

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 9-10
1999

НАУКА И ПРАКТИКА

Научный центр
здоровья детей
РАМН

- хирургия
- последствия
йодного дефицита
- аллергия

СТР. 3–11

Лекарства

СТР. 12–16

ИСТОРИЯ

СТР. 17



*А. А. Баранов, профессор, академик РАМН, директор
НЦЗД, председатель исполкома Союза педиатров
России :*

*«Сегодня встает вопрос о том, что нужно менять
систему образования педиатров, нужно переучивать
тех, кто уже закончил институт. Огромная
работа! А наша задача – дать для этого
методическое обеспечение».*



МЕДИЦИНА
И
ИСКУССТВО

СТР. 18–19

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПЕДИАТРОВ РОССИИ



Союз педиатров России и Научный центр здоровья детей и подростков РАМН провели научно-практическую конференцию, посвященную болезням органов дыхания у детей. Она состоялась 21–22 сентября в Центре международной торговли на Красной Пресне. Об организационной стороне деятельности Центра и Союза педиатров нам рассказал зам. директора

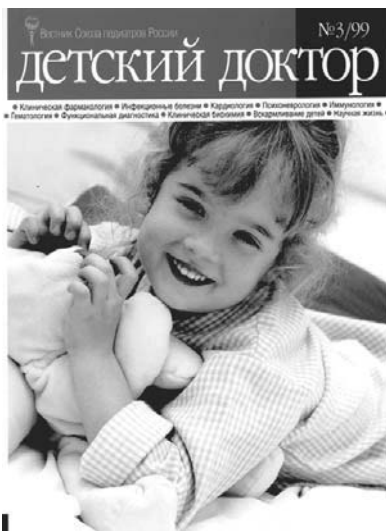
Центра по научной работе профессор Борис Самуилович Каганов.

– Союз педиатров и Центр, возглавляемый академиком А. А. Барановым, регулярно проводит мероприятия, направленные, с одной стороны, на просвещение врачей, а с другой – на информирование населения. Сейчас мы говорим о мероприятиях, которые касаются профессиональной деятельности врачей. Два раза в год мы проводим конгрессы или конференции. В начале этого года, в феврале, состоялся конгресс «Здоровый ребенок», а в сентябре – научно-практическая конференция, посвященная болезням органов дыхания у детей. В будущем, 2000 году, в феврале, пройдет конгресс по неотложным состояниям у детей, а в конце года – конференция по фармакотерапии в педиатрии. Таким образом, мы говорим о серии научных форумов, посвященных актуальным вопросам педиатрии.

В конференции, прошедшей в сентябре, участвовали ведущие детские пульмонологи страны, число участников превысило 2000 человек. В рамках конференции прошла презентация нового педиатрического журнала, вестника Союза педиатров России – «Детский доктор». Первый номер этого издания вышел в феврале 1999 г. Планируется выпускать по шесть номеров в год. Журнал прекрасно оформлен и содержание

его становится все интереснее, в нем публикуются статьи ведущих педиатров. По тиражу (10000 экз.) он превосходит все остальные педиатрические журналы.

Читайте электронную версию журнала в Интернете на медицинском сервере www.medi.ru/pediatr.



VI Конгресс педиатров России «Неотложные состояния у детей»

Дата и место проведения:
15–17 февраля 2000 г.

Москва, Государственный Центральный концертный зал «Россия» (ул. Варварка, 6)

Темы для обсуждения:

- Пути снижения смертности при неотложных состояниях у детей
- Профилактика случаев внезапной смерти у детей
- Алгоритм лечения тяжелых и гипертонических форм инфекционных болезней у детей
- Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах в городе и на селе детям и подросткам, нуждающимся в неотложной терапевтической и хирургической помощи: при природных и техногенных катастрофах, войнах и террористических актах, огнестрельных ранениях, краш-синдроме, дорожно-транспортной травме, ожогах, черепно-мозговой травме, травматическом, анафилактическом и инфекционно-токсическом шоке
- Терапия различных видов комы, острой дыхательной недостаточности, отравлений
- Интенсивная терапия отека мозга, гипертермии, токсико-аллергических реакций, токсико-дистрофического синдрома у детей с острыми кишечными инфекциями, острой печеночной недостаточности, массивного кровотечения, ДВС-синдрома, острой кишечной непроходимости, тяжелых форм гнойной инфекции и сепсиса, острой почечной недостаточности, полиорганной недостаточности, артериальной гипертензии, пароксизмального синдрома (эпилептического и иного генеза)
- Показания к инфузионной терапии, церебральной гидратации, экстракорпоральной детоксикации, баротерапии и методы их проведения при неотложных состояниях у детей
- Фармакотерапия неотложных состояний у детей
- Медицинская техника, используемая при неотложных состояниях у детей

Информацию о Конгрессе можно получить ежедневно с 11 до 16 часов (время Московское) по телефонам (095) 230 2996, 238 3000 и электронной почте roshal@chs.ru.

По вопросам участия в 7-й Международной выставке «Здоровье матери и ребенка-2000», которая будет проходить параллельно с VI Конгрессом педиатров России, обращаться по телефону: (095) 967 0893 или по адресу: 123610, Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли.

Научный центр здоровья детей РАМН объявляет прием на коммерческой основе в клинику ординатуры, аспирантуру, докторантуру по специальностям «Педиатрия» и «Детская хирургия».

За справками обращаться по адресу: 117296, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, Научный центр здоровья детей РАМН.
Тел.: 134 2396, 134 2311.

Союз педиатров России является правопреемником Всероссийского общества детских врачей. Эта общественная профессиональная организация объединяет сегодня более 20000 педиатров, имеет региональные отделения в 45 территориях Российской Федерации. Союз считает своими главными задачами содействие развитию педиатрической науки, совершенствование системы охраны здоровья детей и повышение квалификации кадров.

Наш корреспондент беседует с председателем исполкома Союза педиатров России директором Центра здоровья детей РАМН академиком РАМН А. А. Барановым.



Пусть крепнет наш Союз

– Александр Александрович, Союз педиатров существует два с половиной года, что удалось сделать за это время и каковы планы на перспективу?

– Сегодня практически все крупные мероприятия, которые проводятся в России по линии педиатрической службы, организуются именно Союзом педиатров. Мы работаем в очень тесном контакте с Министерством здравоохранения, с Российской академией медицинских наук, с комиссией по материнству, детству и демографии при Президенте России. За это время нам удалось провести пять Конгрессов педиатров – такая накопилась нужда в общении! По линии Союза осуществляется целый ряд очень крупных научно-практических проектов. И здесь новым является то, что нам удалось заинтересовать и привлечь к работе крупные фирмы – производители лекарств и средств ухода за детьми, которые финансируют эти проекты. Вот некоторые примеры.

Фирма «Procter & Gemb», разрабатывая новые подходы к технологиям ухода за кожей ребенка, предложила Союзу педиатров осуществить проект, реализованный недавно в Европе. Мы сумели укрупнить его, и вот уже более двух лет ведем программу по апробации всех средств ухода за кожей детей раннего возраста и новорожденных, которые появляются сегодня на рынке. Эта программа предусматривает большой организационный эксперимент, к которому привлечен целый ряд поликлиник и научных учреждений. Что для нас оказалось неожиданным, так это тот огромный интерес, который вызывает программа у родителей и врачей. В ходе работы удалось провести необходимые научные исследования, а фирме – получить квалифицированное мнение ведущего научного учреждения в отрасли.

Сейчас имеется целый ряд аналогичных предложений. В июне была утверждена новая программа Союза педиатров, которая будет осуществляться совместно с Научным

центром здоровья детей и пятнадцатью научными учреждениями, в том числе Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Новосибирска, Нижнего Новгорода и других, по atopическому дерматиту у детей. Раньше это заболевание у нас в стране называли *экзудативный диатез*, но теперь все специалисты мира пришли к унифицированному названию, как бы подчеркивая аллергическую природу процесса. Страдают этим заболеванием в различных регионах от 15 до 25% детей, но, к сожалению, эффективность лечения достаточно низка. Беда в том, что и педиатры, и дерматологи, и даже аллергологи недостаточно хорошо знают проблему. Наша задача – объединить усилия всех этих специалистов и выработать единую тактику диагностики и ведения этих больных, создать национальную концепцию их лечения. Целый ряд фирм изъявили желание участвовать в этой программе, в частности, фирмы «Шеринг», «Шеринг-Плау», «Нестле». Поскольку почти 90% детей с atopическим дерматитом имеют те или иные проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта, лор-органов, неврологии, мы привлекаем специалистов разных профилей. Это проблема междисциплинарная, и только Союз педиатров и Научный центр охраны здоровья детей могут взвалить ее на свои плечи и попытаться решить. Программа рассчитана примерно на полтора года, и завершится она обобщенными материалами, которые будут рассмотрены на Исполкоме Союза педиатров, а в последующем и на Съезде педиатров.

Еще одна проблема – дефицит йода в биосфере. Россия – зона эндемичная по этому показателю, и, поскольку проблема уже давно вышла за рамки чисто медицинской, решать ее тоже надо комплексно. Кроме исследовательского интереса, нужны уже и практические действия, которые позволят бороться с последствиями этого дефицита. Надо смотреть вперед – всерьез заняться групповой и индивидуальной профилактикой, особенно

среди беременных женщин, нужен комплекс реабилитационных мер по ликвидации последствий дефицита йода. Целый ряд фирм – производителей продуктов питания и лекарственных средств готовы подключиться к реализации этой программы.

Совсем новой для педиатрии является проблема дефицита кальция. Мы обратили внимание на то, что в последние годы идет бурный рост числа заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. За последние пять лет количество их увеличилось в два с половиной раза.

Когда мы провели массовые эпидемиологические исследования, выяснилось, что более чем у 40% детей имеются те или иные формы остеопении, а у 7% подростков – остеопороз, который мы всегда считали болезнью пожилого возраста. Возможно, причина этого явления кроется в изменении экологии, либо, что проще понять и на что можно повлиять – в нерациональном питании, которое ведет к нарушению фосфорно-кальциевого обмена. Мы разработали программу и предложили ее для Министерства науки и для города Москвы. Миннауки, к сожалению, средств не нашло, а Москва готова к сотрудничеству. И опять мы вынуждены обратиться за помощью к производителям продуктов питания. Фирма «Данон» дала согласие участвовать в финансировании этой программы и, понимая важность ситуации, будет предлагать на российский рынок продукты, обогащенные кальцием.

Все эти программы, наряду со взносами, позволяют развивать деятельность Союза педиатров. К сожалению, фундаментальная наука сейчас перестала финансироваться государством, бюджет очень ограничен. Поэтому проводимая нами политика и для будущего нужна – поддерживать фундаментальную науку путем получения заказов от ряда организаций и фирм для проведения именно таких исследований, которые были

бы полезны не только заказчику, но и нам бы давали возможность удовлетворять свой научный интерес. Главное к чему мы стремимся – эти программы должны иметь четкую практическую направленность.

– Научный коллектив, который вы возглавляете, раньше назывался Институтом педиатрии РАМН, а теперь он стал Научным центром здоровья детей. Что стоит за этим переименованием?

– Центр организован из двух институтов – Института педиатрии и Института гигиены и охраны здоровья детей и подростков. Чем это было обусловлено? Вы знаете, что Россия присоединилась к Конвенции о правах ребенка, согласно которой детьми считаются индивидуумы до 18 лет. Поэтому мы сочли необходимым поставить вопрос об объединении подростковой и детской службы в одну. Этот вопрос долго рассматривался на уровне Правительства и Минздрава, но наконец-то было принято решение о создании единой системы наблюдения за детьми от 0 до 18

лет. Вторым шагом было решение Минздрава (Приказ № 104 от мая 1999г), которое гласит, что создается система единого наблюдения за этим контингентом. Теперь разрешено до 18 лет не передавать детей во взрослую поликлинику, но это изменение пока не касается стационара.

Такое решение кажется простым только на первый взгляд. Здесь нужна новая идеология детской поликлиники, новая ее структура. Ведь имеющаяся подростковая служба создавалась в 30-е годы под две цели – профтехобразование и армия. Пять миллионов подростков наблюдали всего две с половиной тысячи подростковых врачей, из которых большинство – пенсионеры. Перед армией юноши обследовались, мягко говоря, однобоко, а девушками вообще никто не занимался. Системы оздоровления и профилактики не было никакой! Сегодня встает вопрос о том, что нужно менять систему образования педиатров, нужно переучивать тех, кто уже закончил институт. Огромная работа!

А наша задача, как научного центра – дать для этого методическое обеспечение.

– Какие медицинские проблемы возникли у вас в связи с этим?

– Ну, например, проблемы асоциального поведения – наркомания, алкоголизм, болезни, передающиеся половым путем. Педиатр первым сталкивается с этими аномальными явлениями, ведь они встречаются теперь не только у подростков, но и у детей, начиная с 12-ти лет! Хотим мы или не хотим, а будем заниматься этими проблемами. Не зарывать же, подобно страусам, голову в песок. Здесь еще и проблемы, связанные с нарушениями психического развития подростков, уходящие корнями в перинатологию. Вопросы психоневрологии, психологической помощи – все-таки этому нужно уделять гораздо больше внимания – это тугой узел. Мы сейчас ведем большую работу по созданию мощного лечебно-диагностического центра для детей и подростков. Подробнее о нем вам расскажет мой заместитель В. И. Резайкин.



Заместитель директора Научного центра здоровья детей РАМН, к. м. н., заслуженный врач РФ В. И. Резайкин:

– Этот Центр создается по утвержденной Минздравом РФ программе. Речь идет о реконструкции и капитальном ремонте здания, которое пять лет пустовало. Там около 4 000 кв. метров площади. Уже заменена вся инженерная начинка, полным ходом идут отделочные работы. Подразделение,

Новый консультативно-диагностический центр для детей и подростков

которое мы хотим там разместить, будет обслуживать детей и подростков до 18 лет. Таким образом, исполняется решение коллегии Минздрава РФ о переходе подростков в детскую сеть. К концу ноября Центр будет сдан под ключ.

Конечно, для организации такого центра необходимы немалые средства. Сейчас нам очень активно помогает Правительство РФ, Минздрав, федеральный Фонд обязательного медицинского страхования.

Мы планируем оснастить центр самым современным оборудованием, на эти цели нам выделен многомиллионный американский кредит. Там будут представлены все специалисты: гинеколог, уролог, невропатолог, психиатр, дерматовенеролог, косметолог и др. Госпитализировать подростков будут во взрослые больницы – детские стационары к этому не приспособлены. Конечно, у открывающегося диагностического центра кроме лечебно-консультативной функции будет и методическая – мы должны помочь детским поликли-

никам страны адаптироваться к их новой функции.

Новый диагностический центр – это наша перспектива. А в настоящее время мы на старой базе активно работаем по расширению дополнительных (платных) медицинских услуг, ибо бюджетное финансирование обеспечивает 8–10% потребностей НЦЗД. Это касается и амбулаторного приема, и стационарной помощи – у нас есть даже дневной стационар. Реализуются образовательные программы (тематические циклы для педиатров различных специальностей), которые завершаются выдачей сертификатов. Успешно работает центр вакцинопрофилактики – прививаем от гепатита, гриппа и других инфекционных заболеваний.



Научный центр здоровья детей (НЦЗД) Российской АМН создан по решению правительства в 1997 году путем слияния двух однопрофильных НИИ. Сегодня это головное научное учреждение для решения фундаментальных и прикладных задач в области охраны здоровья детей и подростков.

Ежегодно более 40 тысяч детей из разных регионов страны проходят обследование, консультируются и лечатся в его 15 клиниках, научно-поликлиническом отделении и дневном стационаре. Как правило, это тяжелейшие больные, требующие особых методов диагностики и уникальных способов лечения.

Здесь работают 750 научных сотрудников, из которых три академика РАМН, 75 докторов (45 профессоров) и 107 кандидатов медицинских наук. Среди приоритетных направлений исследований – научные программы по влиянию окружающей среды на здоровье детей, биологическим основам болезней растущего организма, проблемам роста и развития здорового ребенка, особенностям болезней растущего организма и другие.

Учеными НЦЗД издано около 300 монографий, руководств для врачей, справочников и учебников, подготовлено 206 докторов и 860 кандидатов медицинских наук, получено 66 авторских свидетельств и патентов на изобретения. Комитетом по грантам при Президенте РФ Институт педиатрии НЦЗД РАМН на конкурсной основе признан ведущей научной школой. Ученые центра принимают участие в важнейших федеральных и региональных программах по своей тематике.

Хирургия: традиции и новаторство

Посвятив даже целый номер газеты деятельности НЦЗД, мы не смогли бы рассказать обо всем многообразии его научной и практической деятельности. Темы наших сегодняшних бесед – лишь прикосновение к наиболее острым или, наоборот, «хроническим» проблемам педиатрии.

Соблюдая субординацию, первая беседа с главным врачом Центра.

Константин Николаевич Баранов по специальности хирург. Поэтому, рассказывая о деятельности Центра, этому направлению он уделит внимания больше, чем другим. Надеемся, что коллеги не обидятся.

– Коло-проктологическое направление в нашем институте возглавляет Заслуженный деятель науки профессор Алексей Иванович Лёнюшкин. По сути, это первый детский проктолог в стране – единственный человек в мире, сделавший более 600 операций по поводу болезни Гиршпрунга! Его именем названа операция – Соаве-Лёнюшкина. Школа профессора Лёнюшкина – это более 50 докторов и кандидатов наук, которые работают не только в России, но и по всему СНГ.

Наши хирурги изначально занимаются тем, чем в других местах заниматься не хотят. Это коррекция врожденных аномалий органов малого таза и кишечника у детей разного возраста – от новорожденных до подростков. Атрезии кишечника, клоаки, аномалии развития половой сферы у девочек и мальчиков, болезнь Гиршпрунга. Новорожденных, впрочем, мало – это экстренная хирургия. Мы больше занимаемся плановым лечением. В чем сложность? К нам поступают дети уже многократно и неэффективно прооперированные по месту жительства. Часто приезжают, даже из Москвы, в очень тяжелом состоянии, запущенные, с каловой интоксикацией.

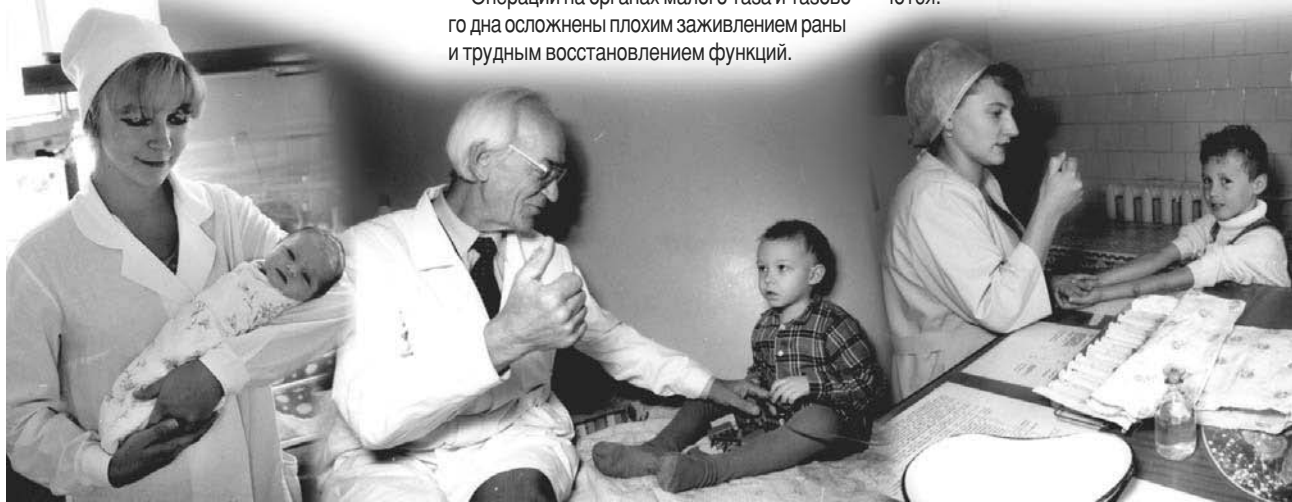
Операции на органах малого таза и тазового дна осложнены плохим заживлением раны и трудным восстановлением функций.



Несмотря на то, что этими проблемами занимаются различные гастроэнтерологические и хирургические клиники, пожалуй, только у нас выработана концепция их диагностики и лечения.

Что же лежит в основе большинства функциональных запоров у детей? Одна из причин – неправильное вскармливание или нарушения в питании при переходе от грудного вскармливания к искусственному. Если это вовремя не скорректировать, то нарушается перистальтика, изменяется ферментативный состав химуса.

Более сложная ситуация – нейрогенное поражение ганглиев кишечной стенки, возникающее после гипоксии в родах. Вершина этого состояния – болезнь Гиршпрунга, но есть масса переходных форм. Иногда ребенок не жалуется на запоры, но малейший сбив – стресс, применение антибиотиков – и запоры появляются.



Очень опасную роль играет ферментативное нарушение внутрипросветного содержимого. Это бывает при сочетании патологии желчных путей, поджелудочной железы и внешних факторов, из которых главный – необоснованная и массивная антибиотикотерапия.

И последняя группа – аномалии развития толстой кишки. Мы различаем аномалии и варианты развития, которые возвращаются к норме с ростом ребенка. До 12–15 лет мы очень осторожно подходим к применению хирургического лечения: далеко не все надо оперировать – достаточно консервативно корригировать. Это – комплексная работа. С ребенком, кроме хирурга, работают гастроэнтерологи и диетологи.

Что входит в консервативное лечение? Прежде всего, адекватная подготовка больных – очистительные клизмы, санация кишечника. Затем – правильно подобранная диета – большое количество клетчатки, продукты, способные набухать, чтобы наполнить кишечник влагой, и он заработал на объем. Здесь очень хороши отруби, овощи и фрукты, обладающие послабляющим эффектом. Различные смеси – сухофрукты, отвар чернослива. Мы часто даем отруби с Нормазе. Этот сироп, кроме послабляющего эффекта, еще и улучшает пристеночное кишечное пищеварение. Неплохо себя зарекомендовал Хилак-форте (возрастная дозировка в каплях).

Нами разработана и целая система клизм. Здесь главное не переусердствовать: не надо часто мучить ребенка, только при задержке стула более суток, когда формируется травмирующая кишку каловый комок, показана клизма 1% раствором поваренной соли. Если в основе запора спастика, клизма должна быть теплой, 37–38 градусов, а при атонии лучше пользоваться растворами комнатной температуры.

Кроме очистительных клизм, мы применяем так называемый метаболитный комплекс: кокарбоксилаза, липоевая кислота, глицин-лемонтан, который усиливает перистальтику. Физиотерапия у нас уникальна и защищена патентами: криомассаж брюшной стенки, инфракрасная лазеротерапия – прогревание по нескольким точкам, электростимуляция кишечника – методика, разработанная профес-

сором Лёнюшкиным и его учениками. Эти процедуры усиливают кровообращение, улучшают перистальтику кишечника, стимулируют работу мышц и органов таза. Все это дополняем ЛФК, массажем и другими мероприятиями. В результате, по крайней мере, у 75–80% детей мы добиваемся полного излечения, не прибегая к скальпелю.

Занимаемся мы проблемой, имеющей кроме медицинского и социальный аспект – недержание кала. Разработаны оригинальные операции, укрепляющие сфинктер прямой кишки и создающие новый анальный жом из других местных мышц. Результаты неплохие: большую часть детей мы от социальной изоляции спасаем.

Другая направленность хирургической клиники – торакальная хирургия. Занимается этим Галина Дмитриевна Сотникова, хирург из клиники профессора Стручкова. Она оперирует пороки развития легких, занимается и уникальной бронхоскопией.

Третье направление хирургического стационара – хирургия печени и желчных путей (д. м. н. Владимир Михайлович Синякович). Проводятся уникальные, защищенные патентами, операции на печени, желчных путях, желчном пузыре, селезенке и сосудах билиарной

системы. Больные сюда поступают очень тяжелые, некоторые чуть ли не в терминальной стадии.

И, наконец, отделение урологии, тоже имеющее большую историю. Ведь занимаются этой проблемой с первых дней существования института. Сейчас отделением руководит доктор медицинских наук Сергей Николаевич Зоркин. Вокруг него собрался коллектив энтузиастов. Основные направления – аномалия развития почек, различные гидронефротические трансформации, аномалии развития мочеточников, мочевого пузыря, наружных половых органов. Разработаны эффективные и щадящие методы обследования, внедряются эндоскопические операции. Обследуются и лечатся дети с недержанием мочи органического и функционального генеза. При хирургической клинике НЦЗД функционирует кабинет экстракорпоральных методов лечения – плазмозферез, УФО крови. Кстати, к нам имеет прямое отношение так называемый «детский СКЛИФ» – отделения на базе ГКБ № 20. Там работает профессор Леонид Михайлович Рощаль, который является родоначальником использования лапароскопических методов оперативных вмешательств у детей, в том числе лапароскопической аппендэктомии.

Кальций, йод и другие микроэлементы

Одним из направлений научных исследований ученых Центра является разработка технологий лечения заболеваний, связанных с нарушением экологии, и, как следствие, минерального и микроэлементного питания. Об этом беседа с заместителем директора Центра по науке, доктором медицинских наук профессором Ларисой Александровной Щеплягиной.

– Лариса Александровна, в последнее время вновь стали много говорить о влиянии микроэлементов и минералов на здоровье подрастающего организма. Тема не новая, но вдруг ставшая актуальной. Почему?

– О влиянии микроэлементов на организм специалисты и не переставали говорить. В то же время, на мой взгляд, им уделяется недостаточно внимания. Может быть, чуть больше было известно о железе и связанной с ним анемии – анемии беременных, детей раннего возраста. Роль других микроэлементов, как правило, мало известна. Врачи недостаточно знакомы с их влиянием на физическое и психическое развитие ребенка, возможность прогрессирования заболеваний.

За последние годы анализ состояния здоровья детей выявил целый ряд медико-соци-



альных проблем, достаточно неожиданных. В первую очередь это: учащение нарушений иммунитета, бесплодия, нарушений нервно-психического развития, увеличение частоты инфекционной патологии. В чем причины? Наверное, их много. Но есть одна, которую давно забыли. А она проста и доступна для устранения. Лет тридцать в России не проводили йодную профилактику. В то же время до 70% ее территории эндемичны по зобу, имеют дефицит йода в окружающей среде. К счастью, у нас нет таких территорий как в Африке, с тяжелым дефицитом йода, где кретинизм является доминирующим состоянием. Но прекращение йодной профилактики привело к заметным медико-социальным последствиям. А ведь профилактика так проста. Даже в деревнях, бывало, знали – корове надо бросить кусок каменной соли, богатой йодом, чтобы мясо и молоко годились в пищу.

Но мы так устроены, что можем отказываться от доступного, а потом ищем сложное решение старых проблем. В 1967 году, когда зоба стало мало, решили, что эта проблема перестала существовать, и отказались от йодной профилактики, разрушили систему противозобных диспансеров. Но коварство недостаточного микроэлементного питания в том и состоит, что изменения, вызываемые их дефицитом или избытком, возникают не вдруг. Да, долгие годы все было незаметно. Но, когда грянул Чернобыль, эксперты не могли понять: почему после облучения у всех так рано возникла патология щитовидной железы? Ведь в Японии она проявилась лишь спустя десять лет после атомной бомбардировки. Тогда-то мы и вспомнили о том, что пострадавшие территории эндемичны по зобу, и о том, что после долгих лет перерыва надо возвращаться к йодной профилактике. Достаточно жестко это прозвучало в начале 90-х годов: специалисты МАГАТЭ рекомендовали России решать эти проблемы в первую очередь.

Мы провели широкие эпидемиологические исследования и установили весьма напряженную ситуацию в сфере соматического здоровья подростков, становления их репродуктивной функции, интеллектуального развития. Стали смотреть зарубежную литературу, сверять полученные данные с мировым опытом и оказалось, что зоб далеко не безобидная патология: из-за него страдают и иммунитет, и весь комплекс механизмов адаптации. И это понятно: щитовидная железа – центральный орган, ответственный за приспособительные возможности детского организма. Стало ясно, почему с увеличением числа людей с зобом, который теперь иногда обнаруживают даже у новорожденных, ухудшается общее здоровье популяции. Сегодня нарушения здоровья, связанные с йодным дефицитом, чаще встречаются на фоне стертых субклинических форм гипотиреоза, и они имеют склонность к хроническому течению.

Эти данные явились вторым толчком к тому, чтобы наш Центр решил более углубленно заниматься этой проблемой. Под руководством А.А. Баранова было выполнено несколько диссертаций, в том числе и моя докторская, в которых исследовалась взаимосвязь между эндемическим зобом и физическим и интеллектуальным развитием детей и подростков. Эти исследования проводились в Чувашии, в Саратове, Московской области и ряде других территорий. Учитывая распространенность эндемического зоба у детей и подростков России, проблема, связанная с йододефицитом, рассматривается как одна из влияющих на формирование общественного здоровья.

В эндемичных зонах нарастает отставание детей в росте, есть некий непонятный рост перинатальной энцефалопатии, увеличивается число неуспевающих школьников и т. д. Поскольку принятие решений на федеральном уровне дело всегда не очень быстрое, мы решили разработать программу, которая позволит обосновать проведение йодной профилактики в различных критических группах: дети разного возраста, в том числе первых трех

лет жизни, подростки, беременные и кормящие грудью женщины. Сейчас эта программа осуществляется в трех регионах – в Смоленской, Саратовской и Московской областях. Этой работой мы хотим показать значение групповой профилактики для снижения медико-социальных последствий прекращения йодной профилактики. На этом фоне надо развивать работу по пропаганде йодированной соли. Для получения эффекта надо охватить как минимум 90% населения региона. Тогда, лет через пять – десять, можно улучшить показатели.

А что делать с теми, кто уже сегодня страдает? За ними надо тщательно наблюдать и в ряде случаев лечить. Наиболее сложна группа детей раннего возраста: им до года соль вообще давать нельзя, до трех лет – только небольшое количество. Единственный источник йода для этой возрастной группы – грудное молоко. Исследовав грудное молоко у женщин из йододефицитного региона, мы обнаружили, что оно, более чем у 40% женщин, не имеет необходимого количества йода, то есть, его недостаточно для нормального роста и развития ребенка. Значит, надо проводить профилактику пренатальной задолженности по этому микроэлементу: создать цепочку, которая обеспечит к началу беременности достаточное количество йода в организме женщины для того, чтобы и ребенок получил необходимое, и сама мать не страдала.

Нехватка йода в женском организме выражается чаще всего в заболевании щитовидной железы. Иногда могут появляться неспецифические симптомы: вялость, неважное самочувствие, плохая кожа, ломкость ногтей и т. п. Эти симптомы должны настораживать как саму беременную женщину, так и акушера-гинеколога, терапевта и эндокринолога.

Особого внимания требуют подростки, которые в силу своих особенностей имеют очень сложный метаболизм йода, поэтому для них должен быть отработан особый способ компенсации. Все это изучается с глубоких научных позиций.

Поговорим об интеллектуальном развитии школьников. Во многих территориях оно сейчас снижено. В настоящее время важно выде-



лить факторы, нарушающие познавательную сферу, уточнить изменения, определяющиеся дефицитом микроэлементов, в первую очередь йода. Ведь их доля среди неуспевающих – до 60%. Упустить возможность коррекции интеллектуальной сферы – значит потерять интеллектуальный потенциал в последующие годы.

Другая проблема, возникшая как бы неожиданно, касается одного из ведущих минералов живого организма – кальция. Мы раньше считали, что остеопороз – проблема пожилого возраста, объясняется гормональными изменениями в постменопаузальный период. Оказалось, что это совсем не так! Уже в детском и подростковом возрасте наблюдаются явления остеопении и остеопороза. К этому привело изменение структуры питания – мы стали меньше есть молочных продуктов, не употребляем в пищу продукты, способствующие усвоению кальция. Кроме того, нарастает гиподинамия, которая ведет к уменьшению мышечной массы и снижению плотности костной ткани, изменяется пик накопления костной массы. Возможно, на этот процесс влияет учащение гормональных нарушений у подростков, которые у пятнадцатилетних характеризуются гипострогенемией, что напоминает процессы, возникающие в постменопаузальном периоде. Развитию остеопении способствует и возросшее число гастроудоденитов. Уменьшение двигательной активности в школе и дома также ведет к гипокальциемии.

Когда у нас в клинике появился прибор денситометр, мы убедились, что остеопения стала ведущей причиной роста нарушений опорно-двигательного аппарата у школьников. В настоящее время уже с трех лет диагностируется нарушение осанки, сколиозы. До 40% детей имеют риск этих болезней в связи с остеопенией. Так обозначилась проблема, ко-

торую надо изучать углубленно и на высоком научном уровне, создавать конкретные методы предупреждения кальциевого дефицита и лечения его последствий. Такая программа нами разработана, ее реализация уже началась.

Разумеется, перечисленные проблемы не исчерпывают всего круга вопросов, связанных с дисбалансом микроэлементов и минералов, но они наглядно показывают их роль в здоровье нации и важность научной разработки подобной тематики.

Как лечат аллергию

Аллергические болезни у детей – проблема для врачей-интернистов весьма актуальная. Число этих болезней растет, регистрируются все более тяжелые формы. Член-корреспондент РАМН профессор Иван Иванович Балаболкин руководит аллергологическим отделением. Вот что он рассказал:

– Распространенность данной патологии за последние два десятилетия увеличилась приблизительно в два раза, считается, что ею страдает 25–30% взрослого населения. Тяжелыми формами болезни у детей являются бронхиальная астма, atopический дерматит, аллергический ринит, поллинозы. Среди аллергических реакций наиболее значимой является пищевая, лекарственная и инсектная аллергия, которая в ряде случаев становится причиной развития тяжелых состояний.

– На какие продукты, лекарства чаще всего бывает реакция?

Наиболее частой причиной развития аллергических заболеваний является сенсибилизация организма пищевым аллергеном в раннем возрасте. Она ведет к развитию кожной аллергии – atopическому дерматиту, рецидивирующей крапивнице, отеку Квинке. Весьма распространена сенсибилизация к аллергенам коровьего молока, рыбы, citrusовых. Из лекарств наиболее значимы препараты пенициллинового ряда, сульфаниламиды, анальгин, амидопирин и др. Аллергические реакции, обычно в форме сыпи, регистрируются и на прием поливитаминных препаратов, реже – на чистые формы витаминов.

– Каковы принципы лечения различных аллергических состояний?

– Во всем мире примерно одинаковые: первый – исключение из окружения большого аллергена, ответственных за развитие реакции, второй – повышение уровня знаний родителей об особенностях развития этой патологии, третий – использование арсенала современных фармакологических средств, позволяющих снять острые проявления аллергии и предупредить их развитие. Превентивная, противорецидивная терапия основана на использовании противоаллергических препаратов широкого спектра действия. К таким препаратам относятся, например, задитен, кларитин. Они позволяют стабилизировать мембраны тучных клеток и предотвратить образование медиаторов и их выделение в ткани. Четвертое направление, которое в аллергологии сегодня является ведущим, это иммунотерапевтические подходы к лечению, и, в частности, внедрение методов специфической иммунотерапии. В нашей клинике разработаны неинвазивные методы аллергеноспецифической терапии – пероральной, сублингвальной, эндоназальной иммунотерапии. В чем их особенность?

Например, чтобы получить противорецидивный эффект с помощью традиционных препаратов, их нужно применять за несколько дней до возможного обострения, и в некоторых случаях результат будет достигнут не раньше, чем через три–четыре недели. Это неудобно: можно опоздать. Смысл иммунотерапии заключается в том, что в организм, тем или иным способом, вводятся причиннозначимые аллергены, то есть, аллергены, влияние которых доказано в ходе болезни. Сначала в минимальных концентрациях, которые в последующем повышаются до достижения дозы, позволяющей держать больного в ремиссии.



Аллергены готовят в институте вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова (домашняя пыль, аллергены библиотечной пыли), в Ставрополе (пыльцевые аллергены), в Казанском НИИ эпидемиологии и микробиологии (бактериальные и грибковые). Вообще, в России есть все необходимые условия для производства любых аллергенов. К сожалению, эти предприятия сейчас испытывают некоторые финансовые трудности, но эти вопросы решаемы. Отечественные аллергены ничуть не хуже импортных: они также разработаны на базе высоких технологий, но стоят гораздо дешевле. Аллерген представляет собой вытяжку, водно-солевой экстракт из соответствующего субстрата. Так, клещевой аллерген представляет собой экстракт из хитинового покрова насекомого.

Для детей наиболее значимые аллергены – пищевые, лекарственные, клещей домашней пыли, плесневых грибов, аллергены животных, из которых наиболее опасны кошки и собаки – особенно их эпидермис и волосы. В ряде случаев уже при первом контакте с животным может появиться насморк, кашель, затрудненное астматическое дыхание. При выраженной аллергии достаточно погладить животное, чтобы на коже появились волдыри. Есть аллергия к тараканам, которая проявляется аллергическим ринитом, астмой. Появилась аллергия на жевательную резинку, связанная с гиперчувствительностью к латексу. У медицинского персонала, работающего в перчатках, может появиться аллергия к компонентам резины. Появляется сыпь на руках, вплоть до экземы.

В России недавно появилась еще одна проблема – аллергия к экзотическим фруктам. Организм людей в нашей стране адаптирован к фруктам и овощам своей полосы, а киви, ананасы часто вызывают различные аллергические реакции. Состав пищевых аллергенов для разных стран разный: в США, например, самый распространенный аллерген – арахис.

– Как снизить вероятность возникновения аллергического заболевания у ребенка?

Обеспечить менее «аллергенный» образ жизни. Из рациона питания матери во время

беременности нужно исключить употребление шоколада, citrusовых. Она должна избегать некоторых лекарств, скажем, пенициллинового ряда, сульфаниламидов, а значит, стараться не болеть в первую половину беременности простудными заболеваниями. К управляемым причинам относится курение. Доказано, что если мать во время беременности курит, развитие аллергии у рожденного ею ребенка усиливается. После рождения ребенка надо избегать контактов с аллергенами, хотя это и не всегда просто. Существует и поливалентная сенсибилизация, но при ней можно вычленить аллергены, играющие наибольшую роль в развитии процесса. Это важная задача для аллерголога. Аллергены выявляют путем анамнеза, постановки кожных проб, использования провокационных проб. Сейчас научились определять наличие аллергических антител (иммуноферментный анализ, радиоаллергосорбентный тест). Это позволяет существенно уточнить диагноз, но в каждом конкретном случае результаты анализа надо сопоставлять с реалиями жизни, то есть с данными анамнеза. Единственный минус этих диагностических систем – высокая стоимость

– Врачи отоларингологи знают, как трудно лечится аллергический ринит. Ваш взгляд на эту проблему?

– Не очень пессимистичен. Во-первых, острые проявления аллергического ринита у детей можно снять и восстановить носовое дыхание. Конечно, не только с помощью сосудосуживающих средств. Нужны препараты широкого противоаллергического спектра действия – противовоспалительные нестероидные, на основе интала (ламизол), и стероидные, которые позволяют снять воспаление слизистой (беканаза, флексоназе, кортизон). Сейчас появились препараты и местного антигистаминного действия (гистемет, аллергодил), весьма эффективен метод специфической иммунотерапии. Следует применять и физиотерапию – иглорефлексотерапию, электропунктуру. Существует также метод хирургического удаления аденоидных вегетаций, тонзиллэктомии, но к нему надо прибегать лишь при неуспехе консервативного лечения.

При аллергических заболеваниях важен восстановительный, реабилитационный путь. Раньше в России была широкая сеть, она частично и сейчас сохранилась, санаториев для детей с бронхолегочной патологией, респираторной аллергией, atopическим дерматитом. К сожалению, теперь, в связи с финансовыми трудностями, возможности такого лечения сузились.

– Кто попадает в ваше отделение?

– Дети по направлениям поликлиник города Москвы и департаментов здравоохранения областных центров. Проблем с поступлением нет, ведь до сего времени лечение для всех бесплатное, но при поликлиническом отделении Центра оказываются и платные услуги.

В нашем отделении сейчас лежат дети, страдающие бронхиальной астмой, atopическим дерматитом, поллинозами, аллергическим ринитом, сочетанными проявлениями аллергической болезни. Это atopический дерматит в сочетании с астмой, рецидивирующие отеки Квинке, тяжелые формы токсико-аллергических реакций – синдромы Лайела, Стивена-Джонсона.

Больные с синдромом Лайела не просты в диагностике, лечении и прогнозе. У нас недавно был ребенок с генерализованным поражением кожи. Причина болезни была в том, что ему были назначены противовоспалительные препараты – анальгин с сульфаниламидами. Этого оказалось достаточно, чтобы развилось столь грозное состояние. При аллергической патологии важно избегать назначения лекарственных средств, в применении которых нет острой необходимости. Зачем двенадцатилетнего мальчишку с диагнозом ОРВИ и с температурой около 38° лечить жаропонижающими и сульфаниламидами? Возможно, раньше он их переносил, а тут силы организма истощились, тем более, что с возрастом может развиваться повышенная чувствительность.

Я хотел бы еще раз акцентировать внимание врачей – лекарственная терапия должна быть всегда обоснована. Самолечение, которое рекламируют, а в данном случае именно оно и было, недопустимо.



Пульмонология в Институте педиатрии РАМН всегда была представлена ведущими специалистами страны. Достаточно назвать фамилии Рачинского, Таточенко, Середы. Почти во всех республиках бывшего Союза работают ученые, воспитанные в этих стенах. Мы беседуем со специалистами-пульмонологами.



Старейшая клиника

Игорь Константинович Волков, заведующий отделением, доктор медицинских наук:

— Наше отделение — одно из старейших в стране. С 1924 года здесь занимаются заболеваниями легких, почти четверть века — проблемами туберкулеза у детей раннего возраста. А клиника, которой руководил профессор Рачинский, является одной из первых в области лечения хронических заболеваний легких. Сотрудники клиники активно участвовали в создании классификации болезней органов дыхания у детей, которая до сих пор применяется многими врачами-педиатрами.

Сегодня отделение принимает на бесплатное и платное лечение детей со всей России и стран СНГ, не говоря уже о Москве и Подмосковье. Для пациентов из стран СНГ необходимо направление облздрави. Благодаря руководству Центра, мы очень хорошо обеспечены лекарствами, не испытываем недостатка и в диагностической аппаратуре. Проводим бронхологические исследования — бронхографию и бронхоскопию детям любого возраста, есть все необходимое для проведения комплекса функциональных и лабораторных исследований.

Кто же наши больные сегодня? Это дети с хроническими заболеваниями легких, с по-

роками развития легких, иммунодефицитными состояниями, протекающими с поражением органов дыхания (гипогаммаглобулинемия), с рецидивирующими бронхитами, с затяжными пневмониями; дети с аспирацией инородных тел; с обструктивными бронхитами, альвеолитами, иногда — больные с бронхиальной астмой. Почти полный спектр бронхо-легочных заболеваний. Если при некоторых пороках развития возникает надобность в операции, мы оперируем в нашем хирургическом отделении, например, при гипоплазии легкого.

С. В. Рачинский:

— Я хочу добавить. Почему клиника в двадцатые годы занялась именно туберкулезом? Тогда туберкулеза было очень много, и смертность от него была очень высокой. Помимо чисто клинических исследований, разрабатывались оригинальные методы терапии, например, коллапсотерапия у детей раннего возраста. Здесь первыми стали заниматься вакцинацией БЦЖ. Тогда, в двадцатые годы, это направление только начиналось. С 1949 года стали изучать возможности антибиотиков, эффективность различных методик их применения. В частности, много внимания было уделено лечению туберкулезного менингита — опасного, часто смертельного заболевания. Здесь изучали терапию и стрептомицином, и ПАСК, и изониазидом.

В начале 60-х годов актуальность туберкулеза у детей уменьшилась, им стали заниматься только фтизиатры, а наша клиника перешла на изучение других заболеваний органов дыхания, что тоже было очень актуальным, ибо в то время педиатры знали четыре диагноза — острая пневмония, ОРВИ, бронхиальная астма и хроническая пневмония. Причем, два последних ставились, как правило, вместе. Все это нужно было углублять, изучать и развенчивать. В результате всего было доказано, что бронхиальная астма и хроническая пневмония — совершенно разные заболевания, появился диагноз — бронхит, чего раньше не было. Стали интенсивно изучаться пороки развития дыхательной системы, описаны ряд совершенно новых пороков, ранее не диагностировавшихся. Очень большая страница в работе коллектива — изучение муковисцидоза. Здесь занимаются этим двадцать пять лет. Мы были фактически первыми, кто стал изучать это заболевание. И, несмотря на то, что до сих пор эта проблема далека от разрешения, именно здесь были созданы, оптимизированы многие методы лечения муковисцидоза. Большой заслугой клиники является то, что здесь дали описание бронхографической картины при этом заболевании. Сейчас все это успешно продолжается в Центре борьбы с муковисцидозом на базе Республиканской детской больницы.





Управляемая ситуация

Если на Западе краснуха, как и корь, являются так называемыми управляемыми инфекциями, то у нас в России вакцинация против краснухи проводится недостаточно эффективно. Только в Москве в прошлом году было зарегистрировано около 85 тысяч больных, почти в четыре раза больше чем в предыдущем. 69 тысяч – дети. Мы недавно обследовали девочек пубертатного возраста в подмосковной Ивантеевке и выяснили, что 25% не имеют противокраснушных антител. Их надо прививать!

Что касается хламидиоза, то мы сейчас налаживаем метод полимеразной цепной реакции, относящийся к ДНК-технологии, с помощью которого можно диагностировать эту инфекцию у новорожденных детей. Как правило, их инфицирование происходит

во время родов, при прохождении через родовые пути матери, а хламидийные пневмонии протекают достаточно тяжело. Такие дети лежат у нас в диагностическом отделении, руководимом профессором В. К. Таточенко, а также в неонатологическом отделении, возглавляемом Г. В. Яцык.

Кроме того, мы обследуем и детей, лежащих в других больницах города – наша лаборатория является в какой-то мере уникальной. Посылают к нам на обследование беременных женщин, особенно тех, у кого в анамнезе были мертворождения, выкидыши и т. д. Если мы выявляем у таких женщин персистенцию вируса, мы их лечим соответствующим образом и подготавливаем к родам. У нас есть опыт рождения более ста нормальных детишек от больных матерей.

рей. Уже пятнадцать лет по вторникам и четвергам мы ведем соответствующие приемы в поликлинике Центра.

Очень непростые взаимодействия вируса и организма могут приводить к парадоксальным ситуациям. Сейчас начинает поднимать голову полиомиелит, вызванный вакцинальными штаммами. Иммунитет у ряда детей настолько ослаблен, что он не может адекватно ответить на прививку выработкой антител и вакцинальный вирус начинает персистировать в организме. Вот почему нам важно не только определить возбудитель, но и иметь четкое представление об иммунном состоянии организма.

Ситуацию по гепатиту в Москве тоже можно считать неблагоприятной. За последние четыре года показатели заболеваемости вирусным гепатитом В выросли в три раза, вирусным гепатитом С – в 7,3 раза. Высокими темпами растет число вирусоносителей. Сейчас, по решению Минздрава, мы обследуем всех детей, поступающих в стационар и в поликлинику Института, на маркеры гепатита В и С, пытаемся выяснить – каким путем идет заражение. Оказалось, что, с одной стороны, это новорожденные от молодых, часто несовершеннолетних родителей, страдающих наркоманией, а с другой – подростки 14–18 лет, часто из той же среды. Основными путями передачи инфекции является половой и внутривенное введение наркотиков. Сейчас появились прививки против гепатита. Широкомасштабная иммунизация не только групп повышенного риска, но и подростков, которую проводят сейчас в Москве Комитет здравоохранения и Центр Госсанэпиднадзора, может исправить ситуацию.

Материалы из НЦЗД подготовила
Т. Нефедова.
Фото В. Афанасьева

Лаборатория клинической вирусологии и серологической диагностики – доктор медицинских наук профессор Т. Б. Сенцова

– По статистике Минздрава 80% из числа всех заболевших в России в прошлом году являлись больные вирусными заболеваниями. На первом месте идут острые респираторные инфекции и грипп, на втором – вирусные гепатиты. Этим инфекциям мы уделяем, естественно, главное внимание. Не может не волновать и СПИД: по данным Минздрава, наша страна находится в состоянии эпидемии по этому заболеванию. Кроме того, специалисты по-прежнему тревожат диагностика врожденных вирусных инфекций: краснухи, токсоплазмоза, герпеса, хламидиоза. Мать, женщина детородного возраста, имея латентно текущую вирусную инфекцию, может во время беременности заразить трансплацентарно плод и ребенок родится с различными, иногда очень тяжелыми, пороками развития различных органов и систем.



РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*И. Я. Шахтмейстер, доктор медицинских наук, профессор,
Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова*

Рациональное использование наружных лекарственных средств для лечения атопического дерматита у детей в значительной степени повышает эффективность общей фармакотерапии и оказывает благоприятное влияние на регресс кожных проявлений аллергии.

Среди разнообразия медикаментозных и немедикаментозных средств, используемых для наружной терапии, особого внимания заслуживают кортикостероидные препараты.

Долгие годы при лечении аллергических заболеваний кожи у детей предпочтение отдавали 1% гидрокортизоновой мази, обладающей недостаточными противовоспалительными и системными эффектами. Однако, при выраженных кожных проявлениях аллергии требуются более сильнодействующие лекарственные средства, к которым относятся фтор- и/или хлор-содержащие препараты (Флуцинар, Фторокорт, Синовлан, Целестодерм, и др.). Эти препараты обладают высокой противовоспалительной активностью, но, к сожалению, и выраженными местными и системными побочными эффектами, такими как атрофия кожи, угнетение выработки эндогенного кортизола и др. В связи с этим большим достижением следует считать создание негалогенизированного препарата нового поколения глюкокортикостероидов – метилпреднизолона ацепоната (Адвантан), имеющего наиболее оптимальное сочетание высокой активности и минимального системного и местного побочного действия. Метилпреднизолона ацепонат представляет собой эстерифицированное соединение, благодаря чему он легко проникает через роговой слой кожи, а затем в дерме, подвергаясь диэстерификации, превращается в активные метаболиты, которые прочно связываются с глюкокортикоидными рецепторами и вызывают выраженный противовоспалительный эффект. При сравнении эквимольных доз сходных по своему противовоспалительному действию метилпреднизолона ацепоната (Адвантан), бетаметазона валерата (Целестодерм В) и клобетазола пропионата (Дермовейт), наносимых на кожу добровольцев в больших количествах (40 г/день в течение 8 дней), было выявлено следующее. Если галогенизированные препараты клобетазола пропионата и бетаметазона валерата вызывают выраженное, практически до нуля, снижение эндогенного уровня кортизола в крови, то негалогенизированный препарат метилпреднизолона ацепоната влияет на уровень эндоген-

ного кортизола незначительно и сохраняет циркадный ритм изменения его секреции.

При сравнении противовоспалительной активности Адвантана с глюкокортикоидом, относящимся к группе препаратов с очень сильным действием – Дермовейтом (клобетазола пропионат) и с глюкокортикоидом, относящимся к группе препаратов с умеренно сильным действием – Локоидом (кортизона бутират), было выявлено, что Адвантан близок по своей фармакологической активности к Дермовейту и превышает противовоспалительное действие Локоида в три раза.

Многочисленные клинические исследования показали высокую терапевтическую эффективность Адвантана при лечении различных дерматозов у взрослых и детей.

Согласно данным E. Rampini (1992) лечение Адвантаном 120 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 4-х месяцев до 14 лет приводит к исчезновению симптомов заболевания в 80% случаев без развития местных и системных побочных реакций (уровень кортизола в плазме у детей в процессе лечения, длившегося 7 дней, не изменялся).

В результате применения Адвантана у 216 больных (173 взрослых и 43 детей) для лечения различных дерматозов терапевтическая эффективность обнаружена в 95% случаев (Машкиллейсон А. Л., 1997).

Аналогичные результаты были получены в исследовании H. Mensing, B. Lorenz (1998), проведенном на 2059 больных в возрасте от 2-х месяцев до 87 лет. При лечении этих больных, страдающих нейродермитом, экземой или контактным дерматитом, в 80% случаев противовоспалительный и противозудный эффекты наблюдались через 5,5–12 дней от начала терапии Адвантаном. При этом переносимость препарата была очень хорошей или хорошей, а побочные реакции наблюдались менее чем у 1% больных.

Высокая степень безопасности применения Адвантана очень важна для педиатрии, поскольку у детей слабо развита система метаболизма экзогенных стероидов и наблюдается более высокая абсорбция лекарственных веществ из-за большего соотношения площади кожи и веса тела.

По мнению ведущих дерматологов есть все основания рекомендовать мазь Адвантан (0,1%) для лечения атопического дерматита у детей любого возраста, включая ранний детский возраст, который, согласно принятому в отечественной педиатрической практике делению на периоды детства, начина-

ется с 29-го дня жизни ребенка и длится до 3-х лет (Володин Н. Н., 1997). Адвантан применяется открытым способом путем легкого втирания в очаги поражения 1 раз в сутки, в течение 2–4 недель.

Адвантан является высокоэффективным препаратом для лечения атопического дерматита у детей в виде монотерапии и в комбинации с десенсибилизирующими и антигистаминными средствами. Показаниями для назначения Адвантана могут быть упорные формы атопического дерматита преимущественно ограниченного характера, локализованного на коже лица, шеи, локтевых и подколенных складок, кистей и стоп, резистентных к традиционному лечению. После проведения 2–4-недельных циклов терапии с использованием Адвантана наступает стойкая положительная динамика, длительная клиническая ремиссия.

Наружная терапия местными кортикостероидными препаратами у детей имеет свои особенности и проводится только в острый период аллергического заболевания кожи, коротким курсом (3–5–7 дней; только в случае использования негалогенизированных стероидных препаратов, таких как Адвантан, этот срок может быть увеличен до 4-х недель) с учетом их фармакологической активности.

Таким образом, появление нового кортикостероидного препарата Адвантан, применяемого местно, существенно расширило возможности лечения аллергических заболеваний кожи, особенно при упорном их течении и неэффективности традиционно используемых некортикостероидных лекарственных средств. Адвантан отвечает основным требованиям, предъявляемым к наружным лекарственным средствам, а именно получение выраженного терапевтического эффекта при минимуме побочных реакций. Можно надеяться, что его широкое внедрение в клиническую практику будет способствовать более успешной терапии атопического дерматита – наиболее распространенного заболевания кожи у детей.

Более подробную информацию о препарате Адвантан и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы по тел.: (095) 926 5067, факс: 284 7958.

SCHERING

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

М. В. Велданова, к. м. н., педиатр-эндокринолог

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время выходят на первое место среди всей эндокринной патологии у детей. Например, по данным скрининговых программ, до 30% школьников Москвы имеют увеличение объема ЩЖ. На этом фоне значительно изменяется структура тиреоидной патологии, что связано, вероятно, с изменением экологической и радиологической обстановки. Большую роль играет и тот факт, что в настоящее время практически не проводят плановую йодную профилактику в йододефицитных районах, в которых проживает более половины населения нашей страны. Особые последствия такая ситуация имеет для детского населения, так как, помимо зоба, йодная недостаточность у детей проявляется комплексом специфических психомоторных и соматических нарушений. По данным диспансерного учета в Москве за 1991–1995 гг., наиболее часто среди всей тиреоидной патологии в детском возрасте встречаются следующие заболевания, сопровождающиеся в большинстве своем диффузным увеличением ЩЖ: диффузный эутиреоидный зоб (ДЭЗ – до 91%), хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАТ – до 7%), диффузный токсический зоб (ДТЗ – до 1%). Другие заболевания (врожденный гипотиреоз, острый и подострый тиреоидиты, узловой токсический и нетоксический зобы) суммарно занимают менее 5% всей тиреоидной патологии.

Основные методы обследования при зобе у детей

При подозрении на заболевание ЩЖ необходимо проводить тщательный анамнез жизни и заболевания, учитывать жалобы, предъявляемые как самим ребенком, так и его близкими. Следует обращать внимание на наличие эндокринных заболеваний в семье, жалобы родителей на отставание ребенка в развитии.

Ввиду полиморфизма проявлений нарушения функционирования ЩЖ проводят подробное физикальное обследование всех органов и систем ребенка с обязательной пальпацией ЩЖ. Эта процедура требует определенного навыка, так как размеры железы у детей, особенно младшего возраста, малы и железа чаще имеет мягкую консистенцию (при ДТЗ, ДЭЗ), что затрудняет четкое определение ее размеров. При ХАТ железа более плотная, неоднородная.

Гормональное исследование крови в настоящее время признано необходимым для окончательного заключения о функциональном состоянии ЩЖ. Наиболее информативным представляется определение уровней общего и свободного Т3 и Т4, а также ТТГ иммуноферментным или радиоиммунным методом. В типичных случаях при гипертиреозе уровни Т3 и Т4 повышены, а ТТГ снижен, при гипотиреозе уровни Т3 и Т4 снижены, а ТТГ повышен, при субклиническом гипотиреозе при нормальных уровнях Т3 и Т4 уровень ТТГ повышен.

Иммунологическое исследование включает определение титра аутоантител к ткани ЩЖ – тиреоглобулину и микросомальной фракции. Их выявляют практически у всех больных с ХАТ и у большинства с ДТЗ.

УЗИ позволяет оценить ЩЖ, а также ее структуру параметрами плотности и одно-

Основные принципы терапии при зобе у детей

При каждом заболевании, проявлением которого является зоб, имеет место своя схема терапии, включающая как патогенетическое, так и симптоматическое воздействие, зависящее от диагноза и тиреоидного статуса конкретного больного. Можно выделить несколько основных видов патогенетического лечения при зобе у детей.

Заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов рекомендуется для компенсации гипотиреоидного состояния с целью устранения как клинических проявлений гипотиреоза, так и уменьшения размеров зоба при ДЭЗ, эу- и гипотиреоидной фазе ХАТ, ятрогенном гипотиреозе при ДТЗ. Наиболее широко применяется препарат левотироксин (**Л-Тироксин Берлин-Хеми**) в возрастной дозировке 2–4 мкг/кг/сут (наиболее часто 50–100 мкг/сут) длительным курсом не менее 6 мес.

Заместительная терапия препаратами йода рекомендуется для компенсации дефицита йода, который привел к увеличению ЩЖ, и, следовательно, уменьшения ее размеров. Показано назначение калия йодида (**Калия йодид 200 Берлин-Хеми**) в дозе, эквивалентной 100–200 мкг йода в сутки, в эндемичных районах – пожизненно. Оправдано назначение после проведения курса заместительной гормональной терапии.

Тиреостатическая терапия показана при тиреотоксикозе и позволяет снизить функциональную активность ЩЖ. Применяют тиамазол в дозе 5–60 мг/сут, в зависимости от тяжести и стадии лечения, длительно.

Оперативное лечение при увеличении ЩЖ показано при неэффективности длительного консервативного лечения, гигантских размерах зоба, подозрении на неоплазию.

Более подробную информацию о препаратах **Л-Тироксин Берлин-Хеми** и **Калия йодид 200 Берлин-Хеми** можно получить в Представительстве фирмы **Берлин-Хеми АГ** по тел.: 785 0100; факс: 785 0101.



BERLIN-CHEMIE AG
MENARINI GROUP

Классификация размеров зоба (ВОЗ, 1994)

Степень	Описание
0	Зоб не пальпируется и не виден
I	Размеры зоба больше дистальной фаланги большого пальца обследуемого, зоб пальпируется, но не виден
II	Зоб пальпируется и виден на глаз

родности. При эндемическом и спорадическом зобе структура железы, как правило, однородная, нормальной плотности, при ДТЗ плотность чаще снижена, структура несколько неоднородна, при ХАТ структура резко неоднородна.

Цитологическое исследование материала, полученного при проведении тонкоигольной биопсии ЩЖ, часто позволяет поставить окончательный диагноз о характере патологии.

Выявление сниженного содержания йода в моче в популяции в последнее время находит все большее применение для установления эндемического характера зоба.

Существует еще целый ряд специфических методов исследования ЩЖ, определенное значение имеют и данные рутинного обследования больного, но перечисленные методы являются наиболее распространенными и информативными в дифференцированной диагностике у детей.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Н. Ф. Дорохова, д. м. н., С. Г. Шмакова, к. м. н., НИИ педиатрии РАМН

Нет необходимости убеждать педиатра в важности адекватной симптоматической терапии острых респираторных вирусных инфекций. Клинический опыт убеждает нас в обязательности четкого выбора индивидуальной терапии у ребенка.

Повторные заболевания органов дыхания у детей – серьезная медицинская и социальная проблема. Респираторные заболевания объединяются сходством клинических проявлений – как следствие эпителиотропности вирусов, индуцирующих поражения верхних и нижних отделов респираторного тракта. В данном сообщении представлен опыт эффективного применения препаратов для симптоматического лечения ОРВИ у детей в отделении острых респираторных инфекций НИИ педиатрии РАМН.

Одним из основных синдромов ОРВИ является ринит, характеризующийся выделением обильного жидкого секрета из носовых ходов. В практике нашей клиники мы использовали препарат **Отривин** (ксилометазолин) в виде капель 0,05% раствора в нос детям от года до шести лет в течение трех дней. Детям старше шести лет применялся 0,1% раствор. При закапывании в нос препарат вызывал сужение кровеносных сосудов слизистой оболочки и устранял отек слизистой носа и глотки, что было подтверждено проведением риноскопии. Отривин применялся у двадцати четырех детей с ОРВИ, практически у всех отмечался положительный эффект. Побочных действий не наблюдалось. Особенно хочется отметить удобство упаковки для педиатрической практики. По сравнению с другими препаратами не отмечалось болезненности и чувства жжения при закапывании в нос.

Кашель – механизм очищения бронхиального дерева – вызывается раздражением слизистой глотки, гортани, трахеи и крупных бронхов. Приступообразный кашель с репризами характерен для коклюша, лающий – для ларингита. Лечение оправдано только для подавления сухого раздражающего кашля. В наших исследованиях для этой цели хорошо зарекомендовал себя препарат **Синекод** (бутамират) в форме сиропа (для детей от 3 до 14 лет) и капель (для детей от 3 месяцев до 3 лет). Капли назначались детям от трех месяцев до года – по 10 капель 4 раза в день, от года до трех – по пятнадцать капель. Сироп Синекода назначался детям от трех до шести лет – по 5 мл три раза в сутки, от шести до двенадцати – по 10 мл три раза в сутки и старше двенадцати – по 15 мл три раза в сутки. Синекод применялся у тридцати двух детей в возрасте от трех меся-

цев до четырнадцати лет. Клинически положительный эффект был зарегистрирован у двадцати двух детей. У десяти детей (возраст от 6 месяцев до полутора лет) положительного эффекта получено не было. Не отмечалось также побочного действия препарата ни у одного из обследованных детей. У двадцати детей с положительным клиническим эффектом наблюдалось улучшение проходимости мелких и средних бронхов по данным флуориметрии. Синекод – противокашлевое средство центрального действия, не относящееся к алкалоидам опия, оказывает бронхоспазмолитическое действие. Применяется при остром кашле любой этиологии. Наши исследования подтверждают эффективность данного препарата в педиатрии.

Как вспомогательное средство для лечения фарингита, бронхита, кашля мы использовали мазь **Пульмекс** и **Пульмекс-Бэби**. Активными веществами препарата Пульмекс являются несодержащий смол перуанский бальзам, эвкалиптовое и розмариновое масла. Препарат оказывает антисептическое, противовоспалительное и отхаркивающее действие. В отличие от мази Пульмекс в состав Пульмекс-Бэби не входит камфара. В наших клинических исследованиях мы применяли мазь Пульмекс-Бэби у пятнадцати детей от шести месяцев до трех лет в острый период респираторных заболеваний. У двенадцати детей было отмечено уменьшение частоты кашля, уменьшение одышки. Побочных действий не отмечалось. Мазь наносилась два раза в день на верхнюю и среднюю часть груди и спины. Мазь Пульмекс применялась у шестнадцати детей от трех до четырнадцати лет. Местных аллергических реакций в группе детей, получавших препарат, не наблюдалось. У четырнадцати детей после нанесения мази три раза в день на грудь и спину в течение трех дней отмечалось усиление отхождения мокроты, уменьшение кашля. Дети отмечали приятный запах мази и согревающий эффект.

В нашей практике мы применяли антигистаминный препарат **Фенистил** (диметинден) у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне отягощенного аллергологического анамнеза и проявлениями atopического дерматита. В педиатрической практике применяется Фенистил в форме капель: от месяца до года от трех до десяти капель 3 раза в сутки, от года до трех лет по десять–пятнадцать капель 3 раза в сутки, детям старше трех лет по пятнадцать–двадцать капель 3 раза в сутки. Для местного применения мы

использовали Фенистил-гель, который наносится на кожу. Максимум действия достигается через два–три часа. Фенистил обладает слабыми антихолинергическим и седативным эффектами. В виде капель препарат применялся у двадцати одного ребенка с atopическим дерматитом и проявлениями ОРВИ. На фоне лечения у восемнадцати детей резко уменьшался зуд кожи, гиперемия и отечность кожных покровов. В случаях сильного зуда кожных покровов пероральное применение Фенистила сочеталось с применением Фенистил-геля. Течение острой респираторной вирусной инфекции у наблюдаемых детей с аллергическими проявлениями было неосложненным. Удобной формой применения в педиатрии являются капли Фенистила для приема внутрь, которые применимы для новорожденных в возрасте от одного месяца.

Мы имеем хороший эффект от применения Фенистила в виде капель у двадцати шести детей после вакцинации против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита. Фенистил применялся в первые сутки после вакцинации у детей, имевших общие и местные реакции. У двадцати одного вакцинированного ребенка отмечен положительный эффект от приема Фенистила. Уменьшался отек и гиперемия в месте инъекции, в первые сутки снижалась температура. Возможность назначения Фенистила в раннем возрасте делает перспективным применение препарата у детей с поствакцинальными реакциями.

Противозудный эффект Фенистила (в форме капель) был отмечен нами у трех детей с ветряной оспой, что уменьшает страдания ребенка и снижает возможность возникновения вторичного инфицирования кожных высыпаний. По литературным данным подобный эффект Фенистила описан у детей с корью.

Таким образом, появление в терапевтическом арсенале современных высокоэффективных симптоматических препаратов при лечении детских инфекций расширяет возможности педиатра и родителей при амбулаторном наблюдении детей.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в Представительстве фирмы по адресу: 103104, Москва, Б. Палашевский пер., 15; тел.: 969 2165, 969 2160; факс: 969 2166.

 NOVARTIS

ЛЕК



Препарат **Иммунал** производят из сока эхинацеи пурпурной, многолетнего растения семейства астровых из Северной Америки. Эхинацея пурпурная и эхинацея узколистная, а также некоторые другие виды эхинацеи давно используются в североамериканской народной медицине.

Препараты эхинацеи оказывают лечебное действие при различных патологических состояниях за счет повышения естественных защитных сил организма. Результаты проведенных фармакологических исследований свидетельствуют о благоприятном стимулирующем действии эхинацеи на иммунную систему.

Изучение иммуномодулирующих свойств эхинацеи позволило установить

повышение в крови общего количества лейкоцитов за счет увеличения гранулоцитов (на 34–89%). Этот эффект обусловлен стимулирующим действием эхинацеи на функцию костномозгового кроветворения. Одновременно наблюдается повышение фагоцитарной активности как лейкоцитов, так и ретикулоэндотелиальных клеток печени.

Эти данные послужили основанием к использованию препаратов эхинацеи при заболеваниях, связанных в первую очередь с ослаблением функционального состояния иммунной системы, вызванных различными этиологическими факторами: хроническими воспалительными заболеваниями, воздействием ионизирующей радиации ультрафиолетовых лучей, химиотерапевтических препаратов, длительной терапией антибиотиками.

Наряду с иммуномодулирующими свойствами, пре-

паратам эхинацеи присущ и целый ряд других ценных фармакологических свойств, к которым в первую очередь следует отнести антибактериальные, противовирусные и фунгицидные. Экстракты различных видов эхинацеи угнетают рост стрептококка, стафилококка, кишечной палочки, вируса гриппа и герпеса. Эхинацея обладает выраженным интерфероноиндуцирующим действием.

Установлена эффективность препаратов эхинацеи при воспалительных заболеваниях (ревматизм, полиартрит, простатит, гинекологические заболевания).

Иммунал уникален по своему составу: в 100 мл раствора содержится 80 мл сока, выжатого из цветущих свежесобранных растений Эхинацеи пурпурной и 20 мл этанола. Содержание 80% свежего сока позволяет Иммуналу соче-

тать в себе целебные свойства различных лекарственных форм (экстракта, настоя и др.).

Иммунал рекомендуется при заболевании верхних дыхательных путей, мочеполовой системы, гриппе, простудных заболеваниях, а также как профилактическое средство для повышения защитных сил организма. В качестве вспомогательного средства при длительном лечении антибиотиками, для лечения и ускорения заживления больших раневых поверхностей, ускорения регенерации тканей.

Применение капель показано при прогрессирующих системных заболеваниях, в т. ч. туберкулезе, лейкозах, коллагенозах, рассеянном склерозе и известной чувствительности к препарату.

Дозировка. Суточная доза составляет 20 капель с небольшим количеством жидкости три раза в день. В острую фазу заболевания начальная доза составляет 40 капель, затем первые два дня принимают по 20 капель через каждые 1–2 часа, а затем продолжают лечение обычными дозами (по 20 капель). Детям от 1 года до 6 лет дают по 5–10 капель три раза в день, а детям от 6 до 12 лет – по 10–15 капель три раза в день. Продолжительность одного курса составляет не менее одной и не более 8 недель.



Более подробная информация о препарате и возможности его закупки в Представительстве фирмы Лек. Тел.: 195 6678, 195 6414; факс: 234 1713.

РОССИЯ НА ПОРОГЕ ЭПИДЕМИИ ГЕПАТИТА

Алексей Белов, к.м.н., врач-инфекционист

По мнению специалистов ВОЗ, в ближайшее время Россия окажется перед угрозой расклевывания и даже взрыва эпидемиологической ситуации, обусловленной прогнозируемым ростом заболеваемости инфекционными болезнями. В первую очередь речь идет об инфекциях с фекально-оральным путем передачи возбудителя, из которых наибольшую угрозу представляют те, для которых характерна высокая частота случаев субклинического течения болезни. Лидирующие позиции в этой группе занимают вирусные инфекции и, в первую очередь, гепатит А – заболевание, угрожающее прежде всего здоровью молодого населения России.

Гепатит А – высококонтагиозная вирусная инфекция, которая передается преимущественно через воду и пищу, при прямых и непрямых контактах. Заболевание характеризуется коротким инкубационным периодом, преимущественным поражением печени, сопровождается желтухой, диареей и рвотой. Иногда возникающие тяжелые гриппоподобные состояния могут длиться неделями. Средняя продолжительность заболевания составляет около 4 недель, причем 90% заболевших манифестными формами госпитализируются. Отмечаются также безжелтушные формы, при которых больные остаются источниками инфекции. Остаточные клинические симптомы поражения печени могут сохраняться в течение 15 месяцев.

Важно отметить, что, несмотря на полное отсутствие перехода гепатита А в хронический гепатит или хроническое вирусносительство, заболевание представляет грозную опасность для лиц, иммунологически неподготовленных к сопротивлению инфекции. Только в возрастной группе старше 40 лет летальность от фульминантных форм гепатита А составляет до 2%. Особенно опасно оно для детей и подростков: при общей заболеваемости гепатитом А в России 50 на 100 тысяч населения, примерно половину больных составляет именно эта возрастная категория.

Улучшение санитарно-гигиенического состояния в высоко урбанизированных районах России привело к снижению циркуляции вируса гепатита А и, как следствие, к снижению числа переболевших, а значит иммунологически защищенных людей. Настоящий период времени характеризуется тем, что около 50% молодого населения страны иммунологически не защищены от гепатита А. Одновременно с этим, сани-

тарные условия в большинстве регионов не позволяют говорить о выраженном снижении заболеваемости. Подобная эпидемиологическая ситуация, сложные экономические и миграционные процессы, происходящие в России, увеличивают не только риск заражения гепатитом А, но и число случаев его тяжелого течения и осложнений.

Специфического лечения гепатита А не существует, а экономический ущерб от этого инфекционного заболевания превышает урон от всех других заболеваний (за исключением гриппа и ОРЗ). Таким образом, единственно возможный и, к стати, экономически оправданный способ контролировать заболеваемость – массовая вакцинация специально разработанными аттенуированными вакцинами детей (3–7 лет) и лиц, входящих в группу риска по этому заболеванию.

Первую подобную вакцину на основе инактивированного вируса против гепатита А – «Хаврикс 720» – в соответствии со стандартами GMP и рекомендациями ВОЗ, разработала и произвела компания «СмитКляйн Бичем». Теперь, после регистрации Министерством Здравоохранения Российской Федерации (28.10.1998 г.), эта вакцина стала доступна для использования на территории России. Вакцина прошла тщательный контроль в Государственном институте стандартизации и контроля им. Л. А. Тарасевича и имеет Регистрационное удостоверение П-8-242 № 010516.

Новую вакцину «Хаврикс 720» отличают идеальные для массовой детской вакцинации качества – простота и удобство в использовании, абсолютная безопасность и высокая иммуногенность. Эти свойства позволяют использовать ее не только для индивидуальной и коллективной профилактики в очагах инфекции, но также и для приостановления распространения эпидемических вспышек.

Вакцина выпускается в шприцах, готовых к употреблению, содержащих единую дозу для детей от 1 года – 0,5 мл (720 ELISA Units). Введение ее возможно одновременно с другими вакцинами. «Хаврикс 720» обеспечивает сероконверсию в 99% случаев (средние геометрические титры 466 Ед/мл) через 1 месяц после однократной иммунизации с сохранением защитных титров антител на срок более года. Введение второй (бустерной) дозы «Хаврикс 720» обеспечивает защиту на срок около 20 лет, а гибкая схема ее введения – 6–12 месяцев – позволяет спланировать сроки ревак-

цинации в удобное для медицинского персонала и пациентов время. Принципиальное значение имеют данные о том, что вакцина оказывает протективное действие не только в качестве профилактического средства, но и лечебного. Применение вакцины «Хаврикс 720» не наносит вреда детям, ранее инфицированным гепатитом А и, более того, оно рекомендовано для больных хроническими заболеваниями печени, в том числе хроническими гепатитами В и С. Использование вакцины «Хаврикс 720» сопровождается лишь незначительными побочными эффектами (в основном, покраснение и уплотнение в месте инъекции), которые отмечались лишь в единичных случаях и проходили самостоятельно в течение суток.

Применение вакцины «Хаврикс 720» показано в первую очередь детям (3–7 лет), направляющимся в поездки в эндемичные по гепатиту А районы; находящимся в контакте с инфицированными людьми; учащимся в дошкольных учреждениях и школах; живущим с лицами, которые представляют опасность после заболевания гепатитом А; входящим в социальные слои населения, заболеваемость гепатитом А в которых повышена в силу низких санитарно-гигиенических условий, или живущим в эндемичных очагах. Кроме того, вакцинации «Хаврикс 720» должны быть подвергнуты дети, больные гемофилией или хроническими поражениями печени, течение которых может резко ухудшиться при развитии гепатита А, и наркоманы.

Не следует, однако, забывать, что для предотвращения детской заболеваемости гепатитом А первичной вакцинации недостаточно. Для вторичной профилактики необходима обязательная вакцинация (взрослой вакциной «Хаврикс 1440») служащих детских учреждений, медицинского и парамедицинского персонала, работников очистных сооружений и канализационных служб. Особенно уместна вакцинация лиц, направляющихся в деловую или туристическую поездку в эндемичные районы, так как согласно статистическим исследованиям, гепатит А встречается у подобных лиц в 100 раз чаще тифа и в 1000 раз чаще холеры.

Высокая эффективность «Хаврикс 720» уже подтверждена применением в более чем 50 странах мира, где уже было использовано более 15 миллионов доз – теперь наступила очередь России защитить своих детей от гепатита А.

ХЛУДОВСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

Сегодня мы расскажем о создании детской клиники, колыбели российской медицины, педагогики и градостроительной культуры – кафедры детских болезней. Педиатрия в Московском университете берет свое начало с 1866 года, когда по инициативе известного московского педиатра Н. А. Тольского и при активной поддержке знаменитого Г. А. Захарьина в терапевтической клинике на Рождественке было организовано небольшое детское отделение, для которого были выделены две палаты: в одной находилась амбулатория, в другой – стационар на 11 коек. Так возникла первая университетская клиника детских болезней в Москве.

В разгар строительства университетских клиник на Девичьем поле Н. А. Тольский приложил исключительно много энергии для организации новой детской клиники. Ему удалось найти благотворителя, пожелавшего выделить необходимые средства. Это был известный в Москве и далеко за ее пределами купец Михаил Алексеевич Хлудов, сын не менее известного фабриканта, собирателя древних славянских и греческих рукописей, владельца Ярцевской мануфактуры. Михаил Алексеевич был личностью неординарной. Он выделялся хлебосольством, склонностью к кутежам и экстравагантным шуткам. Эта сторона его характера выведена в книге В. А. Гиляровского «Москва и москвичи». Н. А. Островский описал его в «Горячем сердце» под фамилией Хлынова. Это он удивлял и пугал москвичей, разгуливая по улице с тигрицей. В конце 1870-х годов Хлудов отправился в малоизвестную тогда русским людям Среднюю Азию в поисках рынков сбыта хлудовским товарам, выслал оттуда ряд интересных корреспонденций для «Русских ведомостей». Там Михаил Алексеевич подружился с генералом М. Г. Черняевым. А когда разразилась война на Балканах, умчался с ним на лихой тройке освобождать братьев славян от турецких поработителей.

В 1885 г. М. А. Хлудов объявил о своем духовном завещании, которым пожертвовал на устройство детской больницы дом в Хлудовом тупике (ныне Хомутовский тупик) и вдобавок к этому 350 тысяч рублей капитала. На решение М. А. Хлудова, очевидно, повлияла тяжелая утрата: по трагической случайности погиб от черепно-мозговой травмы его двенадцатилет-

ний сын. Пожертвованная усадьба имела интересную историю. В 1830–1840-х гг. она принадлежала Ф. И. Толстому, прозванному Американцем за то, что он, отправившись в кругосветное путешествие с И. Р. Крузенштерном, ввиду несносного характера был высажен на одном из Алеутских островов. После смерти Федора Ивановича домом владела жена покойного Евдокия Максимовна и дочь Прасковья, вышедшая замуж за губернатора Москвы В. С. Перфильева. Здесь много раз бывал Л. Н. Толстой, приходившийся двоюродным племянником Федору Толстому. В 1853 г. усадьбу приобрел А. И. Хлудов, крупный фабрикант, владелец Егорьевской и Ярцевской мануфактур, соби-



ратель древних рукописей. В середине 1860-х годов А. И. Хлудов разобрал старое здание и выстроил новый двухэтажный дом с мезонином. После смерти А. И. Хлудова в 1882 г. дом достался по наследству его сыну Василию, а у последнего был выкуплен его братом Михаилом. Этот-то дом и был пожертвован М. А. Хлудовым университету для устройства в нем детской больницы. Помимо этого М. А. Хлудов внес 100 тысяч рублей наличными и 50 паев Ярцевской мануфактуры, стоимостью по 5 тысяч каждый, для создания неприкосновенного капитала на существование больницы с процентов. Учитывая отдаленность хлудовского дома от основной учебной базы университета, а также его непригодность для лечебных и педагогических целей, было принято решение построить новое здание детской больницы на Девичьем поле. А дом в Хлудовом тупике снова перешел во владение В. А. Хлудова.

В 1890 г. на Б. Царицынской улице (ныне Пироговская, 19), неподалеку от психиатрической клиники, выстроенной родной сестрой Михаила Алексеевича В. А. Морозовой, по проекту архитектора К. М. Быковского было начато строительство детской больницы на 25–30 коек со всем комплексом помещений для целей преподавания. Это краснокирпичное двухэтажное, прямоугольное в плане здание с резко выступающим в сторону Б. Пироговской улицы ризалитом, где располагался прежде парадный вход. Второй этаж ризалита занимает аудитория. План больничного корпуса сочетает в себе принцип бокового коридора с окнами на северо-запад и палатами, обращенными на юго-вос-

ток, с просторными палатами павильонного типа в конце коридоров обоих этажей.

Согласно условиям жертвователя больница получила его имя. Строительство закончилось в 1891 г., Н. А. Тольский, отдавший организации клиники столько усилий, не дожидаясь ее открытия. После его смерти заведование клиникой принял ученик Н. А. Тольского Н. Ф. Филатов. В 1961 г. детская клиника заметно расширилась за счет пристройки к старому зданию новых корпусов.

Хлудовский дом в Хомутовском тупике все же стал больницей, но уже в годы Советской власти. С 1953 по 1959 г. здесь была поликлиника, а с 1959 г. в этом доме размещалась городская больница № 66. Сейчас в этом здании находится Научно-практический центр клинической фармакологии Комитета здравоохранения г. Москвы.

Павел Власов



Не только лекарства

Темой нашей сегодняшней беседы станут медицина и литература. Случайно ли то, что именно из среды медиков вышли такие известные западные писатели, как Рабле, Гете, Шиллер, Томас Манн, Ленау, Конан-Дойл... Список можно было бы продолжить. Познав «физическое и психическое устройство человека», выражаясь старинным слогом, хорошему врачу хотелось большего – постичь тончайшие нюансы человеческих мыслей и деяний. Талантливый английский писатель Сомерсет Моэм (помните «Театр»?) так писал о творчестве А. П. Чехова: «Я не знаю лучшей школы для писателя, чем профессия врача...», «... врачебная практика пошла ему на пользу, он приобрел знания человеческого характера. Он видел лучшие и худшие черты человеческой природы. Когда люди болеют, боятся за жизнь, они снимают маску, которую носят обычно в здоровом состоянии. Доктор видит людей такими, какими они есть на самом деле: эгоистичными, грубыми, жадными, трусливыми или – мужественными, щедрыми, добрыми, благородными».

Мои студенты-медики очень любят тему «Медицина и литература» – часто пишут курсовые работы, проводят конференции. Особенно их интересует творчество Булгакова и Чехова (увы, порядок именно такой). Те, кто «копает» глубже, извлекают из небытия В. Вересаева, С. Елпатьевского, В. Даля. Что привлекает студентов в творчестве знаменитых писателей? Образность и точность описания симптомов заболеваний, проблема врачебной тайны, но больше всего их волнует образ врача.

Помнится, после четвертого курса приехал я на практику в Алексин Тульской области. Главврач больницы отослал в отпуск почти всех врачей и «бросил» нас, молодых, в море медицинской практики как щенят в воду – учитесь плавать сами! Терапию я одолел сравнительно легко, еще легче хирургию – сложных больных не было. Помогли навыки, полученные при препарировании животных, ко-

торые довелось делать еще в школьные годы, а также опыт, приобретенный в пионерском лагере, где мне иногда приходилось замещать врача. Я не боялся крови, умел работать скальпелем, зажимами, шприцом. Совсем другое дело, когда начался акушерский цикл. Каждый вечер, ложась спать, я думал: «Не приведи, Господи, неправильного положения плода!» При стуке в дверь у меня в голове проносились точно такие же мысли, как и у героя моего любимого рассказа Булгакова «Крещение поворотом». Цитирую: «Вот оно. Началось! – мелькнуло у меня в голове, и я никак не мог попасть ногами в туфли. – А, черт! Спички не загораются. Что ж, рано или поздно это должно было случиться. Не всю же жизнь одни ларингиты да катары желудка».

Как известно, художественное произведение характеризуется с точки зрения формы и содержания. Своеобразные ритм и мелодия произведения оказывают влияние на человека, которое можно сравнить с воздействием на него музыки. Такими бесспорными «мелодистами» в русской литературе были А. С. Пушкин, М. Ю. Лермонтов, И. С. Тургенев, А. П. Чехов, И. А. Бунин, М. А. Булгаков...

Поговорим немного о содержательном аспекте художественного произведения. Создано оно двести лет назад или сегодня – не важно. Если произведение способно заставить читателя сопереживать героям, оно очищает душу, участвует в воспитании таких душевных качеств, как добросердечие, сострадание, желан-

БЕСЕДА СЕДЬМАЯ

БИБЛИОГИГИЕНА И БИБЛИОТЕРАПИЯ

К счастью, ни одного неправильного положения младенца за всю мою практику не было. И хотя возникало множество различных ситуаций, я сравнительно легко справлялся, пользуясь советами опытной акушерки. А теперь вспомним заключительные абзацы рассказа: «Было начало второго, когда я вернулся к себе. На столе в кабинете в пятне света от лампы мирно лежал раскрытый на странице «Опасные повороты» Додерлайн. С час еще, глотая простывший чай, я сидел над ним, перелистывая страницы. И тут произошла интересная вещь: все прежние темные места сделались совершенно понятными, словно налились светом, и здесь, при свете лампы, ночью, в глуши, я понял, что значит настоящее знание. «Большой опыт можно приобрести в деревне, – думал я, засыпая, – но только нужно читать, читать побольше. ... читать». Это звучит как завет начинающему врачу.

Художественная литература оказывает самое благотворное влияние на человека, на его самочувствие. Уместно привести слова М. Горького: «Читая, я чувствовал себя здоровее, сильнее, работал споро и ловко... Лишенный книг, я стал вялым, ленивым, меня начали одолевать незнакомая мне раньше болезненная забывчивость».

ние помочь слабому и беззащитному. Особенно чтение рассказов о животных – «Каштанка», «Белый пудель», «Муму», «Бим...» и т. д. Я бы назвал этот процесс *библиогигиеной*, а еще точнее *библиопсихогигиеной*. Примечательно, что многие мыслящие врачи прошлого века считали необходимым открывать библиотеки даже в самых скромных земских больничках.

Есть такие произведения, которые созданы с определенной целью – отвлечь человека от недуга. Именно так К. И. Чуковский создал своего знаменитого «Крокодила». Заболел маленький сын. Другого способа помочь ему справиться с болезнью у писателя не было, и он написал стихи. «Единственная была у меня забота – отвлечь внимание больного ребенка от приступов болезни», – говорил позднее писатель. И вот уже несколько поколений людей прибегают к книге как к лекарю. Наверное, мы все читали детям веселые стихи С. Маршака, К. Чуковского, С. Михалкова, А. Барто. Помню, заболел внучок – капризничал, кукался. Все нервничали. И надо было видеть, как он преобразился, когда кто-то из взрослых начал читать ему очаровательные рассказы Чурушина. Я уверен, что влияние рассказов о животных сыграло в этом не последнюю роль. Дети очень живо воспринимают

приключения Мюнхгаузена, Мурзилки, Незнайки, Карлсона... Взрослые тоже порой не могут оторваться от книги, забывая о своих физических и душевных страданиях. Я наблюдал как-то раз как одна женщина буквально «глотала» страницу за страницей. Мне стало интересно узнать, кто же автор столь заинтересовавшей ее книги. Оказалось, что, по ее словам, это «замечательный писатель – Ф. Незнанский». К своему стыду, я о таком даже не слышал. Прошел год. А я все вспоминал ту увлеченную чтением женщину и дал себе слово прочитать хоть что-нибудь, написанное незнакомым автором. Прошло еще полгода. И вот од-



Гюстав Доре

нажды вижу у жены книгу – Ф. Незнанский. Отложил все остальные дела и рукописи и принялся за этого автора. Более бездарного чтива мне еще в жизни не попадалось. Я заставил себя дочитать до конца и сказал себе, что никогда больше и ни при каких обстоятельствах не прикаснусь к книге этого автора. Но если бы меня спросили, что бы я порекомендовал той женщине, с которой встретился в больнице, я бы ответил – только Незнанского!

Отмечу, что возможно целенаправленное *библиотерапевтическое* воз-

действие хорошего литературного произведения на человека. Напомню классический пример – рассказ А. Толстого «Русский характер». Краткое его содержание такое. У танкиста Дремова было сильно обожжено лицо. После госпиталя Дремов отправился на побывку домой. Ни отец, ни мать, ни невеста не узнали его, а он не решился им открыться. Профессор И. Н. Лукомский использовал в годы войны этот рассказ, чтобы вернуть интерес к жизни бойцам, получившим сильные лицевые ожоги. Богатый опыт военных лет лег в основу докторской диссертации И. Н. Лукомского «Психические изменения при огнестрельных повреждениях лица».

Целенаправленная библиотерапия использовалась и при «назначении» чтения «Повести о настоящем человеке» Б. Полевого, «Как закалялась сталь» Н. Островского. Эти произведения активно помогали людям преодолеть тяжелый недуг. А сейчас эти книги и найти-то трудно (даже не знаю, переиздаются ли они?). Кроме того, думаю, что далеко не каждый врач рискнет их порекомендовать по «идеологическим соображениям». Однако знаю точно, что замечательный коллектив музея-квартиры выполняет добрейшую и полезнейшую миссию – помогает многим людям справиться с самыми тяжелыми недугами, преодолевая их, находить место в жизни несмотря ни на что. Я очень рад, что заседания кружка, которым я до сих пор руковожу, посещает О. С. Колесникова, старший научный сотрудник этого музея (в настоящее время он называется Гуманитарный центр «Преодоление»), и рассказывает моим студентам, как они участвуют в процессе реабилитации тяжело больных людей.

Целенаправленная библиотерапия применяется и при лечении туберкулеза. Книги подбираются с таким учетом, чтобы вызвать у заболевших желание выздороветь, а для этого активно выполняется предписание врача. Очень эффективен этот способ при

лечении людей от алкоголизма. Однажды после моего выступления во врачебной аудитории ко мне подошла доктор (акушер-гинеколог) и сказала, что она специально подобрала несколько книжек для женщин, которые хотели бы сделать аборт не по медицинским показаниям. К сожалению, наш разговор не состоялся, так как меня отвлекли другие дела, а доктор тем временем ушла. Так я и не знаю, что она давала читать женщинам, и какие получила результаты. Очень жаль!

Один мой хороший знакомый врач находился на стажировке в Англии. В программу входило посещение на дому совместно с семейным врачом его подопечных. Врач прекрасно знал условия их жизни, образование, вкусы и привычки и т. д. С учетом этих знаний и врачебной интуиции он рекомендовал и просмотр телепередач, и участие в спортивных играх, и индивидуальные занятия спортом, и чтение определенных книг.

Вот и я на семинарских занятиях, давая студентам задание, старался объяснить, как надо подходить к пациенту при назначении ему не только лекарств, но и проведении библиотерапии. Студенты всегда задавали мне дополнительные вопросы, хотя мне казалось, что я вроде бы все учел при подготовке семинарского занятия. Они аргументированно доказывали, что одному человеку во время болезни стоит порекомендовать почитать «Один день Ивана Денисовича» А. Солженицина, а другому – любимого им «Золотого тельца» Ильфа и Петрова. По поводу чтения Ф. Незнанского мои студентки были категоричны – это нельзя советовать читать никому и ни при каких обстоятельствах. И все были единодушны в «назначении» А. Кристи, А. К.-Дойля, Ж. Сименона. Нелегко хлеб преподавателя! И все-таки мне было бы интересно узнать мнение читателей: кто прав в отношении Ф. Незнанского – студентка или я?

А теперь пожелание пациентам. Вот вы выздоровели и покидаете больницу. Оставьте тем, кто еще там остается, свою любимую книгу (если вам не очень жалко с ней расставаться). Она может помочь многим людям преодолеть болезнь и быстрее встать на ноги. А там глядишь, и подберется в отделении небольшая библиотечка! У земских-то врачей такие библиотечки были... Давайте возродим хорошую традицию!

Н. Коростелев



Творческий центр “Новая Юность” выпустил сборник исторических миниатюр Александра Крылова “Тайна январской ночи”.

Героями книги стали люди, чьи имена известны со школьной скамьи – Петр I, Екатерина Великая, Павел I, Суворов, Грибоедов, но наряду с ними в рассказах действуют персонажи, малоизвестные даже историкам. Нередко на страницах книги присутствует тема человеческих недугов, боли, смерти. Это не удивительно: по своей первой профессии писатель – врач-реаниматолог, не понаслышке знающий цену страданиям, видевший рождение и смерть людей.

Длительная работа над архивными источниками, знание бытовых деталей прошлых эпох, живой литературный язык позволили А. Крылову создать изящные эссе, удачно сочетающие историческую достоверность и сюжетную занимательность.

Писательское кредо А. Крылова в полном отказе от сложившихся исторических штампов. Писатель категорически отрицает саму мысль, что знание истории может помочь избежать повторения ошибок прошлого, приведших к катастрофам, войнам, революциям. По мнению Александра Крылова: “История учит только тому, что ничему не учит... Каждое поколение совершает одни и те же ошибки, обусловленные самой человеческой природой. Люди находят тысячи причин, чтобы не быть благоразумными и, на мой взгляд, было бы жестоко лишать их этого права”.

Неожиданный взгляд писателя на события истории нередко вызывает желание поспорить, но может в этом и заключается секрет популярности его миниатюр – в споре рождается истина...

Лев ХУНДАНОВ, член-корреспондент РАМН

Зловещим местом был град Санкт-Петербург, столица новоявленной миру Российской империи, в январе 1725 года... В жалких лачугах и вельможных чертогах поселилось тяжкое ожидание. Во дворце, надежно окруженном гвардейскими полками, умирал первый император Всероссийский, Отец Отечества, царь Петр Великий, которого, впрочем, и современники, и потомки нередко именовали “Окаянным”. Кучками теснятся во дворце сенаторы, генералы, всех Коллегий чины, гвардейские и морские офицеры. Не решаются присесть, стоят, бросая друг на друга подозрительные взгляды. Что день грядущий готовит, кто сядет на престол, где завтра окажешься – в опале или милости? Лихорадочно проигрываются в уме варианты и комбинации. Что и говорить, нелегкое это дело – быть царедворцем... Здесь и близкие царя. Опухшее от слез лицо императрицы Екатерины Алексеевны, потерявшей сон и покой. От нее не отходит светлейший князь Александр Данилович Меншиков. Шепчет на ухо, уговаривает, убеждает: “Тебе царствовать, боле некому!” Лицо Петра сводит судорога, начинается новый приступ. От криков больного, слышных во всем дворце, придворные жмутся, втираются в стены, как будто становясь даже меньше ростом. Боли несколько отпускают царя, он требует бумагу. Некогда могучая рука из последних сил выводит еле различимые слова: “Все отдать”... Перо выпадает из разжавшихся, ныне бессильных пальцев. Царь едва слышно произнес несколько слов, присутствующие разобрали: зовет любимую дочь Анну. Ее долго ищут, она бежит по коридорам к отцу, но Петр уже потерял сознание. На следующий день, 28 января 1725 года, так и не оставив наследника престола, умер преобразователь России, император Петр I.

В залу, где собрались члены Сената, входит Екатерина. Заливаясь слезами, она поручает себя – “сироту и вдову” – их попечительству. Немало пришлось потрудиться Меншикову, Ивану Бутурлину, сенатору Петру Андреевичу Толстому. Но добились своего, посрамили враждебную партию, желавшую видеть на троне внука Петра I, сына убитого царевича Алексея.

Что же послужило причиной смерти Петра I, двухметрового великана, обладавшего фантастической силой и выносливостью в походах, пиррах, делах, так удивлявших современников? Смерти, настигшей его на 53-м году жизни, из которых 42 года, семь месяцев и три дня он пробыл на русском престоле. Перелистаем страницы исторических трудов, посмотрим, что сообщалось в них о болезни императора. Немало подробностей можно найти в донесениях иностранных дипломатов, аккредитованных при русском Дворе.

Вот как описывает болезнь Петра знаменитый историк С.М.Соловьев: “Летом 1724 года он сильно занемог, но во второй половине сентября начал, видимо, поправляться, гулял по времени в своих садах, плавал по Неве. 22 сентября у него сделался сильный припадок, говорят, он пришел от него в такое раздражение, что прибил медиков, браня их словами; потом опять оправился... В первых числах ноября поехал водой в Петербург, но тут, у местечка Лахты, увидав, что плывший из Кронштадта бот с солдатами сел на мель, не утерпел, сам поехал к нему и помогал стаскивать судно с мели и спасать людей, причем стоял по пояс в воде. Припадки немедленно возобновились...”

Профессор-медик П. И. Ковалевский в своей книге “Петр Великий и его гений”, вышедшей в 1901 году, утверждал, что “царь сильно страдал странгурией”. Странгурия – один из симптомов воспалительного процесса шейки мочевого пузыря и задней стенки уретры, провоцирующего частые и болезненные позывы на мочеиспускание. Мнение об урологическом происхождении болезни царя основывается на свидетельствах современников. Так, Лефорст, саксонский резидент в России, сообщает о мочевом камне. Французский посол Кампредон в донесениях пишет о язвах уретры. Лечащим врачом Петра I в последние годы его жизни был лейб-медик Лаврентий Блюментрост. После сентябрьских приступов на помощь к нему из Москвы приезжает доктор Биллоу. Лечение

этих эскулапов, казалось, помогло, а может, болезнь отступила самостоятельно. Так или иначе, но Петр почувствовал себя окрепшим. Всю ночь 8 января император по обыкновению гулял бурно и не без обильных возлияний. Последствия – новые приступы – не замедлили сказаться на здоровье. Но Петр еще не придает этому особого значения и даже подумывает о поездке в Ригу. Но уже в ночь на 17 января смерть постучала в царские двери. Вновь наступила острая задержка мочи, и весь следующий день Петр не встает с постели, испытывая страшные мучения. Приступ следует за приступом, к больному приглашают священника, во дворец спешно приезжает Меншиков.

Ночь на 21 января прошла относительно спокойно: больной спал, а утром почувствовал, что лихорадка исчезла и «очищения стали более правильные». Врачи приметно приободрились, но окружающие не спешили разделить их оптимизм. Последующие два дня подтвердили худшие опасения. В понедельник 25 января, при катетеризации мочевого пузыря было эвакуировано около литра гнойной зловонной мочи. Измученный Петр заснул, но вскоре с ним «сделался обморок». Во вторник, после завтрака, начался сильнейший озноб, сопровождающийся судорогами, во время которых он терял сознание. Придя в себя, царь приказал выпустить из тюрьмы

она не только перестала быть нужной Меншикову, но и начала мешать его сближению с сановниками из окружения царевича Петра Алексеевича?

Еще одна, не лишняя интересная деталь: перед входом в спальню, где лежал умирающий Петр, установили алтарь походной церкви, за который, по православным канонам, не могли заходить женщины и люди иной веры. Таким образом, доступ к больному стал крайне затруднен как для его дочерей, так и врачей-иностранцев. Череда роковых обстоятельств неизбежно приводит к мысли о покушении на жизнь царя, осуществленном кем-то из его близкого окружения.

Умышленные отравления известны с древнейших времен. Сколько убийств было осуществлено с помощью яда, сколько тихих, незаметных стороннему взгляду дворцовых переворотов совершилось в обеденных залах и кухнях многих королевских домов... Одно из первых мест в печальном списке ядовитых зелий принадлежит мышьяку.

До второй половины XVIII века обнаружить его следы в теле отравленного не представлялось возможным. Любопытно, что симптомы и клиника отравления мышьяком легко маскируются многими распространенными заболеваниями, в том числе и теми, которыми страдал Петр I. Переохлаждение, неумеренное употребление алкоголя неизбежно провоцируют обострение

ТАЙНА ЯНВАРСКОЙ НОЧИ

400 заключенных – «для здоровья государя». Но даже такое радикальное средство не могло уже помочь умирающему монарху. Финал приближался с катастрофической быстротой...

Обстоятельства смерти Петра I окутаны тайной. С одной стороны, казалось бы, все ясно: есть многочисленные свидетельства современников, труды историков, констатирующие хронический недуг царя. Но когда начинаешь изучать архивные документы, «Малый придворный календарь», подробно фиксирующий все детали быта Петра I, состояние его здоровья, то возникает ощущение неудовлетворенности официальной версией. А если вспомнить непростую политическую обстановку при русском Дворе, слух о насильственной смерти Петра начинает обретать все более четкие контуры.

Попробуем разобраться по порядку. Петр умер, так и не назвав преемника на царствование. Затеянная им за полгода до кончины коронация второй жены Екатерины Алексеевны являлась четко спланированной политической акцией, которая должна была дать их детям равные права с потомством ненавистного сына от первого брака – царевича Алексея. Престол Екатерина получила исключительно благодаря поддержке могучей придворной партии. Вряд ли даже в мечтах она когда-либо претендовала на скипетр и державу. Но за ее спиной стоял Александр Меншиков, чья жизнь буквально висела на волоске. Обвиненный в казнокрадстве, он ожидал неминуемого наказания, которое, судя по всему, должно было удивить народ своей строгостью. Александр Данилович рисковал в обоих вариантах – и при выздоровлении Петра, и с приходом к власти его внука – царевича Петра Алексеевича, который вполне обоснованно считал светлейшего князя Алексашку одним из основных виновников гибели отца. Куда ни кинь – всюду клин: оба варианта были чреватые для Меншикова судом, ссылкой, а возможно, и позорной казнью. Но на злополучном пиру 8 января Петр попробовал новый сорт конфет, присланных в подарок. Вскоре он почувствовал себя плохо: началась рвота, появилось чувство онемения в руках, жжение в животе. Не правда ли, довольно подозрительно? Кстати, спустя два года схожий приступ, тоже после конфет, случился и у Екатерины. И закончился он похоже – смертью императрицы. Может быть, потому что именно в это время

хронического заболевания мочеполовой системы, что и случилось у Петра I в начале января 1725 года. Конечно, арсенал тогдашней медицины был достаточно ограничен, но думается, что не все возможные средства даже по тем временам были использованы. Из документов не явствует, что врачи поднимали вопрос о достаточно простой и хорошо знакомой лейб-медикам Петра I операции – цистостомии, пунктирование мочевого пузыря через брюшную стенку и установление дренажа. Вполне вероятно, что Петр мог противиться оперативному лечению, а врачи не смогли или побоялись переубедить своего августейшего пациента. Тем временем у него нарастали явления интоксикации, уросепсиса. Наличие тяжелого недуга у царя вполне могло навести на мысль заинтересованных людей помочь болезни, довести процесс до летального конца – некоторые симптомы болезни Петра I весьма сходны с отравлением ядовитым веществом: жжение в животе, судороги, галлюцинации. По непонятным причинам не было произведено вскрытие тела умершего монарха: может быть, кто-то очень не хотел этого? Однако версия об отравлении Петра I остается лишь правдоподобной исторической гипотезой: ставить диагноз-приговор, не имея результатов экспертизы, вскрытия, – дело довольно легкомысленное.

Кроме того, в начале XVIII столетия мышьяк и ртуть широко применялись при лечении самых разнообразных болезней, а в организме больного с поражением почек легко могло наступить перенасыщение препаратом, ставшим смертельным ядом.

Вряд ли когда-нибудь удастся приподнять занавес над тайной январской ночи 1725 года. Имея в качестве пациента историческую личность такого масштаба, как Петр I, приходится особенно тщательно взвешивать каждое слово, ведь неверное толкование одного звена способно потянуть целую цепь ошибок в оценке многих исторических событий и персонажей. Но в любом случае, смоделированная ситуация, когда у постели умирающего царя происходит борьба за власть, когда в ничто превращаются понятия долга, чести, интересов государства, достаточно типична и для иных, не столь далеких от нас, эпох. И может быть, поэтому так важно знать историческую истину, пусть даже столетия спустя...

(Очерк дается с небольшими сокращениями)

Таблетки и розы

Репортаж с открытия нового химико-фармацевтического завода в подмосковном Изварино

Сегодня нас трудно чем-либо удивить или порадовать, легче испугать или разозлить. Поэтому сообщение о том, что недалеко от Внукова открывается новый химфармзавод, во взрывоопасные дни сентября, воспринималось как мираж в пустыне. И когда нашу газету пригласили на официальную церемонию открытия, я со всех ног помчалась туда, чтобы все увидеть своими собственными глазами и потрогать собственными руками.

...Работа по организации завода началась пять лет назад. Агентство США по международному развитию (USAID) развернуло программу поддержки американских инвестиций в фармацевтическую индустрию России. Переговоры шли долго, пока, наконец, крупнейшая американская фармацевтическая компания «Серл Фарма» не установила контакт с Всероссийским научным центром молекулярной диагностики и лечения (ВНЦМДЛ) РАО «Биопрепараты». Они заключили соглашение о создании совместного предприятия, которым и стал только что открытый завод. На его проектирование и строительство было потрачено 24 миллиона долларов. Деньги внесла американская сторона, а ВНЦМДЛ отдал, как свою долю уставного капитала, земельный участок в три гектара, а также взял на себя выполнение целого ряда работ.

Несколько слов о компании «Серл Фарма», рассказывает сотрудник фирмы Евгения Ханукова:



— Компания была основана молодым фармацевтом Дэниелом Серлом в 1888 году в Омахе, штат Небраска. Сначала это было семейное предприятие, которое позднее преобразовалось в акционерное общество. В 80-х годах уже нашего столетия 100% акций «Серл» было выкуплено химической корпорацией «Монсанто», входящей в десятку самых крупных предприятий США. «Серл», получив большую финансовую поддержку, стала бурно развиваться. Сегодня эта корпорация мирового уровня имеет представительства в 40 странах на всех континентах. Право участвовать в строительстве завода в России она завоевала в конкурсе, обойдя пять других американских фирм — ее проект оказался лучшим.

Завод строился полтора года, его проектная мощность — 300 миллионов таблеток в год. Планируется выпуск сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и антибактериальных препаратов, примерно половину ассортимента будут составлять оригинальные разработки фирмы «Серл». Цена таблеток и капсул, которые выходят из этих цехов, естественно, ниже, чем если бы их привозили из-за границы.

— У нас используется сырье только самого высокого качества, — рассказал директор по качеству П. Н. Шустров. — На первом этапе освоения производства мы получаем готовые таблетки и капсулы из Франции, Германии и США и просто упаковываем их в блистеры и

коробки. На втором этапе будем уже сами изготавливать эти лекарственные формы. Для этого сейчас оснащаем современным оборудованием технологические и лабораторные службы.

...Перед тем как войти в стерильные цеха, журналистам велено было надеть одноразовые шапочки, тапочки и халаты. Это сразу дало соответствующий настрой: все немного заволновались. Работницы у конвейера тоже были сдержаны и немногословны, как врачи в операционной. Цехи не большие, народу пока мало — около 40 человек, зато специального оборудования достаточно — ручной труд сведен к минимуму.

...Экскурсия не заняла много времени. Когда мы вышли из проходной, с клумбы у главного входа мне улыбнулись розы, словно обещающая прекрасные перемены. Им хотелось верить.

Наталья Савватеева

Внешэкономбанк устроил «Солнечный день»

В концертном зале «Измайлово» состоялся детский праздник «Солнечный день-99». Главными его участниками были дети, излеченные от различных онкологических заболеваний, а гостями — близкие родственники, друзья, медицинский персонал Института детской онкологии и гематологии. В праздничном концерте выступили звезды российской эстрады и самодельные коллективы. В завершение детям были вручены подарки, состоялся торжественный обед.

Ежегодно злокачественными опухолями в столице болеет около 180–200 детей, но подавляющее большинство из них, после проведения соответствующего лечения в НИИ детской онкологии и гематологии, выздоравливает. Сегодня в Москве таких спасенных более 2500 человек. Институт, директором которого является выдающийся детский онколог, академик РАМН Л. А. Дурнов, находится на государственной дотации, диагностику и лечение здесь оказывают бесплатно. Последние годы финансирование не успевает за ростом цен, поэтому и здесь вынуждены сокращать расходы на питание, закупку лекарств, численность персонала. Нередко в клинике не хватает коек, чтобы принять всех нуждающихся.

— Длительность лечения онкологических заболеваний, — говорит Е. И. Моисеенко, заведующая отделением амбулаторной диагностики и лечения, главный организатор праздника, — приводит к вынужденной изоляции: по несколько лет ребенок он не посещает школу, не общается со сверстниками. Ему и его родителям необходима поддержка, чтобы вернуться к нормальной жизни. Традиционный праздник «Солнечный день» (он прошел уже четвертый раз) — это мощная психологическая поддержка как для детей и родителей, так и для медицинского персонала. К сожалению, все труднее становится изыскивать деньги на их организацию. В этом году посчастливилось: на призыв института откликнулся Внешэкономбанк. Он выделил средства и целиком взял на себя его подготовку. Это первая такого рода конкретная помощь, столь необходимая для нас.

Внешэкономбанк уже давно и активно занимается благотворительностью. Только за последние годы он оказал помощь родильному дому № 17, детской городской больнице № 9 им. Сперанского, Московскому областному госпиталю ветеранов войн, Морозовской ДГКБ. Внешэкономбанк является также членом попечительского совета ГКБ им. П. Б. Ганнушкина.

Участники праздника, дети, родители, врачи-онкологи, очень признательны банку за поддержку. Особая благодарность — Н. Н. Косову, председателю комиссии по благотворительности.

Редакция газеты «Больница» разделяет эти чувства: информацию о благородных делах меценатов будем публиковать обязательно. Ждем новых сообщений!

Памперс: да, да. Нет?.. Да!

В Овальном зале Министерства науки и технологий РФ состоялся Круглый стол «Современные технологии ухода за кожей детей раннего возраста», организованный Союзом педиатров России. Его цель – привлечь внимание общественности и родителей к вопросам профилактики детских болезней. Речь шла об одноразовых подгузниках – памперсах. Их использование до сих пор рождает противоречивые мнения. Вниманию участников Круглого стола была представлена информация о результатах последних клинических испытаний и научных исследований, проведенных учеными Союза педиатров.



Представленные данные позволили сделать следующие выводы:

1. Использование памперсов обеспечивает меньшую влажность кожи, чем в тканевых подгузниках. Благодаря этому пеленочный дерматит – распространенное заболевание новорожденных – встречается реже, кожа младенцев остается сухой и сохраняет нормальную pH.

2. Использование памперсов не вызывает парникового эффекта, поэтому нет научных оснований предполагать развитие бесплодия у мальчиков.

3. Возраст, в котором ребенок приучается пользоваться горшком, зависит только от его индивидуальных особенностей и влияния со стороны взрослых. Применение памперсов этот период не удлиняет.

4. Все преимущества одноразовых подгузников могут свестись к минимуму, если, в целях экономии, использовать памперс большее количество часов, чем это указано на упаковке.

5. Ребенок не должен быть «упакован» в памперс постоянно. При смене подгузника надо дать возможность коже подышать.

Доклады специалистов были настолько убедительны, что журналисты не смогли придумать ни одного каверзного вопроса. Однозначно: правильное использование одноразовых подгузников бережет кожу малыша, а также силы и время его мамы.

Татьяна Нефедова

**Новые технологии
в гастроэнтерологии**

В сентябре в Перми прошел очередной пленум Научного общества гастроэнтерологов России, посвященный новым технологиям.

В нем приняли участие известные ученые и врачи-практики из Москвы и регионов – всего около 750 человек. Специалисты выступили с лекциями перед врачами по наиболее актуальным проблемам гастроэнтерологии. О достижениях гастроэнтерологии и перспективах ее развития в новом веке рассказал академик РАМН профессор А. С. Логинов. В другой своей лекции он охарактеризовал имеющиеся классификации вирусных гепатитов и способы их лечения. Технологии литотрипсии была посвящена лекция д. м. н. А. А. Ильченко, колоноскопии в диагностике болезней толстой кишки – к. м. н. В. А. Рогозина. Большой интерес у слушателей вызвала лекция профессора Н. А. Бредихи-

ной о диагностике и лечении дисбактериоза. О показаниях и хирургических способах лечения портальной гипертензии доложил проректор Пермской медицинской академии профессор М. Ф. Заривецкий. Поражения печени у наркоманов стали темой лекции д. м. н. Л. Ю. Ильченко, а патогенез и лечение первичного билиарного цирроза печени подробно обсудил в своей лекции д. м. н. В. И. Решетняк. Профессор Ю. В. Васильев прочел две лекции. Одна из них была посвящена современным проблемам в области диагностики и лечения гастроэзофагальной рефлюксной болезни, а другая – язвенной болезни. В двух своих лекциях профессор Е. С. Голованова рассказала о новейших представлениях о нарушениях регуляторно-адаптивной системы при заболеваниях органов пищеварения и дискинезии желчевыводящих путей. Взаимосвязь патологии печени и желчных путей проанализировала профессор Л. Ф. Палатова. Профессор П. Я. Сандаков рассмотрел хирургические методы лечения калькулезного холецистита, а профессор В. Н. Репин – методы хирургического лечения нарушений дуоденальной проходимости. На иммунологические и генетические аспекты заболеваний органов пищеварения обратили внимание д. м. н. Т. М. Царегородцева и д. б. н. Г. Г. Порошенко. В Пермской области сложилась очень неблагоприятная экологическая обстановка. Поэтому большой интерес вызвала лекция о заболеваемости болезнями пищеварительной системы детей экологически неблагоприятных территорий Пермской области.

Присутствовавшие врачи отметили, что прослушанные ими лекции окажут существенную помощь в их повседневной практической работе. Безусловно, успешная работа пленума НОГР не была бы столь эффективной без огромных организационных усилий его Пермского отделения во главе с председателем – профессором Е. С. Головановой.

Центр реабилитации

В экологически чистой зеленой зоне Подмосковья расположено отделение восстановительного лечения Московского научно-практического центра «Кардиоангиология» для больных с ИБС, гипертонией, стенокардией, с перенесенным инфарктом миокарда и др. сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии компенсации.

Глубокоуважаемые коллеги, врачи поликлиник и стационаров!

Специалисты центра «Кардиоангиология» приглашают вас к сотрудничеству, которое, я уверен, пойдет на благо нашим пациентам.

В загородном отделении «Быково» есть все необходимое для реабилитации кардиологических больных. Кабинеты: электрокардиографии, велоэргометрии, холтеровского мониторирования, доплерографии, ингаляции, милттерапии, физиотерапии, рефлексотерапии, мануального и медицинского массажа, стоматологический кабинет, клиничко-биохимическая лаборатория, зал ЛФК с аутотренингом, теренкуры.

В холлах – цветные телевизоры, бесплатная прямая связь с Москвой, парикмахерская, косметический кабинет, библиотека. Палаты двухместные, со всеми удобствами и лоджией. Питание четырехразовое, санаторного типа.

Больные еженедельно консультируются специалистами Центра и имеют возможность при соответствующих показаниях воспользоваться уникальным методом эндovasкулярной диагностики и восстановления коронарного кровоснабжения, проводимых в Московском Центре «Кардиоангиология».

Лечение и обслуживание у нас бесплатное. Курс пребывания – 14–15 дней, выдаются больничные листы.

Пациенты, которым вы дадите направление в наш Центр, могут обратиться в отборочную комиссию НПСЦИК с 9.00 до 12.00 без предварительной записи (тел.: **924 9234**).

Адрес: 101000 Москва, Сверчков пер., д. 5, НПСЦИК, приемное отделение. Загородное отделение «Быково» (тел.: **558 4399**).

*Директор Центра «Кардиоангиология»
д. м. н., Лауреат Государственной Премии РФ
профессор Д. Г. Исоселиани*



ИЗДАТЕЛЬСТВО

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

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов

Журналисты редакции помо-
гут собрать и отредактировать
оригинальные материалы по
любой актуальной для Вас
тематике, а художники и
фотокорреспонденты сделают
иллюстрации.

Контактный тел./факс
465 4854, 399 8493.

Сайт доктора Мельникова

14 сентября начал свою работу новый медицинский интернет-проект «Сайт доктора Мельникова» (<http://www.aha.ru/~melamed>).

Придуман он мною – Александром Мельниковым. По профессии я врач, по «званию» – кандидат медицинских наук, по последней работе – журналист «Известий». Если вы читаете это уважаемое издание, то возможно встречались с моими статьями. Обычно они публикуются в разделе «Экспертиза», который выходит каждую среду на двух полосах. Темой моих публикаций становится все, что относится к здоровью: лекарства, продукты, пищевые добавки, медицинские, бытовые и прочие приборы, проблемы экологии, экспертиза рекламы и т. д. Эти же проблемы будут обсуждаться и на сайте. Особое внимание уделено проблемам самолечения.

Всех посетителей сайта можно разбить на две группы:

Первые – рядовые потребители. Они же и главные читатели «Экспертизы».

Вторые – производители и продавцы всего того, о чем можно будет прочитать на сайте.

Несмотря на то, что интересы этих двух «target-group» совпадают не всегда, я обещаю, что материалы, размещенные на сайте, будут одинаково интересны и покупателям, и производителям. Причем, последние заинтересуются не только разделом «Новости», где они смогут найти разнообразную информацию о компаниях, но и чисто потребительскими материалами.

Приглашаю вас к сотрудничеству в любых формах: от обсуждения острых проблем до рекламы ваших товаров и услуг. Welcome или добро пожаловать на сайт <http://www.aha.ru/~melamed>.

На сайте много новостной информации, касающейся фармацевтических компаний.

Материалы сайта постоянно обновляются. Уже сейчас можно прочитать массу интересной информации, а так же следующие новости:

Заговор витаминных королей: Hoffman La Roche, BASF и еще несколько компаний заплатят самый большой в истории штраф Фармацевтические рекорды американцев: в этом году они при-
мут почти 3 млрд. рецептурных лекарств

Препарат рамиприл усиливает свои позиции в кардиологии
Скандал вокруг препаратов из серебра

Скоро будет зарегистрирован первый препарат для лечения синдрома раздраженной кишки

А. Мельников



тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail – hospital@dataforce.net

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

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

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

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издаётся с 1993 года

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

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445

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

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

ЦЕНА
ДОГОВОР-
НАЯ