженных нарушениях пищеварения страдает микрофлора кишечника, в первую очередь, – полезная. Для поддержания полезной микрофлоры применяются пробиотики. Это такие препараты как линекс, бифидумбактерин, бифиформ, а также биологически активные добавки, которые прошли клинические испытания, доказавшие их активность. Клиника имеет опыт эффективного использования кисломолочных продуктов, обогащенных полезными микроорганизмами, у больных с заболеваниями органов пищеварения.

– Что можно сказать о биологически активных добавках?

– Использование биологически активных добавок позволяет улучшить состав рациона, восполнить дефицит необходимых нутриентов. Проведение в Клинике апробации БАД различного состава позволяет составить представление об их клинической эффективности. Хорошо зарекомендовавшие себя БАД используются в лечении больных, как в стационаре, так и в домашних условиях. Так, нами проведены исследования эффективности отечественной БАД «Чистовит ВЭЛ», являющейся источником пищевых

волокон, у больных с функциональными заболеваниями кишечника (как с запорами, так и с диареей). Известно, что пищевые волокна являются необходимым компонентом питания, способствующим улучшению моторно-эвакуаторной функции кишечника, состава микрофлоры толстой кишки. Наши наблюдения показали, что прием «Чистовита» на фоне диеты с включением овощей и фруктов у подавляющего большинства больных с синдромом раздраженного кишечника (как с запорами, так и с диареей) приводил к нормализации опорожнения кишечника, способствовал уменьшению степени дисбактериоза. «Чистовит» используется также для регуляции стула при сопутствующих запорах у больных с язвенной болезнью, после резекции желудка в отдаленные сроки.

– Каких больных вы ждете к себе от поликлинических врачей?

– Направлять можно всех, кто нуждается в консультации по питанию. У нас существует клиничко-диагностическое отделение, где проводится консультативный прием и амбулаторное обследование. При показаниях, проводится госпитализация больных в стационар в плановом порядке. Клиника не работает в системе ОМС. Возможна госпитализация по линии добровольного медицинского страхования для обследования и лечения в палаты повышенной комфортности. В рамках научно-исследовательских тем госпитализация бесплатная.

**Беседовал Михаил Кукулевич,
фоторепортаж Владимира Бахарева**





О ДИЕТАХ ПРОФЕССОРА М. И. ПЕВЗНЕРА

В клинику лечебного питания Института питания РАМН (Москва, Каширское шоссе, 21) ежедневно звонят пациенты и врачи. Буквально каждый второй звонок начинается словами: «Скажите, это Клиника профессора Певзнера?» – либо сразу же следуют вопросы о лечении: «Как получить консультацию в Клинике Певзнера?» – или: «Какие документы необходимы для госпитализации в Клинику Певзнера?».

Что в этих звонках удивительного? Удивительно то, что клиника лечебного питания Института питания РАМН вовсе не носит название «Клиника лечебного питания имени профессора М. И. Певзнера». Удивительно прежде всего то, что профессора Мануила Исааковича Певзнера уже более 50 лет нет с нами (он жил в 1872–1952 гг.), а его имя живет, популярность ничуть не сникла, а, напротив, все возрастает. Имя профессора М. И. Певзнера стало легендарным.

Профессору Певзнеру удалось внедрить лечебное питание в повседневную практику санаториев и больниц, диетических столовых, учреждений и заводов. Благодаря правительственным постановлениям лечебное питание стало доступным для миллионов людей. Можно сказать, что благодаря Певзнеру идеи лечебного питания овладели массами населения. А говоря современным языком, профессору Певзнеру удалось осуществить грандиозный пиар (в хорошем смысле слова), способствующий профилактике и лечению многих хронических заболеваний.

Миллионы людей осознали, что при соблюдении норм лечебного питания можно

ДВА ВОПРОСА О ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ

ГУРВИЧ Михаил Меерович – кандидат медицинских наук, врач клиники лечебного питания Института питания РАМН, терапевт, гастроэнтеролог, диетолог. Автор более 400 научных и научно-популярных публикаций, в том числе книг «Диетолог отвечает на вопросы», «Вегетарианство сегодня», «Диета вместо лекарств», «Все о диете» и др., статей по вопросам питания в журналах «Химия и жизнь», «Наука и жизнь», «Здоровье».

Научно-исследовательской и лечебной работой в области терапии и диетологии М. М. Гурвич занимается более 35 лет.

улучшить самочувствие, повысить эффективность труда. До Певзнера подобного не суждено было осуществить ни одному диетологу в мировой истории. И лучший памятник от благодарных пациентов и врачей – это память о профессоре Певзнере на протяжении десятилетий.

КОГДА ОПРАВДАНО И КОГДА – НЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЩАЖЕНИЕ В ДИЕТОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

При целом ряде заболеваний, например, при обострении хронического гастрита, язвенной болезни, панкреатита, диетотерапия в течение определенного срока строится по принципу «щажения» пищеварительной системы. Соблюдается механическое и химическое щажение. При этом исключают свежие овощи и фрукты, содержащие растительную клетчатку, очень острые, соленые блюда, наваристые бульоны, усиливающие секрецию желудочного сока. «Щадящая» диета состоит из продуктов протертых и вареных, а не жаренных, исключаются всякие приправы и т. д.

Современные диетологи справедливо считают, что заболевший орган, например, желудок, и пищеварительную систему в целом надо не только щадить, но и тренировать, заставлять работать.

Злоупотреблять щадящими диетами не следует.

Нельзя на многие дни и недели рекомендовать щадящую диету, при которой ограничиваются пищевые продукты, поставляющие организму необходимые пищевые вещества. Надо помнить о том, что продук-

ты, подвергшиеся отвариванию и измельчению, теряют при этом часть биологически активных веществ, в частности витаминов. Длительно применяемая щадящая диета предрасполагает к запорам.

Приведем один конкретный пример.

Классическая схема диетотерапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендовала применение щадящих столов:

- стол № 1-а – на 10–12 дней,
- стол № 1-б – на 10–12 дней,
- стол № 1 (протертый) – на несколько недель.

В настоящее время диетотерапия язвенной болезни на фоне современных медикаментозных препаратов (блокаторы H₂-рецепторов гистамина, ингибиторы «протонной помпы» и др.) может выглядеть примерно следующей:

- стол № 1-б – на 3–4 дня,
- стол № 1 (протертый) – на 10–12 дней,
- стол № 1 (без механического щажения, т. е. не протертый) – на 10–12 дней.

В настоящее время в диетологии прослеживается тенденция: назначать щадящие диеты на возможно более короткие сроки. Конкретные рекомендации в отношении этих сроков может дать только лечащий врач, наблюдающий больного, знающий как состояние здоровья пациента в данный момент, так и переносимость организмом рекомендованной диеты.

Научно-практический журнал
«Клиническое питание»
E-mail: gastro@peterlink.ru



ПИРОГОВСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

РГМУ, 18 МАРТА 2004 ГОДА

Вот уже седьмой год подряд в конце марта в Москве проводится Пироговская межвузовская научная конференция студентов и молодых ученых, организованная Российским государственным медицинским университетом. Конференция названа в честь Николая Ивановича Пирогова (1810–1881), классика отечественной хирургии, известного анатома и блестящего ученого. В прошлом году конференция собрала молодых исследователей из многих городов России, а также из семи стран ближнего и дальнего зарубежья.

В канун конференции 2003–2004 учебного года ректор РГМУ акад. РАМН проф.

В. Н. Ярыгин и проректор по научной работе чл.-кор. РАМН проф В. В. Банин рассказали нам об университете и научно-студенческих движениях.



– Уважаемый Владимир Никитич, изменилось ли число студентов, занимающихся научными исследованиями, и какие направления стали приоритетными?

– Есть формальные показатели, которые говорят, что раннее приобщение к научно-исследовательской работе сейчас демонстрирует уровень не ниже, чем в наиболее активные времена советского периода. Но произошло некоторое перераспределение интересов:

раньше была престижна научно-исследовательская работа на кафедрах фундаментальных, кафедрах медико-биологического факультета, а сегодня акцент больше на клинические кафедры. Возможно, это вызвано желанием чуть раньше начать движение по своей специальности, чтобы потом продолжить своё обучение в ординатуре и аспирантуре. Причем, молодые коллеги в полной мере осознали – для того чтобы реализовать этот путь им необходимо выполнить ряд условий. Во-первых, как можно лучше показать себя в работе на кафедре, во-вторых, продемонстрировать нормальные человеческие качества и проявить себя в рамках мероприятий студенческого научного общества.

– Традиция проведения Пироговской студенческой научной конференции в университете возобновилась после длительного перерыва. А как она проводилась в ваши студенческие годы?

– Формально-организационно это проходило так же. Были секционные заседания, потом происходило пленарное заседание, где каждая секция была представлена одним или двумя докладами. Естественно были призы, были грамоты, было очень активное участие профессорско-преподавательского состава.

– Ваши пожелания участникам предстоящей конференции

– Найти себя, а найдя, потом уже не потерять.

– Уважаемый Виктор Васильевич, изменился ли уровень подготовки студентов с точки зрения научного потенциала?

– В целом, конечно, изменился и качественно и количественно. Немаловажной чертой является поляризация студентов – появился контингент молодых людей, которые вообще не интересуются наукой, но есть категория, представители которой очень интенсивно, с четким знанием возможных перспектив профессионального роста, занимаются научными исследованиями.

Наука – вещь сама по себе очень привлекательная. Для людей, которых интересует что-то новое, которые хотят реализовать себя, наука может быть главным делом. Здесь человек, больше чем где-либо, может осознать, что он собой представляет, на что он способен. Это как в спорте, но если там речь идет о реализации своих физических возможностей, то здесь – возможность максимально выявить свой интеллектуальный потенциал. Научная деятельность учит человека работать, организует его, это важно и нужно в любой сфере деятельности.

– В чем на ваш взгляд основной смысл Пироговской конференции?

– Пожалуй, самое главное это то, что данная конференция стала традиционной. И если говорить о хороших традициях, то она принадлежит к их числу. Появился мощный стимул для молодого человека, занимающегося научной работой, выступить и рассказать другим, чем он занимается, получить соответствующую оценку от заинтересованных людей. Мы уверены, что университет будет следить за судьбой своих питомцев, помогать им и тем самым обогащать наш коллектив новыми талантливыми людьми. Кроме того, очень радует расширение географии участников, рост числа регионов и городов – особенно университетских. Это позволяет получить представление о важнейших тенденциях развития «молодой» науки у нас в стране. Конференция должна сохранить свой высокий уровень, не став при этом рутинным мероприятием.

– На Западе научные конференции подчас рассматриваются молодыми учеными как возможность познакомиться с потенциальным работодателем, наладить практические связи. Считаете ли вы, что участие в данной конференции может помочь нашим студентам и молодым специалистам сориентироваться профессионально?

– Обязательно. Именно поэтому мы так много внимания и уделяем проведению Пироговской конференции. Сегодня все более активно обсуждается среди профессорско-преподавательского состава и в правительственных инстанциях необходимость работать со студенческой молодежью, вовлекать её в практическую работу с помощью Студенческих научных обществ. Да и сами студенты получают больше возможностей для включения в выбранный ими род деятельности, меньше времени уходит на «раскачку», приобретение навыков. Очень важно участвовать в различных семинарах, конференциях, которые помогают молодым людям обнаружить свои возможности как врача или как ученого.



Е. Белова, фото Н. Матюшкова

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Ю. А. Лысков, Институт питания РАМН, Москва

В работе врача всегда возникают три универсальных вопроса: что происходит, кто виноват и что делать? Именно клиническая диагностика может дать исчерпывающие ответы на первые два вопроса и помочь врачу найти правильный ответ на главный – что делать.

Каково же нынешнее состояние диагностики в гастроэнтерологии? Прежде всего, современная гастроэнтерологическая диагностика неполная – отсутствует целый ряд ключевых методов, которые касаются исследования функциональной количественной морфологии ЖКТ, активности пищеварительных ферментов желудка, тонкой кишки и поджелудочной железы, функции всасывания, кишечной моторики, барьерной, секреторной, метаболической и регуляторной функций, микробиоценоза кишечника на всем его протяжении. В результате, из поля зрения врача выпадает целый ряд ключевых блоков системы пищеварения, которые можно определить, как пищеварительный статус. Практически не исследуют статус питания – фактическое питание, а также пищевой статус – состояние нутритивной обеспеченности организма, который в значительной степени зависит от состояния пищеварительной функции. Имеются существенные пробелы в сборе и анализе анамнестической информации, которые касаются отдельных блоков: антропометрического статуса больного, включая сомато- и висцерометрию и вегетативный статус; наследственного статуса, включая этнический фактор; динамики начала заболевания; влияния фармакологической терапии и питания на клинику и диагностические параметры. Врачи плохо знают о возможностях современных методов диагностики и необходимости их применения в тех или иных случаях. Таким образом, современная гастроэнтерологическая диагностика недостаточна для постановки объективного и точного диагноза.

В настоящее время в основе гастроэнтерологической диагностики лежит эндоскопия, которая при всей ее важности и значимости не дает полного представления не только о структуре слизистой оболочки ЖКТ (имеются существенные расхождения между эндоскопией и морфологией), но и о функции. Современная патоморфология оторвана от клинической практики, маломощна, ее методы, может быть, за исключением онкоморфологии, недостаточны информативны и точны. Работу врачей-гастроэнтерологов осложняет слабое знание ос-

нов физиологии пищеварения. Система пищеварения, помимо основной своей роли в переваривании и всасывании пищи, выполняет и другие важные задачи, осуществляя метаболические, секреторные и экскреторные функции, переваривание и утилизацию эндогенных веществ, поддерживая эндозоологическое равновесие энтеральной среды.

Существуют нерешенные проблемы и внутри самой диагностики. Это неопределенность данных; большой индивидуальный разброс параметров; невысокая специфичность большинства диагностических признаков. Имеются существенные расхождения между данными различных методов исследования. Отсутствие четких диагностических критериев и обилие диагностической информации часто делают невозможным ее осмысление врачом.

Существует проблема нормы в гастроэнтерологии. Часто «нормой» считают скорее «средние» значения, характерные для «условно здоровых» людей. Не рассматриваются различные варианты нормы. Не решены вопросы об этиологии и патофизиологической сущности многих клинических диагнозов, как, например, «гастрит», «атрофический гастрит», «дуоденит», «синдром мальабсорбции» и др. Большинство таких диагнозов не имеют достаточного патоморфологического и патофизиологического обоснования и носят общий характер. В клинических исследованиях заболеваний органов пищеварения, в основе диагностических и аналитических критериев, как правило, лежат средние значения. Игнорируется индивидуальная вариабельность клинических параметров, и не изучаются причины такой вариабельности. В клинике отсутствует системность в оценке диагностической информации, не говоря уже об анализе динамики и цикличности изменения диагностических параметров. Клиническая наука изучает абстрактную «болезнь», а в клинической практике лечит, скорее, болезнь, чем конкретное больного.

Есть ли выход из этой ситуации? Он есть всегда. Прежде всего, врач должен ставить соответствующие задачи перед диагностическими службами, а для этого он должен знать возможности современных методов диагностики. Получая диагностическую информацию, врач должен требовать от диагностических лабораторий ее расшифровки и объяснения. А для этого диагностические службы должны не просто «штамповать» результаты, но и заниматься их осмыслением и выявлением четких

и точных диагностических критериев тех или иных заболеваний.

В настоящее время имеется достаточное число методов диагностики и исследования, которые позволяют получить данные о практически всех сторонах деятельности системы пищеварения. Для задач обычной клинической диагностики наиболее целесообразным представляется проведение определенного минимума диагностических исследований. Они должны включать исследование: структуры слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка и верхнего отдела тонкой (эндоскопия, микроанатомия, функциональная морфология с морфометрическим анализом); протеолитической активности и pH желудка, активности ферментов поджелудочной железы и тонкой кишки (биоптаты и эндоскопические смывы из желудка и тонкой кишки); функции всасывания и проницаемости тонкой кишки для маркерных субстратов (метод нагрузочных проб); моторной функции ЖКТ (изотопный метод); иммунной функции слизистых оболочек и микробиоценоза кишечника (эндоскопические смывы). Таким образом, мы получаем интегральное представление о функции пищеварения верхних отделов ЖКТ, о возможных причинах и механизмах его нарушения и возможностях адаптации. Для каждого диагноза необходима соответствующая диагностическая программа исследования, которую следует корректировать с учетом индивидуальных особенностей патогенеза данного больного.

При анализе диагностической информации необходимо принимать во внимание, что большинство гастроэнтерологических заболеваний имеют разные формы и варианты течения, а также имеют несколько стадий. Помимо этого необходимо учитывать цикличность физиологических процессов в организме человека, которые происходят в течение года, а также имеют более длительную периодичность. Наконец, на результаты диагностики в значительной степени могут оказывать влияние фармакологическая терапия и факторы питания. В силу динамичности гастроэнтерологических заболеваний, во избежание ошибок диагностика должна проводиться в определенное время и в определенной последовательности. Исследуемые диагностические параметры должны быть связаны с фактором времени, а для обеспечения сопоставимости данных, полученных разными методами, исследования необходимо проводить в узком временном диапазоне.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

В. Н. Матушевская, Р. П. Лебедева
ГУ НИИ питания РАМН, ЦПЗ, Москва

Исследования последних лет показывают, что снижение потребления натуральных растительных продуктов и повышение доли рафинированных продуктов в рационе населения привело к росту функциональных заболеваний органов пищеварения. Установлено, что дефицит пищевых волокон в рационе способствует развитию метаболического синдрома, ожирения, желчнокаменной болезни, диабета, сердечно-сосудистых заболеваний.

К пищевым волокнам относят группу веществ растительного происхождения, которые не перевариваются пищеварительными ферментами человека и не усваиваются. Это в первую очередь целлюлоза, гемицеллюлоза, пектиновые вещества. Они способны удерживать воду, что ведет к увеличению объема фекальных масс, их смягчению, ускорению продвижения по толстой кишке. Последнее имеет большое значение в профилактике рака толстой кишки, поскольку в ней способны накапливаться и всасываться в кровь канцерогенные амины, другие конечные продукты обмена веществ. Кроме того, пищевые волокна необходимы для нормальной жизнедеятельности полезных бактерий, живущих в кишечнике, которые синтезируют ряд важнейших биологически активных веществ. В результате ферментации пищевых волокон микрофлорой кишечника образуются короткоцепочечные жирные кислоты, способствующие ускорению транзита содержимого по толстой кишке и улучшению трофики клеток кишечника.

Если минимальное количество пищевых волокон, которое должно содержаться в рационе, составляет 25 г в день, то при нарушениях опорожнения кишечника количество волокон должно быть увеличено вдвое. Людям, страдающим запорами, отмечающим недоопорожнение кишечника необходимо обязательное соблюдение диеты с повышенным содержанием пищевых волокон, прежде всего за счет увеличения в рационе овощей, зелени, фруктов, обязательным включением кисломолочных продуктов.

Но очень часто для нормализации работы кишечника этого бывает недостаточно, и тогда возникает необходимость введения концентратов пищевых волокон.

Новая отечественная разработка – биологически активная добавка «Чистовит ВЭЛ» производства НПО «Экология питания» (Москва) –

одна из немногих, прошедших не только лабораторные, но и клинические испытания. Исследования подтвердили: ученым удалось создать уникальную комбинацию натуральных компонентов и установить их оптимальные дозировки, обеспечивающие максимально эффективное действие.

«Чистовит ВЭЛ» включает плоды подорожника большого (62,2%), пектин (7,8%), микрокристаллическую целлюлозу (9%), т. е. комплекс пищевых волокон, а также спирулину (3,6%), корень солодки (2,8%), плоды фенхеля (2,8%), листья мяты перечной (0,8%), азросил, выпускается в виде таблеток массой 0,5 г. Такой комплекс дает возможность применять био-добавку как вспомогательное средство диетотерапии, обладающее обволакивающим, противовоспалительным, спазмолитическим действием, способствующее улучшению моторно-эвакуаторной деятельности кишечника.

В отделении гастроэнтерологии Клиники лечебного питания ГУ НИИ питания РАМН проведены клинические испытания БАД к пище «Чистовит ВЭЛ» при лечении больных с синдромом раздраженного кишечника с запорами.

Под наблюдением находились 33 больных (все женщины), в возрасте от 22 до 73 лет, которые были разделены на основную группу и группу сравнения.

Клиническая картина заболевания при поступлении была типичной в сравниваемых группах и характеризовалась, прежде всего, запорами от 2 дней до отсутствия самостоятельного стула в течение 5 и более дней, частым приемом слабительных препаратов, чувством неполного опорожнения кишечника, ноющими болями в различных отделах живота, вздутием живота, урчанием. Опорожнение кишечника приводило к улучшению состояния пациентов, стиханию болей в животе, вздутия. Достаточно часто наблюдались диспептические явления (отрыжка, изжога, горечь во рту, тяжесть в эпигастрии после еды, чувство переполнения после еды). Длительность заболевания варьировала от 2 лет до более 30 лет, в среднем, 15 лет.

БАД «Чистовит ВЭЛ» назначали на фоне диетотерапии с повышенным содержанием пищевых волокон (за счет дополнительного включения овощных блюд, сухофруктов, отрубного хлеба), ограничением экстрактивных веществ, введением кисломолочных напитков (ке-

фир). Начальная доза БАД – 2 таблетки 2 раза в день. При необходимости доза увеличивалась до 12 табл. (6 г) в день. Больные должны принимать жидкость в объеме 1,8–2,0 литра в день. В качестве критериев эффективности использовали субъективные жалобы, данные объективного осмотра, показатели лабораторных методов исследований.

Переносимость БАД была хорошей, больные выразили желание принимать добавку в домашних условиях. Показатели крови, копрограммы находились в пределах нормы. Результаты клинических исследований показали, что в конце 1-й недели самостоятельный стул появился у 45% больных, принимавших БАД (в контроле – у 27%). Через 3 недели приема БАД моторно-эвакуаторная функция кишечника нормализовалась у 90% больных (55% в контроле). Наблюдалось исчезновение болей в животе и симптомов метеоризма. Изменения карболеновой пробы свидетельствовали об ускорении времени транзита содержимого по ЖКТ на фоне приема «Чистовита». Проводимое в дальнейшем изучение показателей микрофлоры толстой кишки позволило установить, что улучшение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки на фоне приема «Чистовита» сопровождалось улучшением состава микрофлоры кишечника, уменьшением выраженности дисбактериоза.

Противопоказаниями для использования БАД являются острые боли в животе, явления непроходимости кишечника, индивидуальная непереносимость компонентов БАД. Перед началом приема рекомендуется консультация врача.

В настоящее время «Чистовит ВЭЛ» используется в Клинике лечебного питания как источник пищевых волокон для регуляции опорожнения кишечника при различных заболеваниях. Доза БАД подбирается индивидуально, необходимо соблюдение водного режима.

Более подробная информация в ЗАО НПО «Экология питания» по тел.: 975 7112.



НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*В. Н. Матушевская, Р. П. Лебедева, Е. В. Клыккова, А. Г. Бабин
ГУ НИИ питания РАМН, ЦПЗ, Москва*

В настоящее время все большее внимание уделяется нутриционной поддержке больных в стационаре. В условиях катаболизма и гиперметаболизма, сопровождающих патологическое состояние организма, возрастает потребность в белке и энергии. Задача врача – обеспечить адекватное состоянию больного поступление пластических и энергетических материалов. Имеются убедительные доказательства, что коррекция недостаточности питания способствует сокращению сроков госпитализации, профилактике осложнений, снижению летальности. Наиболее физиологичным способом введения нутриентов является энтеральное питание. Существуют рекомендации ВОЗ о предпочтительном использовании энтерального питания во всех возможных случаях. Для проведения энтерального питания используются солевые растворы (мономерные электролитные смеси), а также питательные смеси, в состав которых входят белки, жиры, углеводы различной степени гидролиза. Вид применяемой смеси зависит от состояния больного, степени нарушения функции органов пищеварения.

У больных с заболеваниями органов пищеварения (хронические заболевания, состояния после операций на ЖКТ) питательные смеси могут использоваться как основное питание или как дополнение к рациону. Особое значение энтеральное питание имеет для больных с белково-энергетической недостаточностью, поскольку позволяет повысить калорийность рациона, обеспечить пластические и энергетические потребности, не вызывая перенапряжения ферментативных систем. В Клинике лечебно-питания для проведения нутриционной поддержки применялись питательные смеси «Нутризон стандарт», «Нутризон Энергия», «Стрессон», «Нутридринк» (фирма «Нутриция»). Полисубстратная смесь «Нутризон стандарт» – изокалорийная, сбалансированная по содержанию белков высокой биологической ценности, жиров, углеводов, микронутриентов смесь, обладающая низкой осмолярностью, не содержащая лактозы и глютен. Назначалась больным с синдромом нарушенного пищеварения и всасывания после операций на желудке, тонкой кишке, вследствие хронических заболеваний органов пищеварения (хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, целиакия, эрозивный гастрит и дуоденит), а также при функциональных расстройствах ЖКТ, сопровождающихся недостаточ-

стью питания. При выраженном синдроме нарушенного пищеварения и всасывания, сниженном иммунитете вводилась питательная смесь «Стрессон» перорально. Прием смеси переносился хорошо, со слов больных, «напоминал вкус кофе». Применение энтерального питания «Нутризон Энергия», обладающего повышенным содержанием белка и энергии, у больных с выраженными нарушениями питания (состояние после обширной резекции тонкой кишки, белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза) позволяло восполнить дефицит белка и энергии, используя меньший объем вводимой смеси. Питательная смесь «Нутридринк» – полноценное питание с высоким содержанием белка и калорийностью 1,5 ккал/мл, как и «Нутризон Энергия» является высокобелковой, высококалорийной смесью, не содержащей лактозу и глютен. Она использовалась как дополнительное питание у больных язвенной болезнью, эрозивным гастродуоденитом, рефлюкс-эзофагитом, после операций на желудке, при белково-энергетической недостаточности вследствие нервной анорексии. Применение смесей для энтерального питания у больных с синдромом короткой кишки, после гастрэктомии (через 1–3 месяца после операции) позволило стабилизировать или увеличить вес, расширить рацион, нормализовать стул, уменьшить явления демпинг-синдрома, уменьшить слабость. Увеличение массы тела наблюдалось в 2 раза чаще у больных, получавших питательные смеси, по сравнению с больными, получавшими парентерально растворы аминокислот на фоне диетотерапии. Опыт лечения больных гастроэнтерологического профиля позволяет рекомендовать более широкое использование смесей для энтерального питания в диетотерапии больных.

Преимуществом фирмы «Нутриция» является создание жидких форм питательных смесей, безопасных в употреблении, поскольку смеси являются стерильными, с низким риском контаминации, стандартизированными по составу и консистенции и удобных в применении, с длительным временем использования.

Питательные смеси используются на всех этапах лечения онкологических больных: при предоперационной подготовке, в послеоперационном периоде, при проведении гормоно- и химиотерапии и др. Белково-энергетическая недостаточность является фактором повышенного риска в период лечения онкологических больных.

Введение нутриционной поддержки позволяет предотвратить снижение массы тела, наблюдающееся у онкологических больных, развитие ранних и поздних осложнений, формирование синдрома полиорганной недостаточности, сократить сроки пребывания в стационаре, уменьшить затраты на лечение больного. Эффективно использование высокобелковых, высококалорийных, готовых к употреблению смесей «Нутризон энергия», «Нутридринк».

Больные нервной анорексией представляют традиционную сложность для терапии в силу отсутствия критики и отказа от приема пищи. Нередко больные обращаются за помощью на этапе развития выраженной белково-энергетической недостаточности. Поэтому целесообразно совместное лечение этих больных психотерапевтом и гастроэнтерологом. Больные нервной анорексией на этапе развития болезни преимущественно испытывают отвращение или безразличие к продуктам питания. В связи с этим возникают определенные трудности в диетотерапии больных, требуется введение продуктов, отличающихся повышенным содержанием калорий в небольшом объеме. Большую помощь в этом оказывают смеси для энтерального питания. В Клинике лечебно-питания больные с белково-энергетической недостаточностью алиментарного генеза (нервная анорексия) на фоне высококалорийной диеты получали дополнительно смеси для энтерального питания. Наблюдения показали, что эти больные наиболее охотно принимал «Нутридринк», имеющий приятный вкус и различные вкусовые оттенки (клубничный, шоколадный, ванильный, банановый, апельсиновый). Это обстоятельство имеет большое значение, так как снижается чувство страха перед едой, что позволяет легче употреблять больным и другую пищу. «Нутридринк» назначался по 200 мл 2–3 раза в день. В результате лечения у больных отмечалось относительно быстрое увеличение массы тела, что является существенным корригирующим фактором улучшения психического состояния этой категории больных.

Существенную помощь питательные смеси оказывают в случаях риска развития недостаточности питания: при болевом синдроме, диарее, нарушении функции жевательного аппарата. В таких случаях целесообразно рекомендовать прием энтеральных смесей, особенно готовые жидкие формы.

Более подробная информация в фирме «Нутриция» по тел.: 994 6636.

О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА

Г. А. Григорьева, Н. Ю. Мешалкина, ММА им. И. М. Сеченова

Основа настоящего сообщения – анализ результатов 25-летнего наблюдения за 313 больными воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Острые формы неспецифического язвенного колита (НЯК) и болезни Крона (БК) сегодня встречаются реже, что можно объяснить улучшением диагностики и повышением эффективности лечения. Однако увеличилось число осложненных форм воспалительных заболеваний кишечника, при которых выделяются внекишечные проявления и собственно осложнения этих заболеваний. Появляясь на различных стадиях течения НЯК и БК, внекишечные проявления и осложнения выходят на первый план в клинической картине, приводят к неадекватному лечению и определяют прогноз.

К внекишечным проявлениям, зависимым от активности процесса в кишечнике, были отнесены периферические артриты, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, эписклерит, увеит, иридоциклит. Внекишечными проявлениями, не зависящими от активности процесса в кишечнике, являлись спондилоартрит (СА) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Кроме ПСХ к внекишечным проявлениям, не зависящим от активности процесса в кишечнике, относятся спондилоартрит (СА) и сакроилеит (СИ).

Осложнения НЯК включали: малигнизацию процесса в ЖКТ, парапроктит, образование стриктуры. В группе БК спектр осложнений был шире: стриктуры, парапроктит, свищи, перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость, интраабдоминальный абсцесс, перитонит, малигнизация процесса в ЖКТ.

Наибольшее число осложнений в группе больных БК может быть объяснено трансмуральным поражением кишечника с образованием свищей и перфораций стенки. Поэтому пациенты с БК нуждаются в особом динамическом контроле, причем наблюдению подлежат как больные, находящиеся на медикаментозном лечении, так и пациенты, перенесшие операцию, из-за возможности развития рецидива.

В программе лечения воспалительных заболеваний кишечника выделяются две основные части. Первая – достижение ремиссии, вторая – ее поддержание. Одновременно с этим учитывается тяжесть и резистентность заболевания.

Аминосалицилаты (пентаса, салофальк, сульфасалазин) использовались при легких и

среднетяжелых формах заболеваний. При БК толстой кишки и НЯК в сочетании с периферическими артритами наряду с месалазином в терапию включался сульфасалазин, состоящий из 5-ASA и сульфапиридина, которому принадлежит ведущая роль в реализации лечебного эффекта при артритах. Кроме того, в схему лечения таких пациентов возможно включение современного препарата (ремикейд), который улучшает состояние суставного хряща и суставных поверхностей костей, что ведет к быстрому и значительному уменьшению выраженности суставных проявлений.

В случае неэффективности препаратов 5-ASA при среднетяжелых формах ВЗК и при тяжелых формах этих заболеваний назначались кортикостероиды. Наряду с традиционными стероидами применялся новый синтетический глюкокортикоид – будесонид, обладающий высокой афинностью к глюкокортикоидным рецепторам, выраженной противовоспалительной активностью и низкой системной биодоступностью.

Резистентные формы ВЗК требуют назначения иммуносупрессантов. У пациентов нашей группы использовался новый иммуносупрессант – циклоспорин А в микроэмульсионной форме (сандимун-неорал). Этому препарату свойственно мощное иммуносупрессивное действие при отсутствии цитотоксических эффектов. Особенно важен факт быстрого наступления его действия в течение 2–3 недель. Неорал применялся в течение 3 месяцев в начальной дозе 4–5 мг/кг с последующим снижением дозы на 25 мг/кг с интервалом в 2 недели. В течение всего курса лечения осуществлялся динамический контроль показателей крови и функции почек. Физикальное обследование проводилось 1 раз в 7–10 дней, контроль показателей крови – на первом месяце лечения 1 раз в неделю, далее каждые 2–3 недели, эндоскопические исследования – через 1, 3 и 6 месяцев лечения.

В качестве побочных эффектов была отмечена артериальная гипертензия, хорошо поддающаяся коррекции и обратимая после окончания курса приема препарата. К концу лечения (3 мес. – основной курс и 4 мес. – снижения дозы) удалось добиться клинической и эндоскопической ремиссии у 8 из 9 пациентов, получивших этот препарат.

Неэффективность лечения в 1 случае была связана с недостаточной концентрацией препарата в крови у больного, ранее перенесшего обширную резекцию кишечника, что оставляет открытым вопрос о целесообразности применения неорала в капсулах у оперированных больных.

В случае резистентности ВЗК, а также при фистульных формах БК, успешным является применение ремикейда. Этот препарат представляет собой химерные IgG₁ моноклональные антитела, полученные генноинженерным путем. Действие ремикейда, как биологического агента, направлено на ключевую молекулу воспалительных и иммунологических процессов – фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α). Высокая специфичность препарата уменьшает возможность неспецифических влияний на другие иммунологические механизмы. Лечение ремикейдом вызывает быстрое и достоверное закрытие свищей, а также существенное уменьшение активности заболевания.

При внекишечных проявлениях, не связанных с активностью процесса в кишечнике, в комплексную терапию включались дополнительные препараты.

При наличии ПСХ назначались препараты УДХК (урсофальк) в суточной дозе 10–12 мг/кг, что дало возможность стабилизировать процесс в печени у 52,8% больных. При спондилоартрите наряду с базисной терапией применялись нестероидные противовоспалительные препараты.

Программа мероприятий в период ремиссии включала поддерживающие дозы базисных препаратов и профилактические курсы гипербарической оксигенации (ГБО) – 1 курс из 12 сеансов в год. Метод гипербарической оксигенации, разработанный сотрудниками межклинического отделения ГБО ММА им. И. М. Сеченова (д.м.н. Лукичем В. А., к.м.н. Поляковой Л. В. совместно с д.м.н. Григорьевой Г. А.), используется в клиниках для профилактики рецидивов ВЗК с 1990 г. Отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности применения этого метода, проявляющейся в уменьшении активности воспалительного процесса в кишечнике и восстановлении кишечной микрофлоры.

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИКЛОСПОРИНА В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

В. Г. Румянцев, ЦНИИ гастроэнтерологии

Одним из наиболее сложных и дискуссионных вопросов в терапии язвенного колита является применение циклоспорина А при рефрактерных формах заболевания. Взгляды исследователей и даже государственная позиция, выражающаяся в отношении включения этого иммунодепрессанта в стандарты терапии, существенно отличаются.

Что нам известно сегодня о циклоспорине и его влиянии на иммунную систему? Циклоспорин – мощный иммунодепрессант, механизм действия которого связан с ингибированием кальциневрина, препятствующего транскрипции транспортной РНК, кодирующей IL-2 и его рецептор. Циклоспорин подавляет факторы, активирующие Т-хелперы, снижается и продукция цитокинов таких как IL-3, IL-4, IL-5, IFN gamma, TNF alpha и beta. Он воздействует только на лимфоциты, но не на гранулоциты, моноциты и макрофаги. В отличие от 6-меркаптопурина и азатиоприна, требующих около 3 месяцев для реализации действия, циклоспорин дает быстрый эффект – уже спустя несколько дней после введения. С быстротой действия и связан интерес к препарату при язвенном колите.

Имеется 4 контролируемых исследования внутривенного циклоспорина в лечении тяжелого рефрактерного язвенного колита и 6 открытых исследований. Из опубликованных данных можно сделать следующие выводы: циклоспорин уже самостоятельно способен вызывать ремиссию тяжелого язвенного колита, но его применение одновременно с кортикостероидами не только повышает эффективность лечения, но способно коренным образом изменить клинический эффект, а именно преодолеть гормональную устойчивость. Эффективность может быть достигнута и сравнительно меньшими дозами циклоспорина, чем считалось ранее. Не существует исследований, позволяющих ответить на вопрос – имеется ли корреляция между концентрацией циклоспорина и частотой положительного эффекта. Тем не менее, анализ указанных публикаций показывает, что такая закономерность присутствует. При средних значениях концентрации циклоспорина менее 300 нг/мл успех отмечен в 62% наблюдений, а при более высоких концентрациях – уже в 82%.

Таким образом, непосредственный эффект от применения циклоспорина при тяжелых формах язвенного колита достаточно высокий и сомнений не вызывает. Однако этого мало.

Оправдан ли риск использования токсичного препарата с большим количеством побочных явлений для достижения цели? **Этот риск будет не напрасен, если больному удастся избежать колэктомии, снизить и снять после выписки глюкокортикоиды и сам циклоспорин, обеспечить продолжительную ремиссию.** Отвечая на этот вопрос, нужно отметить, что ремиссия может быть достигнута и удерживаться у 55–69% больных в течение 5 лет, особенно в том случае, если к терапии добавляются медленно действующие иммунодепрессанты – азатиоприн или 6-меркаптопурин. При их отсутствии частота длительных ремиссий уже снижается до 19%. Поэтому циклоспорин следует рассматривать как терапию, «спасающую» больного от колэктомии и своеобразный «мостик», обеспечивающий переход к более безопасным иммунодепрессантам. Циклоспорин нужно использовать после внутривенного индукционного курса орально около 3–6 месяцев, в течение которых постепенно отменяются стероиды и начинает действовать азатиоприн.

Какие еще аргументы свидетельствуют в пользу применения циклоспорина? Если говорить о качестве жизни больных, успешно пролеченных циклоспорином и оперированных, то оно сопоставимо или даже лучше в группе циклоспорина. Удаление толстой кишки не избавляет от проблем. Даже при нормально функционирующем тонкокишечном резервуаре частота стула достигает 6–8 раз в сутки, в том числе и ночью. Воспаление в нем наблюдается почти у 50% больных при длительном наблюдении, а частота осложнений, связанных с операцией, достигает 10%. Не подтверждаются и опасения, что применение циклоспорина в ближайшие и отдаленные сроки ухудшают результаты хирургического лечения. Частота гнойно-септических и других осложнений не возрастала.

Мы, как и многие другие отечественные гастроэнтерологи, занимающиеся воспалительными заболеваниями толстой кишки, опасались применения циклоспорина. Однако страхи были сильно преувеличены. В течение последнего года мы вынуждены были применить циклоспорин у 6 тяжелых больных язвенным колитом с гормональной устойчивостью. В 5 случаях был получен быстрый положительный эффект и лишь одна больная подверглась хирургическому лечению из-за неэффективности терапии. Циклоспорин применялся

орально в дозе 5 мг/кг/сут в виде курса от 2 до 5 недель. Мы контролировали концентрацию циклоспорина в крови и убедились в том, что на этой дозировке она не превышает 200 нг/мл, т. е. безопасна. Серьезных побочных явлений не отмечено. В одном наблюдении лечение циклоспорином осуществлялось на фоне текущего сепсиса, после того как двухнедельная терапия резервными антибиотиками не дала результатов. Уже на второй день приема циклоспорина температура нормализовалась, что свидетельствовало о прекращении бактериемии и восстановлении барьерной функции кишки.

Чего нужно бояться? В большой серии больных, получавших циклоспорин, отмечалась 2% летальность, обусловленная септическими осложнениями – пневмоцистной пневмонией и аспергиллезом. Пневмоцистная пневмония развилась у тех больных, которые не получали триметоприм/сульфаметоксазол с профилактической целью. Поэтому все больные должны получать такую терапию.

Больные получающие циклоспорин должны быть предупреждены о необходимости быстро сообщить о любом эпизоде лихорадки или признаках инфекции. Если они минимальны, а уровень циклоспорина терапевтический, инфекцию лечат без изменения дозы циклоспорина. В более серьезных случаях на весь период лечения инфекции дозу циклоспорина уменьшают или терапию временно прекращают. Наличие головной боли, гирсутизма, парестезий не требуют изменения дозы циклоспорина.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать следующие выводы:

- Внутривенно вводимый циклоспорин эффективен у 50–80% больных с тяжелым язвенным колитом.
- Первоначальная терапия 2 мг/кг/сут столь же эффективна как и 4 мг/кг/сут, поэтому предпочтительнее с позиций безопасности.
- Долгосрочный ответ на терапию после достижения ремиссии внутривенным циклоспорином в контролируемых исследованиях возрастает до 78% при одновременном приеме азатиоприна.
- Токсичность циклоспорина можно снизить и предупредить, осуществляя контроль биохимических показателей, концентрации циклоспорина в крови, мониторинг состояния больного и проводя химиопрофилактику инфекций.

ИММУНОМОДУЛЯТОР ГАЛАВИТ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. А. Овчинников, ММА им. И. М. Сеченова

Препарат Галавит является современным иммуномодулирующим и противовоспалительным средством, активным компонентом которого является производное фталгидразида. Препарат действует на моноцитарно-макрофагальное звено иммунитета: регулирует синтез цитокинов макрофагами (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-альфа и другие) и лимфоцитами (ИЛ-2), стимулирует бактерицидную активность нейтрофилов, усиливает фагоцитоз; регулирует пролиферативную функцию Т-лимфоцитов и активность естественных киллеров (НК-клеток); обладает антиоксидантным и антидиарейным действием; регулирует репарацию тканей, уменьшает образование рубцов при заживлении; повышает неспецифическую защиту организма, стимулирует синтез интерферона.

Галавит не обладает токсическими свойствами, что позволяет применять его во всех возрастных группах. Выводится он из организма, в основном, через почки. После внутримышечной инъекции период полуэлиминации составляет 15–30 минут. Основные фармакологические эффекты наблюдаются в течение 72 часов. Несовместимости с другими лекарственными препаратами и побочных явлений до настоящего времени не выявлено.

Галавит применяют в составе комплексной терапии, а так же монотерапии для патогенетического лечения многих заболеваний. В качестве иммуномодулятора в комплексной терапии иммунодефицитных состояний его используют при острых и хронических воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, протекающих с интоксикацией и/или диареей; при патогенетическом лечении острых инфекционных заболеваний; при различных заболеваниях уrogenитального тракта; при гнойно-септических процессах в до- и послеоперационном периоде, и для профилактики хирургических осложнений; для иммунокоррекции и иммунореабилитации при онкологических заболеваниях (в комплексе с химио- и лучевой терапией). Противопоказаниями могут быть

лишь беременность, лактация, индивидуальная непереносимость.

В клинике хирургических болезней № 1 второго лечебного факультета Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова и на базе городской клинической больницы № 61 было проведено лечение препаратом Галавит у 52 больных с язвами желудка (14 человек) и двенадцатиперстной кишки (38 человек) в возрасте от 27 до 52 лет. Язвенные дефекты желудка у четырех больных имели характер острых изъязвлений и у десяти – хронический. У 11 больных дуоденальные язвы носили острый характер и у 27 – хронический. Длительность заболевания колебалась от двух недель до 12 лет.

Размеры язвенных дефектов составляли от 0,5 до 2,5 см. У шести человек имели место множественные изъязвления. 18 больных с острыми и хроническими язвами желудка (пять человек) и двенадцатиперстной кишки (13 человек) поступили в хирургический стационар с симптомами продолжающегося или состоявшегося кровотечения, классифицированного при гастроскопии как 1b, 2a и 2b, по Forrest.

Для сравнения были проанализированы результаты лечения по традиционной схеме 20 больных; из них с язвами желудка (пять человек) и луковицы ДПК (15 человек), у которых Галавит не применялся. По возрастному составу и длительности заболевания контрольная и основная группы больных были достаточно сопоставимы.

Методика лечения

Лечение Галавитом заключалось в паравальцералях инъекциях 100–200 мг препарата, растворенного в 2–4 мл физиологического раствора, проводимых во время гастроскопии ежедневно или с интервалом в один–три дня, и ежедневном трехразовом (по одной чайной ложке за 30 мин до еды) приеме Галавита внутрь вместе с Альмагелем или Маалоксом (20 г препарата на 200 мл суспензии). У пяти больных в случаях продолжающегося кровотечения (1b, по классификации Forrest) были проведены гемостатические мероприятия, включающие

орошение язвенного дефекта раствором Капрофера, обкалывание раствором адреналина или этилового спирта 98% и электрокоагуляцию.

В первые трое суток после эндоскопической или медикаментозной остановки кровотечения, а также у больных с состоявшимся и самостоятельно остановившимся кровотечением (2a и b, по классификации Forrest) параальцералях инъекции раствора Галавита проводили ежедневно, одновременно контролируя состояние язвы и угрозу рецидива кровотечения. В дальнейшем интервалы между гастроскопиями увеличивали до двух–трех дней. У всех больных проводилась традиционная терапия, направленная на снижение продукции соляной кислоты и элиминацию *Helicobacter pylori*.

Результаты лечения

Через один–три дня после первых инъекций раствора Галавита отмечалась отчетливая положительная динамика в виде некоторого сближения краев язвенного дефекта, уменьшения перифокальной реакции, исчезновения обнаженных сосудов на дне язвы. В последующие дни на фоне проводимого лечения ни в одном случае осложненных кровотечением язв не было отмечено рецидива кровотечения.

Таким образом, опыт применения иммуномодулирующего и противовоспалительного препарата Галавит показывает, что у ряда больных этот препарат в сочетании с традиционным лечением значительно ускоряет заживление язв желудка и особенно дуоденальных язв, сокращает средние сроки эпителизации язвенных дефектов, кроме того, препарат не имеет побочных эффектов. Полученные результаты могут служить основанием для применения препарата Галавит в комплексном лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Более подробную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в ЗАО Центр современной медицины «Медикор» по тел. (095) 445 4265, 445 1417, 445 1421; тел./факс: (095) 445 2005.

Михаил Зощенко ЖИВОЙ ТРУП

(Истинное происшествие)

Странная история произошла с одним рабочим. До того странная эта история, что, узнавши ее, половина наших подписчиков, наверное, бросит пить.

Но не робей, дорогой подписчик! Бросить пить — это не так страшно. Автор, например, пивший в свое время все, кроме керосина, тоже бросил эту вредную привычку. И ничего. Жить можно.

А рассказывал эту странную историю сам виновник — рабочий одной из ленинградских фабрик. Фамилию свою он просил не печатать. Стесняюсь, говорит, Ну, что ж — фамилию печатать не будем. А для красоты рассказа назовем его хотя бы Федя Жуков.

— Я пива теперь не пью, — сказал Федя Жуков. Душа не принимает. Хотя ученые профессор и говорят, будто пиво очень даже полезно для организма и будто даже от него толстеет организм, но я с этим не считаюсь.

Конечно, ученый профессор выкушает стаканчик пива в обед да полстаканчика в ужин — ему и полезно, его организм и толстеет. А кто стаканами не считается, тому хуже пива нет ничего.

А я, например, от пива в обморок падаю. И делаюсь все равно как покойник. Дыханье даже у меня прерывается.

А раз в субботу пошли ребята пить. Пошел и я.

Пили, пили. Только вдруг, после пятой, я ужасно окосел и сижу на стуле белый, скучаю.

Ребята, конечно, просят:

— Федя, Федя...

А ихний Федя рот раскрыл и не отвечает.

Извинились ребята перед народом за слабость организма, взяли меня под руки и отвезли домой.

Положили дома на кровать, а на кровати мне хуже.

Женка чересчур испугалась, обтирает мне кожу мокрыми тряпками, а я сомлел и лежу что статуя.

Женка пальто накинула и к врачу.

Коммунальный врач приходит. Осмотрел меня и говорит:

— Что-то, говорит, у него в организме от пива заскочило. Кишка, может, на кишку зашла. Везите его в больницу. Там разберут.

Ну, отвезли меня в больницу.

А дальше я ничего не помню. Как стена железная опустилась передо мной.

Только просыпаюсь я от холода и голода.

Проснулся. Кругом темно.

Почему, думаю, темно? За какое самое это темно? Что, думаю, за пустяки? Где ж это я такое?

Сел. Смотрю: сижу на досках голый, а на ноге номерок 17. А кругом не то больные свалены, не то не поймешь что, не то покойники.

До чего я сомлел, до чего испугался! Где ж это я, думаю? За какое это самое номерок-то у меня на ноге? Или, думаю, я скончался. Или, думаю, врачи обмишурились. Или, думаю, я от пива в обморок свалился, а меня за покойника приняли.

Ах, думаю, да! Ах, думаю, ну!

Хочу спичку чиркнуть, осмотреться. Хлопс за карман. А кармана нету — одна нога голая. Хлопс за гимнастерку — живот голый.

Человек я, конечно, очень храбрый, отчаянный даже, а тут, ничего не скажу, оробел. И сижу на досках голый.

Только вдруг слышу — возле двери в коридоре кто-то ногами чиркает. И после берется за ручку и открывает дверь.

Ах, чего, думаю, мне делать? Может, это сторож идет. Не испугать бы мне его. Тоже в темноте встанешь или крикнешь — померет с перепугу. Ах, чего мне, думаю, делать?

А дверь сию минуту открылась, и входит сторож. С небольшой такой седоватой бородкой, в картузе.

Ах, чего, думаю, мне делать? И сам, чтоб не испугать напрасно гражданина, не двигаюсь и не кричу и руками не машу, а только тихонечко через губы «тс» делаю.

А сторож как услышит «тс», как завизжит собакой, как свалится на корячки, как поперет к двери.

Ах, думаю, ну! Испугал человека. Теперь, думаю, безразлично.

— Стой, кричу, братишка! Не пугайся! Это я — Федя!

Выбежал я за сторожем, бегу — номерок по ноге хлопает. А сторож оглянулся назад — как припустит теку.

Бегим по коридору — народ с перепугу мухами валится. А мне хоть бы что.

Добежал я до какой-то комнаты. Свалился.

— Братцы, говорю, это я — Федя Жуков! Живой...

Положили меня на кровать, вина стали давать. А я вина не принимаю.

— Нету, говорю, будет. Не пью и в рот хмельного не беру.

Так и бросил пить. А сторож — ничего, отдышался. И даже приходил меня смотреть. Даже мы с ним подружались и выпили по бутылочке портера.



В РАМКАХ КОНГРЕССА СОСТОИТСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

Министерство Здравоохранения РФ
Ассоциация травматологов и ортопедов Российской Федерации
Российский государственный медицинский университет
Государственное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова
Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена
Правительство города Москвы
Департамент Здравоохранения города Москвы
Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В.Склифосовского
Медицинский факультет имени Карла Густава Каруса, Дрезден

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
"СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В
ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ:
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ -
ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ"

адрес секретариата:
117292, Москва, ул. Вавилова, 61, ГКБ №64
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ
(095) 135-91-64, 135-91-62; e-mail: conf@lycos.ru

место проведения:
Москва, проспект Вернадского, 84
Российская Академия государственной
службы при президенте РФ

www.traumatic.ru

темы конгресса:
1. Ошибки и осложнения при современных технологиях лечения
больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного
аппарата
✓ остеосинтез (накостный, интрамедуллярный, чрескостный);
ошибки, осложнения, профилактика и лечение;
✓ эндопротезирование: ошибки, осложнения, профилактика и
лечение;
✓ артроскопия: ошибки, осложнения, профилактика и лечение;
2. Профилактика и лечение инфекционных осложнений
✓ раневая инфекция: анализ причин возникновения,
профилактика, современная тактика лечения;
✓ проблема госпитальной пневмонии при лечении больных с
заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата;
✓ роль антибактериальных препаратов в лечении инфекционных
осложнений в травматологии и ортопедии;
3. Профилактика и лечение тромбозомболических осложнений

информационные спонсоры:
"Вестник травматологии, ортопедии им. Н.Н.Приорова" "Больница" "Медицинская газета"
"Медицинский экспресс" Доктор.ру

к рассмотрению принимаются тезисы отправленные до 30.04.2004

МОСКВА • 2004
5 - 7 октября

ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ
Медицинский колледж
Всероссийского учебно-научно-
методического центра по непрерывному
медицинскому и фармацевтическому
образованию Минздрава России

Проводит прием абитуриентов для обучения
по специальностям:

– «Стоматология ортопедическая» на базе 11 классов,
форма обучения дневная, обучение платное и бесплат-
ное, 2 г. 10 мес.

Экзамены: русский язык (диктант), химия (письменно), леп-
ка.

– «Сестринское дело» на базе 11 классов, форма обуче-
ния дневная – 2 г. 10 мес., и вечерняя – 3 г. и 3 мес.

Экзамены: русский язык (диктант), биология (устно).

– «Фельдшер» для лиц имеющих медсестринское и аку-
шерское образование,

срок обучения 10 месяцев, обучение платное.

– «Косметика и визажное искусство» обучение на базе
11 классов, срок обучения 2 г., обучение платное.

Собеседование.

– Курсы по «Косметологии», срок обучения 3 и 6 мес.;
обучение платное.

Документы принимаются с 1 июня.

Работают платные подготовительные курсы.

Телефон подготовительных курсов: 465-73-78.

Адрес подготовительных курсов: м. Первомайская, ул. Пер-
вомайская д. 117 (вход со двора).

Адрес колледжа: 107564 г. Москва, ул. Лосиноостровская д. 2,
м. Сокольники, авт. 75 до остановки «Учебный центр Минздра-
ва».

Телефоны: 963-83-01, 963-77-77.



109240, Москва, ул. Николаямская, д.21/7, офис 36
Тел./факс: (095) 915-23-03, 915-49-99
Тел.: (095) 540-06-42, 540-06-43, 109-13-30
E-mail: info@infomedfarm.ru, www.infomedfarmdialog.ru

МЕРОПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-ВЫСТАВОЧНОГО АГЕНТСТВА
«ИнфоМедФарм Диалог» на первое полугодие 2004 года.
Место проведения: здание Правительства Москвы

24–25 марта

Вторая научно-практическая конференция: «Внутрибольничные
инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, ле-
чение осложнений».

13–14 апреля

Международный форум «Неотложная медицина в мегаполисе»

19–20 мая

Вторая научно-практическая конференция: «Фармакологические
и физические методы лечения в оториноларингологии»

29–30 июня

Вторая научно-практическая конференция:

«Безопасность больного в анестезиологии-реаниматологии»

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

Главный редактор 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

Отпечатано в типографии издательства «Красная Звезда»
Подписано в печать 25.02.2004 г. Объем 1 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ №