

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS

Не падай духом в
несчастье!

4 • 97

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

проф.
В. П. Сметник
Здоровье
женщины

стр. 3

Роддом:
работа над
ошибками

стр. 4 - 5

Лекарства
для лечения
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

стр. 6 - 11

ИСТОРИИ

стр. 13

У нас в гостях
Людмила
Лядова

стр. 15



Сергей Петрович Павлов в роддоме № 17 со дня его открытия. Сейчас заведует родблоком. С его легкой руки столица ежедневно получает по 10 новых москвичей. Напутствие перед выпуском: “Ребята, Москва слезам не верит, ей дело подавай”.

Фоторепортаж из роддома на стр. 1 - 12 В. Афанасьева



РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЯН В ОПАСНОСТИ



По данным Второй национальной ассамблеи "Охрана репродуктивного здоровья населения", прошедшей в начале нынешнего года, демографическая обстановка, сложившаяся в России в последнее время, характеризуется беспрецедентным для мирного времени снижением рождаемости, отрицательным балансом в естественном приросте населения. За 1991 - 1995 годы рождаемость снизилась на 23,2%, общая смертность возросла на 31,6%, средняя продолжительность жизни сократилась на 4 года. Абсолютное сокращение рождаемости за последние 5 лет составило около 4 млн. человек...

По данным статистических исследований, последние 4 года каждая женщина страны в возрасте до 40 лет в среднем рождает 1,3 ребенка, в то время как для стопроцентного воспроизводства каждой среднестатистической женщине требуется родить не менее 2,5 детей. Около 27% семей в России бесплодны. Высока младенческая смертность, которая составила 17,2 смертей на каждую тысячу новорожденных.

Только 10% российских школьников сегодня можно считать условно здоровыми. Причем, здоровье девочек-подростков значительно уступает здоровью мальчиков.



М И А

Издательство "Медицинское информационное агентство" выпустило в свет книгу Р. Г. Борояна "Клиническая фармакология для акушеров-гинекологов. Практическое руководство для врачей".

Готовится к выпуску следующая литература:

Серов В.Н. и соавторы "Руководство по практическому акушерству"; Вихляева Е. М. и соавторы "Руководство по эндокринной гинекологии"; Лихванцев В. В. и соавторы "Практическое руководство по анестезиологии"; Творогова Н. Д. и соавторы "Общая и социальная психология. Практикум"; Окоев Г. Г. и соавторы "Ультразвуковая диагностика"; Сметник В. П., Тумилович Л. Г. "Неоперативная гинекология".

Вы можете прислать свой заказ по адресу: 101000, г. Москва, Главпочтамт, а/я № 84, ООО "Медицинское информационное агентство", Григорьева Н. В. Тел./факс: (095) 245 8620.

**Международный конгресс
"Эндоскопия в диагностике и
лечении патологии матки"**

9 - 13 июня 1997 года

Проводится на базе НЦ АГИП РАМН с участием ведущих хирургов мира, прямой трансляцией операций, выдачей дипломов-сертификатов. Приглашаются гинекологи, онкологи, урологи и фирмы.

Справки по тел.: (095) 438 3411, 438 2455; факс: (095) 438 8539.



Как сохранить женственность и красоту

Наш корреспондент беседует с любимым женским доктором газеты "Больница" профессором, заведующей отделом эндокринной гинекологии Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН Верой Петровной Сметник

- Вера Петровна, на прошедшем недавно конгрессе "Человек и лекарство" по интересующей нас теме обсуждалось два направления - лечебное влияние контрацептивных препаратов и заместительная гормональная и гормонопрофилактика климактерических расстройств. Что нового предлагают ученые женщинам?

- По первому направлению основной доклад сделала профессор В. Н. Прилепская. Она изложила опыт использования таких контрацептивов, как Фемоден, Диане-35, Микрогинон, Триквилар и пр. Было отмечено, что кроме своего прямого противозачаточного действия, эти препараты оказывают и лечебный эффект при болезненных менструациях, гиперпластических процессах в эндометрии, при обильных менструациях, сопровождающихся анемизацией больных, при нерегулярных менструальных циклах. Фемоден и Микрогинон особенно показаны для контрацепции некурящим женщинам старше 35 - 45 лет. Диане-35 оказывает, кроме контрацептивного, еще и антиандрогенный эффект. Поэтому этот препарат может быть использован у женщин с симптомами вирилизма - жирная пористая кожа, вульгарная сыпь, избыточный рост волос в нетипичных для женщины местах (лицо, грудь, спина, живот). Лечебный эффект наступает после 4 - 6 месяцев приема.

Профессор Гуркин Ю. А. (главный детский гинеколог России) из Санкт-Петербурга изложил эффективность и дифференцированный подход к назначению различных типов контрацептивных средств у подростков.

В своем докладе я пыталась объяснить сущность климактерия. В последние 30 - 35 лет ведущими учеными мира разработана система профилактики и лечения климактерических расстройств. Все, в конце концов, пришли к выводу о необходимости использования заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

ЗГТ для женщин в климактерическом периоде включает натуральные гормоны и их аналоги, которые значительно слабее синтетических и полностью разрушаются в организме, оказав терапевтический эффект. Используются их крайне низкие дозы. При этом преследуется цель нормализации обменных процессов, лечебного действия, но не полного восстановления функции яичников.

Сейчас существует много высокоэффективных гормональных препаратов, содержащих одни эстрогены, например, Прогинова. Кроме этого, имеются и двухфазные препараты, при которых в первых 21 таблетке содержатся эстрогены, а в последних 10 - добавлены препараты, обладающие прогестероновым действием. Это - Климен, Циклопрогинова, Климонорм.

Двухфазные препараты показаны женщинам с "интактной" маткой, так как добавление прогестероноподобных веществ защищает этот орган от гиперпластических процессов и опухолей. В России имеется 5-летний опыт использования перечисленных препаратов. Выраженное улучшение общего состояния отмечается к концу первого месяца лечения, а полный эффект наступает к третьему месяцу и стабильно держится в течение всего периода лечения.

Старший научный сотрудник нашего Центра В. Е. Балан представила доклад, посвященный клиническим проявлениям и частоте урогенитальных изменений у женщин в климактерии. Практически эти симптомы отмечены у каждой второй женщины в возрастной группе 50 - 60 лет. Кроме болезненного состояния, эти изменения вызывают серьезные психологические расстройства и приводят к интимным проблемам в семье. Этой группе больных обязательно показана ЗГТ, как в виде таблеток, так и местно. На больших группах женщин, длительно принимающих ЗГТ установлено, что частота этих осложнений снижается вдвое. Кроме того, эта терапия позволяет женщинам сохранить женственность, существенно улучшить качество жизни.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Российское Общество по контрацепции проводят с 19 по 23 мая семинар **"Контрацепция и здоровье женщины"**. Руководитель семинара профессор В. Н. Прилепская.

Будут освещены вопросы механизмов лечебного и защитного действия гормональных контрацептивов, даны методы и схемы применения гормональных соединений при дисфункциональных маточных кровотечениях, предменструальном синдроме, дисменорее, гиперпластических процессах эндометрия и др.

Семинар будет сопровождаться показом видеофильмов, демонстрацией новых лекарственных средств, оборудования. Слушатели обеспечиваются необходимой литературой. По окончании семинара выдаются сертификаты.

Семинар "Заболевания шейки матки. Новое в диагностике и лечении", состоится с 26 по 30 мая.

Будут освещены: актуальные проблемы диагностики и лечения заболеваний шейки матки и влагалища (эктопия, лейкоплакия, эндометриоз, дисплазия, остроконечные и плоские кондиломы, рак и т. д.); основы кольпоскопии; возможности медикаментозной терапии заболеваний; дифференцированный подбор локальных методов лечения (электрокриотерапия и т. д.).

Заявки на семинары, с указанием необходимости бронирования гостиницы, принимаются по адресу: 117815, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4 НЦ АГИП РАМН, руководителю Учебного Центра д. м. н. Николаевой Е. И. Просим заблаговременно сообщить о своем согласии по телефонам: 438 7668, 438 3044, 433 7271.

Компания **"Фармация и Апджон"** активно подключилась к решению Федеральной программы Минздрава России **"Планирование семьи"**. Ею созданы медицинские информационные центры, которые снабжают врачей полной и развернутой информацией о продукции компании. Екатеринбургский центр охватывает в основном Урал, Сибирь и Дальний Восток, Санкт-Петербургский предназначен для Северо-западного региона, Московский центр, на базе Международной ассоциации "Семья и здоровье", обслуживает центральную часть России. Расходы, связанные с обучением, пребыванием в гостинице, приезжающим в центр врачам оплачиваются за счет компании.

Основная задача центров - обучение врачей, но любой пациент, обратившийся за разъяснениями, получит полную и достоверную информацию об интересующем его препарате.

Адреса Центров: Санкт-Петербург, пер. Гривцова, 3, тел.: (812) 210 6837, факс: (812) 314 0473; Москва, ул. Новый Арбат, 7, этаж 3, комната 30, тел.: (095) 232 9642.

Ой, мамочки!

Своим появлением 17-й роддом Связан решением правительства Москвы - как ни удивительно, но в бывшем Тимирязевском районе не было ни одного родильного дома. Он построен по типовому проекту, предусматривающему совместное пребывание матери и ребенка. А затем, исходя из необходимости, началось усовершенствование казало бы типового медицинского учреждения. Сейчас он рассчитан на 170 взрослых мест и 6 коек реанимации новорожденных.

Два года назад было открыто отделение оперативной гинекологии. Затем - отделение реанимации новорожденных, что позволило значительно снизить процент детской смертности. Врачи с ужасом вспоминают те времена, когда приходилось ждать приезда дежурной бригады реанимации, которая буквально разрывалась между московскими роддомами. А сегодня удается спасти казало бы обреченных детей. Например, была пациентка, у которой при сроке беременности 32 недели, ребенок соответ-

ствовал 26. Это был результат инфекции, перенесенной во время беременности. Малыш родился весом 945 г. Но сейчас он вполне прилично себя чувствует.

Но, к сожалению, не всех удается спасти. Был, например, ребенок со спинномозговой грыжей, отсутствием левой руки и несращением пищевода. А ведь такие дефекты должны фиксироваться на сроке 18 - 20 недель и подобная беременность должна быть прервана. Поэтому очень большое значение здесь придается работе отделения пренатальной диагностики, которая позволяет получать всю информацию о развитии ребенка в период беременности и при необходимости проводить лечение на ранних сроках.

Еще одна категория пациенток - это женщины с миомами матки, при которых вынашивается беременность и рождаются вполне здоровые дети. Сейчас таких случаев стало значительно больше. Этой проблемой занимается кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования ММА им. Сеченова, возглавляемая профессором Ириной Степановной Сидоровой, которая действует на нашей базе.

Увы, но здоровье населения ухудшается и, естественно, это отражается на детях. К тому же бескультурие и неосведомленность женщин сегодня



стали обычным явлением. А в результате - только 25 - 30 процентов малышей рождаются здоровыми. В то время как во всем мире беременность тщательно планируется, то есть выбирается момент, когда родители абсолютно здоровы, наша женщина зачатую узнает о ней, когда уже ребенок начинает шевелиться. И такое отношение порою оборачивается настоящей трагедией для семьи.

- К сожалению, - рассказывает Главный врач родильного дома Александр Александрович Сидоров, - бывают случаи, когда женщине по тем или иным причинам врачи советуют не иметь детей. Как правило, это следствие какого-либо заболевания, которое может отразиться на здоровье ее и ребенка. Однако многие попросту игнорируют подобные



предупреждения и предпочитают вообще не обращаться к врачам. Например, одна женщина, страдающая тяжелым гинекологическим заболеванием, поступила именно таким образом. В начале беременности она ощущала головные боли, на которые не обращала внимания, позднее у нее началась рвота. В общем, к нам она попала в коматозном состоянии. И речь уже шла о спасении ее жизни.

Кстати, еще одна крайность - отказавшиеся от традиционных медицинских услуг, будущие мамы обращаются в различные организации, где занимаются якобы подготовкой и ведением родов. К сожалению, уровень подобных "школ" не всегда профессионален. И зачастую к нам поступают

больше беспокоит врачей, нежели женщин. Конечно, полностью восполнить пробел в воспитании, физической и психологической подготовке в условиях родильного дома нереально. Однако специальные фильмы, о том, как правильно вести себя во время родов, что такое кесарево сечение, которые показывают в отделении патологии, помогают преодолеть страх, быстрее и доходчивее объясняют роженицам, что им надо делать. Все эти ленты сняты в роддоме и используются в качестве учебного пособия.

- Но, надо признать, все чаще нам приходится сталкиваться с тяжелыми последствиями легкомысленности беременных, - сокрушается Александр Александрович. Была у нас пациентка - 17-летняя студентка одного из престижных колледжей. При

белковая пища, необходимая для развития плода, заменяется кашей, макаронами и булочками. Ни к чему хорошему это не приводит. Например, была пациентка, которая при росте 154 см весила 145 кг. Причем это не следствие какого-либо заболевания, а элементарное ожирение в результате безграмотного питания. В итоге - анемия, повышенное давление, отеки.

Другая социальная проблема, с которой сталкиваются московские роддома - это беженцы. Поступают женщины, как правило, уроженки Средней Азии и Закавказья, по документам нигде не работающие, брак не зарегистрирован. Естественно, ни о каком наблюдении у врача и речи быть не могло. И, мотивируя тяжелым положением, отказываются от малышей. Иногда, правда, юристам удается доказать, что на деле все обстоит иначе

- вот уже не первый год она проживает в Москве, а материальному положению ее сожителя можно только позавидовать. Но будет ли малышу от этого лучше?

Но все же большинство детей рождаются очень желанными. А если папа вдруг захочет увидеть рож-



обследовании у нее обнаружили открытый период сифилиса. Ребенок родился инфицированным, хотя во всем остальном - вполне здоровый малыш. Так вот, семья этой девушки решила отказаться от ребенка - нам, мол, сифилитик не нужен, а у нее еще вся жизнь впереди. Малыша, конечно, вылечат, но клеймо у него останется на всю жизнь, фактически лишая его шансов на усыновление.

Очень многие проблемы со здоровьем как женщин, так и новорожденных имеют чисто социальные корни. Например, многие женщины страдают анемией. По сути, этого можно избежать только при условии полноценного, правильного питания - хорошее мясо, рыба, овощи должны непременно входить в рацион беременной. А сегодня далеко не каждая семья может позволить себе это. Зачастую

дние ребенка - пожалуйста. Врачи это очень приветствуют. Ведь для любой женщины роды это большой стресс - она боится боли, боится сделать что-нибудь не так, чувствует себя одинокой. И присутствие близкого человека помогает ей успокоиться. Кстати, считается, что у таких мужчин отцовские чувства гораздо сильнее. Одно дело встретить жену из роддома, а другое - присутствовать при родах. Для малыша тоже очень хорошо, когда папа рядом: он чувствует, что родился в семье, что ему все рады.

женщины в тяжелом состоянии, роды у них в течение нескольких суток вели такие "специалисты". Если уж ориентироваться на зарубежный опыт, то надо знать, что там в случае ведения родов дома, обязательно находится машина или вертолет Скорой помощи. Чтобы в случае малейших осложнений доставить роженицу в клинику.

Но главное, что такие мамы меньше всего задумываются о том, как подобные "эксперименты" скажутся на малышах. Как правило, этот вопрос

В. Былинская
Т. Маркарянц

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*В. Н. Прилепская, Г. Р. Байрамова, Научный Центр Акушерства,
Гинекологии и Перинатологии РАМН*

Грибковые заболевания являются одной из важнейших проблем медицины. В последние годы во всем мире отмечается увеличение частоты инфекционных заболеваний влагалища, в том числе и вагинального кандидоза (ВК). За последние 10 лет частота ВК возросла почти в 2 раза и составляет по данным различных авторов от 26 до 40 - 45%. Рост заболеваемости связан, в первую очередь, с воздействием различных факторов внешней среды на организм человека: широким использованием химических средств, загрязнением воздуха, применением различных медикаментозных средств, особенно антибиотиков, что отрицательно влияет на иммунологическую защиту организма.

Особую тревогу вызывает и то, что повсеместный рост числа женщин, больных вагинальным кандидозом сказывается не только на состоянии здоровья будущих матерей, но и на их детях. В конечном итоге безобидное, на первый взгляд, заболевание является потенциальной опасностью для будущего поколения. Важно подчеркнуть, что по данным литературы 75% женщин репродуктивного возраста имеют по крайней мере один эпизод вагинального кандидоза в течение жизни.

Внедрение в широкую практику антибиотиков, цитостатиков, глюкокортикоидов, трансплантация органов и т. д. нередко приводит к всплеску заболеваемости микозами. В настоящее время участились случаи заболеваемости и системными микозами.

Возбудителями кандидоза являются грибы рода *Candida*, насчитывающие свыше 100 видов (*albicans*, *tropicalis*, *krusei*, *neoformans*, *glabrata*, *parapsilosis* и др.). Один из наиболее часто встречающихся видов дрожжеподобных грибов - *C. albicans* (95% случаев кандидоза).

Грибы рода *C. albicans* относятся к условно-патогенным микроорганизмам, круглой или овальной формы, размеры которых варьируют от 1,5 до 10 мкм. Они обитают как в окружающей среде, так и на поверхности кожных покровов и слизистых оболочках здорового человека. Под воздействием тех или иных факторов, грибы распространяются в организме женщины и, тем самым, способствуют возникновению заболевания при определенных эндогенных и экзогенных условиях.

При ВК наиболее часто женщины предъявляют жалобы на обильные или умеренные творожистые или сливкообразные выделения из половых путей, зуд, жжение в области наружных половых органов, усилением зуда во время сна, после водных процедур, а также неприятный запах, усиливающийся после половых контактов.

Диагностика ВК в настоящее время не представляет больших трудностей и включает в себя клинический метод, бактериоскопический (окраска мазков по Граму, исследование нативного мазка), бактериологический (посев, преимущественно на среду Сабуро), серологический метод (реакция антиген - антитела).

Большая роль при постановке диагноза ВК наряду с клиническими признаками принадлежит микробиологическим методам исследования, диагностическая точность которых достигает 95%.

Для изучения микроэкологии влагалища необходима комплексная оценка результатов культуральной диагностики и микроскопии мазков вагинального отделяемого.

Серологический метод не нашел широкого применения, т. к. у большинства людей есть антитела к кандидам.

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза особую важность приобретает проблема его лечения.

Используемые в настоящее время противогрибковые препараты для лечения ВК представляют собой антибиотики полиенового ряда: нистатин, леворин, амфотерицин В; препараты имидазольного ряда: кетоконазол, миконазол, бифоназол; препараты триазольного ряда: флуконазол, интраконазол и др.

В последние годы широкое применение в лечении ВК нашел новый триазольный антимикотик **Дифлюкан** (фирма Pfizer, США).

Препарат является одним из наиболее эффективных и высоко безопасных противогрибковых препаратов ввиду его метаболической стабильности, быстрого всасывания за счет хорошей растворимости, минимального влияния на ферментные процессы в печени.

Дифлюкан относится к новому классу триазольных соединений, который угнетает биосинтез стеролов мембраны грибов, связывает группу гема зависимо от цитохрома P-450 фермента ланостерол-14-деметилазы грибковой клетки, нарушает синтез эргостерола, в результате чего ингибируется рост грибов. Установлено, что препарат активен при микозах, вызываемых условно-патогенными (оппортунистическими) грибами, в том числе рода *Candida*, *Cryptococcus neoformans* включая внутричерепные инфекции, *Microsporium* spp., *Trichophyton* spp. При этом Дифлюкан избирательно действует на клетку гриба, что исключает развитие побочных реакций, таких как гинекомастия, гипокалиемия, импотенция и др.

Биодоступность препарата высока. Он хорошо абсорбируется в желудочно-кишечном тракте, проникает через гисто-гематические

барьеры. Его уровень в плазме крови после приема внутрь достигает 90% от такового при внутривенном введении. Максимальная концентрация Дифлюкана в плазме через 2 часа после приема 150 мг внутрь равна 2,44 - 3,58 мг/л (Houang E., 1990). Важно отметить, что абсорбция препарата из кишечника не зависит от приема пищи.

Учитывая длительный период полувыведения Дифлюкана из плазмы (около 30 часов), данный препарат при ВК можно назначать однократно в дозе 150 мг, что определяет его преимущество перед другими антимикотическими средствами (уже через 2 часа после введения препарата достигается терапевтическая концентрация в плазме, а через 8 часов - во влагалищном содержимом). Активность сохраняется по крайней мере в течение 72 часов.

Дифлюкан активно распределяется в тканях и жидкостях организма. Концентрация препарата в слюне и мокроте аналогичны его уровням в плазме, концентрация в ликворе составляет приблизительно 80 - 90% от уровня в плазме. В этой связи препарат может быть широко использован для лечения грибкового поражения центральной нервной системы и легких.

Препарат выводится из организма в основном почками, при этом метаболитов в периферической крови не обнаруживается. Около 70 - 80% введенной дозы выделяется с мочой в неизменном виде. Связывание препарата белками плазмы невелико и составляет 11 - 12%. Важно отметить, что в отличие от других антимикотических средств, Дифлюкан не оказывает влияния на метаболизм гормона, не изменяет концентрацию тестостерона в крови у мужчин и содержание стероидов у женщин.

Препарат следует назначать однократно в дозе 150 мг перорально.

Как правило Дифлюкан хорошо переносится больными. Однако в литературе описаны случаи побочного действия препарата, проявляющиеся в виде диспептических расстройств.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что препарат Дифлюкан является высокоэффективным средством лечения ВК, который быстро купирует симптомы, удобен в применении, процент побочных реакций при его применении является минимальным. Следует также отметить высокую эффективность препарата при рецидивах заболевания и уменьшение колонизации грибов рода *Candida* прямой кишки.

Таким образом, применение Дифлюкана является перспективным современным методом лечения кандидозного вульвовагинита.

МИОМА МАТКИ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕСТРАНОМ

А. Л. Тихомиров, кафедра акушерства и гинекологии Московского медицинского стоматологического института

Миома матки - самое распространенное доброкачественное реактивно-возникающее опухолевидное образование из гладкомышечных элементов, с последующим преимущественным фиброзированием в условиях тканевой гипоксии. Встречается у 15 - 20% женщин старше 30 лет, до 40% женщин старше 40 лет, и составляло до последнего времени до 80% операций в гинекологии.

В результате многолетних исследований клиники, морфогенеза, гормонального и иммунного профилей больных миомой матки, попыток разнообразных методов консервативного лечения заболевания, ее принято считать гормонально-зависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия. Она возникает и прогрессирует у женщин детородного возраста, когда высока гормональная активность яичников, и нередко регрессирует после наступления менопаузы, когда резко снижается уровень половых гормонов. С другой стороны, мы рассматриваем миому матки как результат процесса патологической регенерации поврежденного механически или воспалительными инфильтратами миометрия, риск которых (внутриматочные вмешательства, половые инфекции) выше у женщин детородного возраста. Несомненно, половые гормоны регулируют рост миомы матки, особенно на этапах клинически определяемых узлов, когда в них формируется значительное количество экстрацеллюлярного матрикса, повышающего чувствительность миомы к стероидным гормонам.

Существовавшее десятилетиями представление о том, что больные миомой матки подлежат преимущественно радикальному хирургическому лечению после пассивного наблюдения за динамикой роста узлов, сменилось тенденцией к комплексному консервативному ведению этого контингента больных. Понятие же об онкологической настороженности при миоме матки - мало оправдано, так как развитие саркомы в узле миомы встречается в 30 раз реже, чем развитие любой другой злокачественной опухоли любого другого органа. При этом за всю историю гинекологии не отмечено ни одного случая метастазирования развившейся в узле миомы матки саркомы, которая бывает преимущественно эндометриоидного происхождения, что подчеркивает возможность реактивного роста миоматозной ткани вокруг очагов эндометриоза в миометрии с целью их отграничения. Такая относительно редко встречающаяся опухоль матки, как лейомиосаркома развивается преимущественно первично и не имеет ничего общего по морфогенезу с миомой.

Под выражением "комплексное консерва-

тивное ведение" подразумевается сочетание химической (медикаментозной) миомэктомии при раннем выявлении заболевания и оперативной миомэктомии с принципами минимизации хирургической травмы на этапе экспансивного роста миомы матки.

Такой подход стал возможен в связи с разработкой гестринона, коммерческое название - **Неместран** (фирма Hoechst Marion Roussel), обладающего антигестагенным, антиэстрогенным, антигонадотропным и антиандрогенным действием, и агонистов Гн-Рг (гонадотропных рилизинг-гормонов), уже использовавшихся в мировой практике для попыток лечения миомы матки. Уменьшение размеров миомы матки при лечении агонистами Гн-Рг (леупролид, золадекс и т. п.) обусловлено только снижением циркуляции половых гормонов, то есть их антигормональным воздействием, которым обладает и Неместран, являясь в несколько раз более доступным по цене и удобным в употреблении. Проведенные ранее изучения эффективности этого препарата в лечении миомы матки оказались противоречивыми, что требует поиска более четкого отбора больных для достижения наилучших результатов консервативного лечения.

Эти факты вызвали необходимость изучения на разных этапах развития миомы матки влияния обратимой псевдоменопаузы, создаваемой Неместраном. Целью исследования явилось изучение терапевтического эффекта Неместрана у больных с различными размерами миомы матки и возможности ее профилактики.

Обследовано и пролечено 120 пациенток в возрасте от 23 до 50 лет. Размеры миомы матки у них на момент обращения составили от незначительных узелков (несколько миллиметров в диаметре) до миом, соответствующих 9 - 10 неделям беременности. Все больные обследовались перед назначением стандартного курса Неместрана (по 1 таблетке 2 раза в неделю в течение 6 месяцев), через каждые 3 месяца на фоне лечения и после него. Локализация миоматозных узлов у всех пролеченных больных была межмышечной и межмышечно-подбрюшинной. У пациенток не наблюдалось выраженных побочных эффектов, хотя аменорея почти у всех наступала лишь после второго месяца приема препарата. Восстановление менструальной функции у больных детородного возраста отмечено через 29 - 35 дней после приема последней таблетки, больных в пременопаузе удавалось плавно переводить в менопаузу. На фоне приема таблеток существенно прибавила в весе (10 кг) лишь одна

больная в возрасте 26 лет с предрасположенностью к нарушению жирового обмена и не справившаяся со своим аппетитом. Все больные отметили удобство приема препарата.

Основные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности Неместрана в лечении миомы матки у больных с незначительным диффузным увеличением матки и наличием узелков до 12 мм в диаметре. У этих больных в итоге проведенного курса лечения Неместраном отмечены нормализация размеров матки и эхоструктуры миометрия, исчезновение существовавших миоматозных узлов, подтвержденное ультразвуковым исследованием с использованием трансвагинального датчика. У больных же с пальпаторно определяемой миомой матки, при соответствии ее 6 - 7 неделям беременности, отмечено уменьшение размеров узлов на 30 - 34%. При более значительных размерах достигнута лишь стабилизация размеров миоматозной матки, сохранение локализации узлов, существовавших до начала лечения, а также отсутствие новых узлов на фоне терапии и в первые 1,5 - 2 месяца после ее окончания. Пять таких больных со значительными размерами миомы матки прооперированы нами (3 - консервативная миомэктомия, 2 - надвлагалищная ампутация матки) через 4 - 8 месяцев после окончания курса терапии. Таким образом можно сделать вывод, что для наиболее высокого терапевтического эффекта Неместрана в лечении миомы матки необходима ранняя диагностика этого заболевания. На более поздних стадиях миомы его использование может носить вспомогательный характер в предоперационном периоде (особенно перед консервативной миомэктомией) или стабилизирующий при наличии противопоказаний к операции, как это оценивается и другими исследователями при назначении адъювантной терапии (агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов). Еще с большей настойчивостью мы рекомендуем 6-месячный курс лечения Неместраном после проведения консервативно-пластических операций у больных миомой матки с целью предотвращения рецидива заболевания, нередко возникающего после неподдержанных антигормональным лечением операций вылушивания миоматозных узлов.

На следующем после терапии Неместраном этапе, для достижения закрепляющего результата лечения эффекта, рекомендуется проведение индивидуально-подобранной иммунокоррекции.

ЭГИС



Сорбифер Дурулес - новый препарат железа в виде таблеток, покрытых оболочкой. Действующее вещество: железа сульфат 320 мг, соответствующий 100 мг Fe(II) и кислота аскорбиновая 60 мг.

Препарат применяют профилактически при предлатентной недостаточности железа, лечении состояний, сопро-

вождающихся недостаточностью железа (железодефицитная анемия) в латентном и манифестном периодах.

Высвобождение действующих веществ в желудочно-кишечном тракте происходит постепенно, в течение 6 - 8 часов. Это позволяет принимать препарат всего 1 - 2 раза в сутки. Благодаря замедленному высвобождению железа, его концентрация в ЖКТ незначительна и потому слизистая оболочка раздражается в меньшей степени, а значит меньше и побочных эффектов.

СОРБИФЕР ДУРУЛЕС

Для взрослых и подростков старше 12 лет средняя суточная доза составляет 2 таблетки в два приема - утром и вечером за полчаса до еды. Женщинам в первые 6 месяцев беременности следует принимать 1 таблетку в день, а в третьем триместре беременности и во время лактации - 2 раза по одной таблетке в день.

Противопоказания: сужение пищевода и/или обструктивные заболевания пищеварительного тракта; патологические состояния, сопровож-

дающиеся повышенным депонированием железа.

Побочные эффекты: легкая тошнота, понос или запор, боли в области желудка.

Сорбифер Дурулес производится по лицензии фирмы "Астра" (Швейцария).

Более подобная информация о препаратах Венгерского фармацевтического завода "Эгис" и возможности их закупки в Представительстве по адресу: 123376, Москва, ул. Красная Пресня, 1/7, офис 570, тел.: 252 6402, 250 7180; факс: 252 6502.

СОЛВЕЙ



Дуфастон (дидрогестерон) - оральное аналог природного прогестерона. Препарат оказывает чисто прогестагенное действие на матку и клетки, чувствительные к гестагенам. Сопутствующие андрогенные и кортикоидные действия отсутствуют. В терапевтической области дозирования не оказывает влияния на двухфазный цикл (не влияет на базальную температуру, не подавляет овуляцию). Отсутствует воздействие на функцию печени, на свертываемость крови; метаболизм липидов остается неизменным.

Показан во всех случаях эндогенной прогестеронной недостаточности: дисменорее; предменструальном синдроме; нарушении цикла; эндометриозе; бесплодии, вызванном лютеиновой недостаточностью; привычном или угрожающем аборте, связанном с установленной прогестеронной недостаточностью; для заместительной гормональной терапии во время менопаузы.

Противопоказания: синдром Дубина-Джонсона и синдром Ротора.

Дуфастон, в общем, переносится хорошо. Редко случающиеся кровотечения можно купировать повышением дозы. У особо чувствительных пациенток могут временно появиться тошнота, головокружение, диарея или запор. С осторожностью назначать пациенткам с нарушением функции печени.

Способ применения и дозы: предменструальный синдром: 2 раза в день по таблетке с 11 по 25 день цикла; дисменорея: 2 раза в день по 1 табл. с 5 по 25 день цикла; эндометриоз: 2 - 3 раза в день по 1 табл. с 11 по 25 день цикла; бесплодие: 2 раза в день по 1 табл. с 11 по 25 день цикла. Лечение должно продолжаться не менее 6 циклов. При наступлении беременности рекомендуется продолжать терапию дважды в день по 1 табл. в течении первых месяцев беременности.

Заместительная гормональная терапия во время менопаузы: при постоянном замещении эстрогенов 1 - 2 раза в день по 1 табл. в первые 12 дней календарного месяца; при циклическом замещении эстрогенов 1 - 2 раза в день по 1 табл. в последние 12 дней замещения эстрогенов. После отмены дуфастона случаются кровотечения, обусловленные прекращением действия гормона.

ДУФАСТОН

Форма выпуска: таблетки по 10 мг № 20.

Пре-Пар (ритодрин) - токолитическое средство. Понижает тонус и сократительную активность миометрия. Токолитический эффект обусловлен воздействием β_2 -адренорецепторов в миометрии.

Препарат показан при преждевременных родах (после 16 недель беременности); для профилактики преждевременных родов после гинекологических вмешательств; при остром дистрессе плода, вызванном гипермоторикой матки или развившимся в результате обвития пуповиной.

Противопоказания: маточное кровотечение, заболелая сердца у матери.

При соответствующей дозировке Пре-Пар переносится хорошо, гипотонии не возникает, если соблюдается рекомендованный график назначений и пациентка находится в правильном положении. Возможны: тахикардия, приливы, тошнота, рвота, тремор.

При применении препарата возможно увеличение частоты сердечных сокращений плода на 25 ударов в минуту; число сердечных сокращений у матери не должно превышать 135 ударов в минуту. С осторожностью назначают пациенткам, страдающим сахарным диабетом. В первые дни лечения может возникнуть потребность в

ПРЕ-ПАР

изменении дозы инсулина.

Дозировка. Начальная доза для в/в введения - 0,05 мг/мин. При необходимости дозу препарата постепенно увеличивают на 0,05 мг/мин. каждые 10 - 15 мин. до достижения необходимого клинического эффекта. Обычно эффективная доза препарата колеблется от 0,15 до 0,3 мг/мин. Инфузия может продолжаться от 12 до 48 часов после купирования состояния гипермоторики матки. В целях профилактики артериальной гипотонии во время парентерального введения препарата больная должна лежать на боку. При раскрытии шейки матки более, чем на 4 см, препарат менее эффективен. При назначении препарата одновременно с глюкокортикостероидами возможно развитие отека легких. Пероральный прием препарата используется в качестве поддерживающего лечения после парентерального применения (1 табл. каждые 2 - 6 ч.). Длительность курса определяется врачом индивидуально в каждом конкретном случае. Форма выпуска: таблетка по 10 мг № 40; стерильный раствор в ампулах по 10 мг/мл № 10.

Более подробную информацию о препаратах можно получить в Представительстве компании "Солвей фарма": 117049, Москва, ул. Мытная, 1, под. 2, оф. 32, тел.: 230 0932, 230 0943, факс: 232 3852.

АСТА МЕДИКА



Велонаркон (кетамин) - средство для неингаляционного наркоза быстрого и не продолжительного действия. При однократном в/в введении наркотический эффект наступает через 30 - 60 сек и длится 5 - 10 мин (до 15 мин). При в/м введении кетамина в дозе 4 - 8 мг/кг эффект наступает через 2 - 4 мин (до 6 - 8 мин) и продолжается в среднем 12 - 25 мин (до 30 - 40 мин). Велонаркон вызывает выраженный анальгетический эффект, но недоста-

точное расслабление мышц. При введении сохраняется глоточный, гортанный и кашлевой рефлекс. Препарат метаболизируется в печени.

Велонаркон применяют для вводного и базисного наркоза, при кратковременных хирургических вмешательствах, требующих и не требующих мышечной релаксации, при болезненных инструментальных и диагностических манипуляциях, при транспортировке больных, обработке ожоговой поверхности.

Ослабленным больным, пожилым и больным в шоковом состоянии препарат вводят в дозе 0,5 мг/кг. Общая доза для взрослых составляет 2 - 6 мг/кг/ч. При

в/м введении требуется 6,5 - 13 мг/кг массы тела кетамин. У детей целесообразно применять Велонаркон в/м при кратковременных операциях, не требующих релаксации (с сохранением спонтанного дыхания).

Побочное действие. Повышение артериального давления, тахикардия, гиперсаливация, одышка и угнетение дыхания, психомоторное возбуждение и галлюцинации в период выхода из наркоза. Крайне редко в месте введения препарата может наблюдаться болезненность и гиперемия по ходу вены.

Велонаркон противопоказан пациентам с нарушением

ВЕЛОНАРКОН

мозгового кровообращения, при гипертонии, стенокардии и сердечной недостаточности в стадии де-компенсации; при эклампсии. Противопоказан детям с эпилепсией.

Особые указания. Нельзя смешивать в одном шприце с барбитуратами (выпадает осадок). Следует соблюдать осторожность при операции на гортани и глотке (применяют миорелаксанты). С осторожностью назначают кетамин больным с заболеваниями почек.

Дополнительная информация о препарате и возможности его приобретения по адресу: 117198; Москва, ул. Миклухо-Маклая, 11А, тел.: 232 0042; факс: 232 0037.

ЙЕНАФАРМ



Климонорм - антиклимактерическое средство. Показания: гормональная заместительная терапия в пре-, перименопаузе, а также после экстирпации матки и овариэктомии (посткастрационный синдром).

Эффективность Климонорма была доказана во время проведения в России клинических испытаний (см. "Акушерство и гинекология" № № 3, 5, 1996; Материалы симпозиума "Проблемы перименопаузального периода, Москва, 1996).



Климонорм назначают для лечения психических и вегетативных нарушений (приливы жара, потливость, нарушения сна, головокружение, нервозность, раздражительность, ухудшение работоспособности, головная боль, снижение либидо, нарушения трофики кожи и слизистых оболочек половых органов, недержание мочи при стрессе, непроизвольное мочеиспускание, мышечные и суставные боли).

Климонорм способствует профилактике остеопороза и снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболе-

ваний. Он компенсирует дефицит женских половых гормонов, благодаря чему кожа становится эластичной и упругой, устраняется сухость влагалища, восстанавливается либидо.

Дозировка: в перименопаузе прием таблеток начинают на четвертый день цикла, в постменопаузе - в любое время. Прием продолжают в течение 21 дня, следуя по направлению стрелки на упаковке, затем 7-дневный перерыв, во время которого происходит менструальноподобное кровотечение. После перерыва начинают прием из следующей упаковки, независимо от того, закончилось,

или еще продолжается кровотечение.

При наличии посткастрационного синдрома Климонорм назначают через неделю после операции.

Для профилактики остеопороза рекомендуется назначать лечение на срок от 8 до 10 лет.

Климонорм хорошо переносится. Противопоказания - такие же, как для гормональной контрацепции.

Более подробную информацию можно получить в московском Представительстве фирмы по адресу: 129090, Москва, ул. Дурова, 26, корп. 1. Тел.: 926 5067, 284 7922, факс: 284 7958.

КЛИМОНОРМ

ЛЕЙРАС



Новый обратимый высокоэффективный метод гормональной контрацепции - имплантируемый препарат **Норплант**. Это шесть эластичных капсул, содержащих по 36 мг левоноргестрела, которые вводятся под кожу внутренней поверхности

плеча. В течение пяти лет путем диффузии в кровь поступает постоянно низкая доза гормона (около 30 мкг/сутки). Эффективность норпланта высока, суммарное количество беременностей на 100 женщин, использующих препарат, за год составляет 0,2. Показан женщинам любого возраста, желающим использовать средство длительной контрацепции. Нор-

плант является средством первого выбора для женщин, которым противопоказаны эстрогены, поскольку это чисто гестагенный препарат. Также он может быть использован во время кормления грудью (через 6 недель после родов).

У норпланта меньше противопоказаний, чем у комбинированных оральных контрацептивов. Побочные эф-

фекты типичны для прогестинотерапии.

Действие препарата обратимо. При желании забеременеть, можно в любой момент удалить капсулы, контрацептивный эффект исчезает в течение нескольких дней.

Более подробную информацию врачи могут получить по телефону: 926 5067, а пациентки - 484 6033, 138 4466.

НОРПЛАНТ

ВЛИЯНИЕ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

Д-р В. Синхай и соавторы

«Успехи контрацепции», 1995 г, 11, с. 143 - 155. Лондон

Кормление грудью - наиболее естественный способ вскармливания ребенка. Несмотря на широкое распространение искусственного питания младенцев во многих странах мира, грудное вскармливание является основным условием выживания младенцев раннего возраста. Помимо того, что кормление грудью укрепляет эмоциональные связи между матерью и ребенком, оно обеспечивает малыша всеми питательными веществами, необходимыми для нормального развития в первые шесть месяцев его жизни, предотвращает развитие инфекций. И, наконец, что особенно важно - грудное кормление оказывает контрацептивное действие, подавляя развитие фолликулов и овуляцию.

Контрацептивный эффект грудного кормления является важным средством для увеличения промежутка между родами, однако, поскольку контрацептивное действие грудного кормления весьма непостоянно во времени и, кроме того, различно у разных людей, кормящие матери в целом нуждаются в дополнительной эффективной и безопасной контрацепции. При этом применение противозачаточных средств не должно сопровождаться прекращением кормления грудью и не должно влиять на продукцию молока и здоровье матери. Применение внутриматочных спиралей (ВМС) и презервативов обеспечивают эффективную контрацепцию, не влияя на процесс кормления ребенка, однако многие женщины предпочитают и просят назначить им пероральные контрацептивы (ПК).

Проведенные исследования показали, что комбинированные ПК, содержащие эстрогены и прогестогены, могут снижать количество грудного молока. В отличие от комбинированных ПК, контрацептивные препараты, содержащие только прогестоген (ОКП), такого влияния не оказывают. Они также не влияют на рост и здоровье детей и, таким образом, являются хорошо переносимыми и безопасными средствами для кормящих матерей. К данной группе препаратов относится **Экслютон**, который в настоящее время применяется в 43 странах мира. Это гестагенный препарат для приема внутрь с низким содержанием активного вещества (1 табл. содержит 500 мкг линэстренола). Контрацептивный эффект ОКП основан на воздействии на цервикальную слизь (повышение вязкости и снижение про-

ницаемости), изменениях в эндометрии, препятствующих nidации оплодотворенной яйцеклетки, а также подавлении овуляции и формирования желтого тела. Индекс Перля, при условии правильного приема препарата, составляет 0,4. В крупномасштабных клинических исследованиях было показано, что Экслютон имеет частоту неудач 0,9 беременностей на 100 человеко-лет (из них 0,4 - "неудача препарата" и 0,5 - "ошибка пользователя").

Для изучения влияния этого ОКП на кормление грудью и рост ребенка было проведено исследование двух групп кормящих матерей, одна из которых принимала Экслютон, а другая пользовалась негормональной контрацепцией в виде медьсодержащей ВМС Мультилоуд Cu250.

пе, пользующихся Мультилоудом ($p < 0,004$, $p < 0,004$ и $p = 0,036$ соответственно).

Количественный анализ грудного молока. До начала применения контрацептивов группы женщин не различались по показателям потребления молока ребенком и среднего количества кормлений грудью в день. Однако в группе женщин, принимавших Экслютон, средняя продукция молока была значительно больше, чем в группе, пользовавшейся ВМС. Количественные характеристики кормления детей через 1, 3 и 6 месяцев применения контрацептивов между группами существенно не отличались.

Анализ состава грудного молока. До начала применения контрацептивов женщины двух групп не различались по показателям средних

концентраций в молоке кальция, магния, фосфора, натрия, калия, азота и триглицеридов. В процессе применения противозачаточных средств группы женщин также не различались по составу молока, за исключением более высоких концентраций кальция и магния в молоке женщин, принимавших Экслютон, через 1 месяц применения контрацептивов ($p = 0,016$, и $p = 0,041$ соответственно).

Приемлемость и безопасность. Переносимость обоих контрацептивных средств была очень высока, и только одна женщина через 6 месяцев прекратила прием Экслютона из-за шума в ушах и головокружения. При обследовании женщин и их детей через 6 месяцев

после начала применения контрацептивов выяснилось, что доля детей, болевших в течение 4 недель до этого обследования, в группе женщин, принимавших Экслютон, была значительно ниже, чем в группе женщин, пользовавшихся Мультилоудом (соответственно 42,1 и 75%, $p = 0,001$). Заболеваемость самих матерей, а также частота появления проблем с кормлением грудью в двух группах женщин были одинаковыми.

Данное исследование подтверждает, что оба препарата являются вполне приемлемыми и безопасными средствами контрацепции для кормящих матерей.

(Статья дается в изложении)

Более подробную информацию о препарате Экслютон и возможности его приобретения можно получить в информационном Центре по репродукции человека фирмы "Органон", тел.: 438 2066.

Антропометрические показатели развития детей, матери которых пользовались контрацептивами

Параметр	Исходно	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Вес ребенка (г)				
Экслютон	4410	5240	6350	7200
Мультилоуд	4460	5260	6320	7170
Рост ребенка (см)				
Экслютон	54,5*	58,2	62,7	67,1
Мультилоуд	55,3	58,3	62,4	67,2
Окружность головы ребенка по двум осям (см)				
Экслютон	36,8	38,5	40,7	42,8
Мультилоуд	37,0	38,5	40,6	42,8
Вес тела матери (кг)				
Экслютон	50,3	50,4*	49,9*	49,4*
Мультилоуд	51,4	51,4	51,2	51,1

* Достоверное различие между группами ($p < 0,05$)

В исследование включали недавно родивших женщин, не имеющих достоверных различий в состоянии здоровья, систолического и диастолического давления, объемах и качестве продуцируемого молока, антропометрических показателях детей. Матери вместе с детьми ежемесячно посещали свою клинику, где у женщин определяли состояние здоровья и количество грудного молока, а также показатели здоровья и развития ребенка.

В исследовании участвовало 110 женщин, 58 из них принимали Экслютон и 52 пользовались Мультилоудом Cu250. При распределении по группам учитывалось желание женщин использовать тот или иной контрацептив. Более взрослые и неоднократно рожавшие женщины иногда предпочитали применять ВМС, в то время как молодые выбирали ПК. Поэтому в группе женщин, принимавших Экслютон, средний возраст женщин и доли женщин, имевших несколько беременностей и несколько родов, были значительно ниже, чем в груп-



ТИБЕРАЛ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

А. Л. Тихомиров, кафедра акушерства и гинекологии Московского медицинского стоматологического института

Трихомониаз - одно из самых распространенных заболеваний, передаваемых половым путем. При этом хронический мочеполювой трихомониаз большей частью представляет собой смешанный протозойно-бактериальный процесс, снижающий плодovitость женщин и мужчин. Трихомонады способны поглощать практически всех известных (более 20 видов) возбудителей этих заболеваний, вызывая тем самым их интратрихомонадную персистенцию. В таких случаях воспаление вызывает выраженную реакцию тканей (слизистой оболочки влагалища, эктоцервикса, выводящих протоков больших вестибулярных желез, мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, прямой кишки, матки, маточных труб, яичников), сопровождающуюся повреждением эпителия, деструкцией и дисплазией. При выраженном процессе, в условиях снижения иммунитета, развиваются кровоизлияния и изъязвления, повреждаются гладкомышечные слои, прилегающие к пораженной слизистой оболочке, образуется грануляционная ткань. Это приводит к развитию не только кольпита, эндоцервиксита, цистита и проктита, но может играть существенную роль в формировании эктопий шейки матки, по своей сути, являющихся фоновыми предраковыми заболеваниями, тубоовариальных гнойных образований, миомы матки, грозящих женщинам радикальными операциями с возможной потерей ряда специфических функций женского организма. Наличие у трихомонад специфических рецепторов эстрадиола и дигидротестостерона при хронизации процесса может служить факторами, способствующими развитию гиперпластических процессов в гормонально-зависимых тканях (у женщин - гиперплазии эндометрия и миомы матки, у мужчин - аденомы предстательной железы).

Развитие таких осложнений можно предотвратить своевременным поэтапным и адекватным лечением ЗППП (заболеваний, передаваемых половым путем). На современном этапе это стало возможным, в частности, благодаря разработке высокоэффективного антипротозойного средства - орнидазола (коммерческое название **Тиберал**, Ф.Хоффман-Ля Рош, Швейцария). Препарат эффективен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* (*Giardiasis*), а также некоторых анаэробных бактерий, таких как *Bacteroides* и *Clostridium* spp., и анаэробных кокков.

После перорального приема орнидазол быстро и почти полностью всасывается. Максимальная концентрация в плазме достигается в пределах 3 часов. Связывание орнидазола с белками составляет около 13%. Активное вещество очень хорошо проникает в жидкости и ткани организма. Период полувыведения составляет около 13 часов, в связи с чем достаточно двукратный прием препарата в сутки - утром и вечером. После однократного приема 85% дозы выводится в течение первых 5 дней, что в ряде случаев, при подозрении на заражение, дает возможность проводить срочную профилактику трихомониаза. Выведение происходит, главным образом, с мочой (63%) и калом (22%), что повышает результативность лечения тибералом циститов, уретритов и проктитов. В связи с воздействием на анаэробную кокковую флору препарат позволяет проводить превентивную терапию осложнений при гинекологических операциях и хирургических вмешательствах, особенно на поперечной ободочной кишке. Назначение препарата в раннем сроке беременности и кормящим матерям возможно, однако только по абсолютным показаниям. В отличие от других производных нитроимидазола, орнидазол не ингибирует альдегиддегидрогеназу и, поэтому, не является несовместимым с алкоголем. В целом, Тиберал хорошо переносится, однако противопоказан больным с поражением ЦНС, так как легко проникает в спинномозговую жидкость, или при повышенной чувствительности к препарату в анамнезе. Орнидазол потенцирует действие пероральных антикоагулянтов кумаринового ряда, что требует соответствующей коррекции их дозы.

При назначении лечения Тибералом 98 женщинам в возрасте от 17 до 47 лет и их половым партнерам мы ориентировались, прежде всего, на наличие воспалительного процесса в различных отделах мочеполювого тракта. Основными возбудителями у них были трихомонады, нередко в сочетании с гонококками, хламидиями и уреоплазмами, что подтверждалось бактериологическими исследованиями и постановкой полимеразной цепной реакции на наличие специфических участков ДНК возбудителей.

Лечение начинали с уничтожения трихомонад, способных фагоцитировать других возбудителей. Всем больным назначали Тиберал по стандартной схеме

(1 таблетка 2 раза в день в течение 5 дней). Результаты лечения - отличные. Клиническая и бактериологическая эффективность лечения трихомониаза у супругов составила 97% при контрольных исследованиях с использованием высокоспецифических генетических методов исследования. После уничтожения трихомонад при ассоциации с гонококками назначали цефтриаксон (коммерческое название Роцефин, Ф.Хоффман-Ля Рош, Швейцария), при выявлении хламидий, уреоплазм и микоплазм - курс лечения современными макролидами и нитрохинолонами.

В итоге такого последовательного лечения, с применением Тиберала на первом этапе, 4 женщины, бесплодные до лечения от 6 до 8 лет и готовящиеся к гистеросальпингографии, забеременели сразу же после окончания курса противовоспалительной терапии. Супружеские пары не было необходимости даже подвергать рентгенологическому исследованию, к проведению которого они готовились. Это обусловлено, в частности, тем, что трихомонады снижают подвижность и жизнеспособность сперматозоидов как в эякуляте, так и при их воздействии на сперму во влагалище и в цервикальном канале.

У пациенток, предъявлявших жалобы на пенистые бели и зуд, эти симптомы исчезали за 5 дней лечения Тибералом. В наблюдениях с острыми сальпингоофоритами и формирующимися тубоовариальными образованиями, последние быстро регрессировали, что давало возможность снять вопрос о грозящем оперативном лечении этих пациенток. У молодых женщин с воспалительными эктопиями шейки матки после комплексного лечения с использованием Тиберала эрозии эпителизировались без применения деструктивных методов коагуляции, что особенно ценно у нерожавших женщин, и без образования Наботовых кист.

В заключении необходимо отметить, что Тиберал при трихомониазе и его ассоциированных формах давал быстрый и надежный клинический и бактериологический эффект как при лечении в стационаре, так и при назначении амбулаторно. В сочетании с современными антибиотиками он надежно обеспечивал санацию перед инвазивными гинекологическими вмешательствами, что способствовало профилактике воспалительных осложнений.

Задание выполнено!



рождения
малыша.

Для некоторых женщин она важна не меньше, чем пол. Кто будет - Лев или Дева - это принципиально. Желание "вписаться" в желанное созвездие бывает настолько сильно, что некоторым упертым мамам это иногда и удается. Много времени в ожидании звездного часа уходит на выбор и обсуждение имен. Подход здесь самый разнообразный. Кто-то ориентируется на Святцы, кто-то на музыкальных и телевизионных кумиров, некоторые учитывают пожелания дедушек-бабушек или других "спонсоров".

Чем ближе заветная 40-я неделя, тем настойчивее вопрос - ну когда же, наконец?! Слабым утешением служат слова заведующей отделением Лангины Алексеевны Димовой, что каждая беременность когда-нибудь кончается. Может быть поэтому схватки у соседок по палате воспринимаются как свои.

6 марта живот и поясница у меня слегка побаливали, однако читать и писать это совершенно не мешало. Сообщение врача о том, что мне надо собираться в родблок, прямо скажем, застало врасплох: "Как так? Ведь я еще не победела!"

...Первое, что поразило в родблоке - неожиданная тишина. Мне всегда казалось, что здесь все должны кричать, а в действитель-

ности роды проходят спокойно и как-то по деловому.

"Подбородок пониже, дыши глубже, - инструктировала меня Светлана Григорьевна Гусева, - сейчас будем тужиться". В ожидании страшной боли, я старалась делать все, как мне говорили, пыхла как паровоз. И вдруг неожиданно услышала чей-то писк. "Девочка!" - сказала акушерка, поднимая передо мной ребенка. И это все? Так просто? Чего же я боялась?

Т. Маркарянц

Теоретически я считала себя волне подкованной. Всю беременность исправно читала литературу о том, как правильно рожать. Единственное, что меня смущало, смогу ли я понять: это уже схватки начались или еще нет. Поэтому предложение лечащего врача госпитализировать меня заранее я встретила с радостью: уж в роддоме разберутся.

Скорая привезла меня в роддом № 17. В отделении патологии все было очень по-домашнему. Симпатичные шторы на окнах, скатерти в столовой, заботливый и внимательный персонал. Гордо выставив вперед животы будущие мамы важно шествовали по коридорам, чем больше живот - тем больше величавости в движениях. "Дорогой, - жаловалась мужу по телефону одна из моих соседок, - тут у всех огромные животы, а у меня маленький!" "Ничего, - утешал ее супруг, - зато у тебя попа большая". Вообще, здесь царство покоя и умиротворения, которое иногда нарушают всплески эмоций. Соседка по палате вся в слезах возвращается с УЗИ: "Мне сказали, что у меня будет девочка, а я хочу сына!"

Еще одна животрепещущая тема - дата

Редакция газеты "Больница" поздравляет Таисию и Сергея Маркарянц с рождением дочки Лизы, желает им счастья и здоровья. Объявляем молодой маме благодарность за мужество и героизм, проявленные при выполнении редакционного задания - подготовке статьи и репортажа для этого номера газеты.

Большое спасибо коллективу роддома №17 за помощь корреспонденту и всем, всем женщинам, которые к ним попадают.

Надежда Лебкова, кандидат биологических наук



"Приподнимись-ка, поправлю подушку. Глубже дыши. Понапрасну не плачь. Ждешь-то кого: паренька или девчущку? Муж у тебя - инженер или врач? Он ничего из себя, интересный. Чем-то на Петю похож моего.

Видный такой он был, ласковый, честный. Да в сорок третьем убили его..."
Годы проходят, и дочь подрастает. Будет постарше - поведаю ей, Что - незаметная ты и простая - Значишь для жизни ее и моей...

БУДЕТ ЖИЗНЬ!

Мне решать, мне одной Будет жизнь или не будет. А за этой стеной В мир являются люди... Как страдает опять, Как кричит роженица. Час... Два тридцать... Три... Пять... И всю ночь мне не спится. Снова крик, словно вой... Но настойчиво, громко Заглушает его

Звонкий голос - ребенка. И счастливая мать, Потерявшая силы, Будет вновь повторять: "Ненаглядный мой, милый!" Эти ямки у щек. Эти пухлые губки. До чего ж он еще Несмышленный и хрупкий. Нет родней никого, наглядеться не может... А его, моего, Я пришла уничтожить.

Снова крик за стеной Сон тревожный разбудит. Мне решать, мне одной... Будет жизнь! Будет! Будет!

МОСКВА
850



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

АЛЕКСАНДР МАКЕЕВ, ЗНАМЕНИТЫЙ АКУШЕР

Вторая половина XIX века характеризуется мощным подъемом духовности русского общества, выразившимся в разных формах подвижничества.

Материализованным воплощением этих духовных процессов в сознании русского общества явилось создание университетского клинического городка на Девичьем поле в Москве, который обеспечил условия для ускоренного развития медицинской науки, для решения проблемы подготовки медицинских кадров. Он возник при материальной поддержке богатых филантропов из числа представителей делового мира: Морозовых, Хлудовых, Алексеевой, Базановой, Солодовникова, Шелапутина и многих других.

Немало подвижников было и на ниве здравоохранения. Среди врачей были и такие, кто отдавал служению больным не только свой труд и профессиональные знания, но и средства, накопленные многолетней врачебной практикой. Эту статью мы посвятим славной деятельности заслуженного профессора Московского университета, благотворителя Александра Матвеевича Макеева.

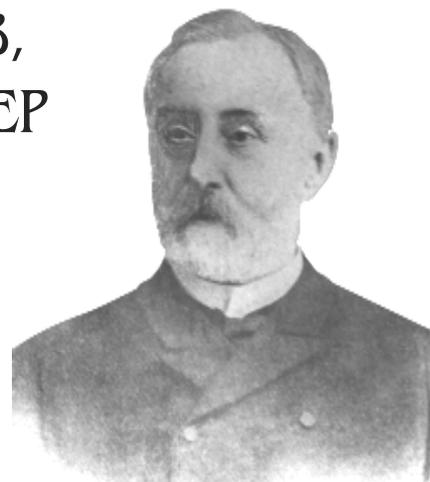
Как акушер-практик Александр Матвеевич пользовался огромной популярностью. Без его помощи не проходили почти ни одни роды в богатых купеческих семьях. Считали, что у него счастливая рука. При его содействии появились на свет самые знаменитые в будущем московские городские головы: Н. А. Алексеев, К. В. Рукавишников, Н. И. Гучков. Обширной врачебной практикой профессор составил крупное состояние. Но, не имея собственной семьи и будучи весьма воздержанным в жизненных потребностях, он все накопленные средства щедро отдавал на общественные нужды.

В 1887 г. А. М. Макеев в числе других учредителей основал Акушерско-гинекологическое общество и был избран первым его председателем. В 1911 году он по-

жал этому обществу 10000 рублей на учреждение премии его имени за успехи в области акушерства и гинекологии. Александр Матвеевич долгое время состоял действительным членом Московского физико-медицинского общества, Общества русских врачей, Акушерско-гинекологического общества в Санкт-Петербурге и членом-корреспондентом Общества акушеров-гинекологов Парижа. Он принимал непосредственное участие в создании Клинического благотворительного общества и в устройстве богадельни для престарелых, а незадолго до смерти внес в пользу этого общества 5000 рублей. Александр Матвеевич в течение 25 лет состоял совещательным членом Московского врачебного управления, где оказывал содействие успешному решению важных вопросов организации родовспоможения.

Когда был решен вопрос о переводе акушерской клиники на Девичье поле, Александр Матвеевич нашел благотворительницу, которая пожертвовала крупную сумму на строительство нового здания. Это была дочь известного фабриканта Носова Елизавета Васильевна Пасхалова. В 1889 г. клиника вступила в строй. Акушерская клиника А. М. Макеева размещалась в одном здании (правое крыло) с клиникой женских болезней (левое крыло), которую возглавлял В. Ф. Снегирев. Средства на строительство гинекологической клиники пожертвовал известный фабрикант Тимофей Саввич Морозов.

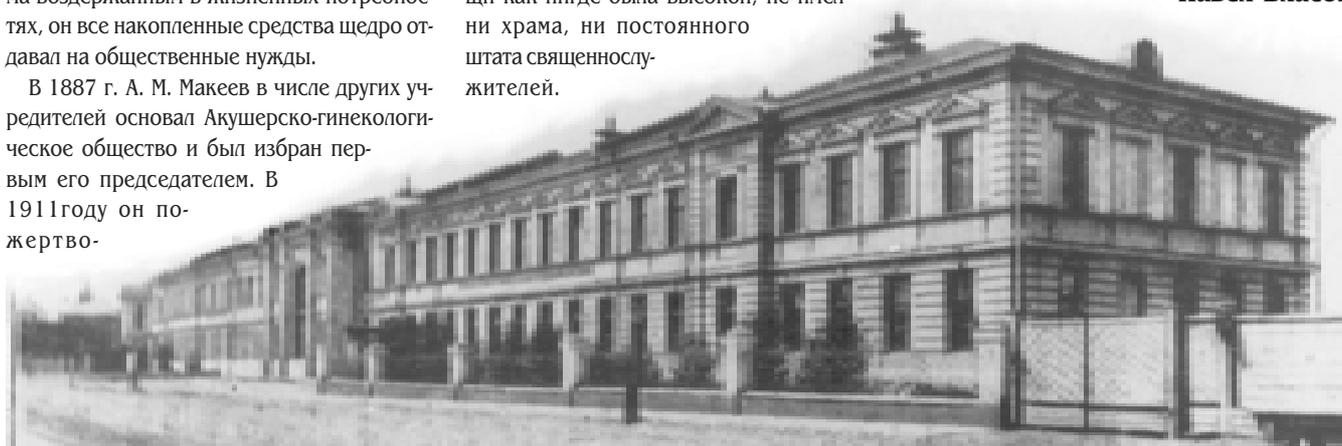
В 1889 г. умер брат Александра Матвеевича Макеева - Михаил - ординатор хирургической клиники. К тому времени университетский городок уже функционировал 7 лет. Во время учебных семестров здесь лечилось до 1000 больных. Этот огромный, невиданный по масштабам медицинский городок, сосредоточение человеческих страданий, жизни и смерти, где потребность в духовной помощи как нигде была высокой, не имел ни храма, ни постоянного штата священнослужителей.



Под впечатлением тяжелой утраты, будучи глубоко религиозным человеком, А. М. Макеев решает на крупное богоугодное дело. Он обратился в правление университета с заявлением о намерении пожертвовать сто тысяч рублей на постройку при университетском городке храма. Предложение было принято. В 1895 г. состоялась закладка храма, а 2 ноября 1897 года храм "был освящен во имя архистратига Михаила". Церковь блистала красотой. Она была построена в стиле русского национального зодчества: композиция корабликом, 5 шатровых глав, обилие декора в манере русского узорочья. По архитектуре и внутреннему убранству это был один из лучших храмов столицы. На приеме в честь освящения церкви А. М. Макеев сказал: "Храм этот служит выражением моей сильной благодарности Господу Богу и месту моего и моего брата образования, нашей дорогой Альма-матер, которой мы посвятили все лучшие силы нашей жизни... Пусть взоры нашего учащегося юношества будут обращены не к одному храму науки, но и к другому храму, который освящает весь смысл жизни человека".

Александр Матвеевич Макеев закончил жизнь как благочестивый христианин. Он скончался 17 марта 1913 г. во время богослужения в церкви.

Павел Власов



ОБРИ БЕРДСЛЕЙ

Всего лишь двадцать пять лет прожил Обри Бердслей. Такая короткая жизнь. Но разве количеством прожитых лет определяется ценность жизни? Ни один художник конца XIX века, тем более ни один рисовальщик, не достиг более всемирной и в то же время скандальной славы, никто не имел такой яркой индивидуальности, никто не имел такого большого влияния на современное искусство как он.

Родился Бердслей в английском городке Брайтоне 125 лет назад. В детстве это был тихий, болезненный ребенок, мало любивший точные науки, но с ранних лет проявивший склонность к рисованию, музыке, литературе. Ему было семь лет, когда появились первые признаки туберкулеза.

История жизни Обри Бердслея умещается в половине абзаца: гимназия, служба у второсортного лондонского архитектора, страстное и изысканное библиофильство, предсмертная религиозность. История его творчества продолжается и спустя сто лет после его смерти. Рисунки, которые он делал как иллюстрации к книгам, обрели самостоятельность: гениальная "Смерть Артура" по Мелори, "Саломея" по Уайльдлу, иллюстрации к "Мадам Бовари" Флобера, "Даме с камелиями" Дюма-сына, мотивы "Бедных людей" Достоевского, вариации "Вольпоне" Джонсона, видения по Эдгару По и, конечно, шокирующая современников "Лисистрата" по Аристофану. А еще множество обложек и вишнеток для книг и журналов, в том числе целая серия изображений старинных ключей, рисунки и карикатуры на "свободные" темы... Его виртуозно-изысканные рисунки причислены к графике стиля «модерн». В конце XX века этот стиль снова входит в моду.

Все, за что бы ни брался этот талантливый юноша, заканчивалось успехом. Обри знал, что не проживет долго, поэтому спешил выразить себя, свои чувства, мысли. Фантастические образы он переносил на бумагу, что не мог запечатлеть рисунок - выражалось стихом. Твор-

чество Бердслея долгое время было почти запрещено, может быть, потому, что, пытаясь обнажить душу, он никогда не льстил душе, а показывал ее без прикрас.



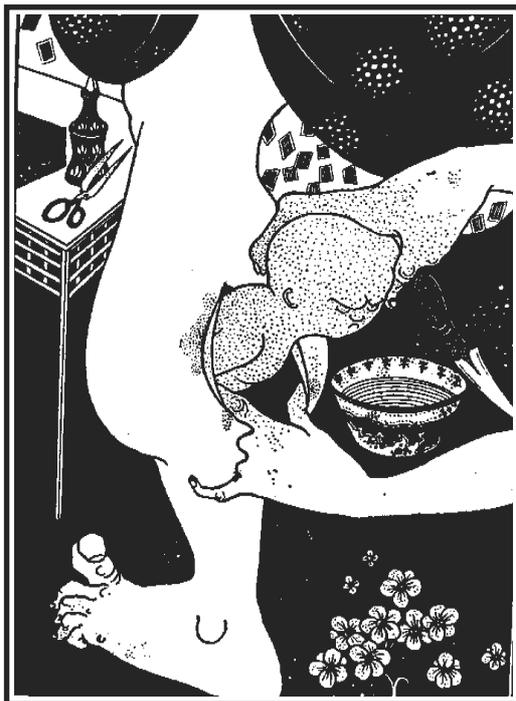
AUBREY BEARDSLEY

В письмах Бердслея мы видим, как умирает человек, шаг за шагом скользит в пропасть, хватаясь руками за любую побег надежды: сначала - только бы выздороветь, позже - как бы почувствовать себя немного лучше и, наконец, - надо продержаться хотя бы месяц! Обри пишет своим друзьям: "Припадки кровохарканья все время были ужасно надоедливы; на прошлой неделе кашель был очень сильный, и с тех пор я прямо инвалид... Я уже целый

месяц не покидал своей комнаты, и боюсь, еще не скоро придется мне спускаться вниз... Уф! Вот как я себя чувствую." А через некоторое время: "С каждым днем начинаю чувствовать себя более крепким... Оказывается у меня еще есть шансы поправиться". С

трясающим спокойствием, которое редко ему изменяет, отмечают погоду, каждый симптом болезни: сегодня его самочувствие лучше и можно читать, завтра оно портится - и

нельзя слушать музыку. Он замечает: "Хотя я часто отчаиваюсь в самом себе, но временами не могу не испытывать чувства, что конец не так уж и близок, как кажется. Я знаю, болезнь моя неизлечима, но я уверен, что можно принять меры к тому, чтобы ход ее был менее скор. Не считайте меня глупым, что я торгуюсь из-за нескольких месяцев... но вы поймете, как они могут быть для меня ценны..." В конце своего жизненного пути Бердслей становится очень религиозным, молитвы доставляют ему радость и утешение. В последнем письме к друзьям он просит уничтожить все экземпляры "Лисистраты" и другие неприличные рисунки. В марте 1898 года в полном сознании, в присутствии матери и сестры Обри Бердслей тихо скончался.



Рождение из голени. Иллюстрация к повести Лукиана "Правдивая история" 1894 г.

Ирина Болотова

Людмила ЛЯДОВА: С песней по жизни

Сегодня гость нашей редакции - Людмила Лядова. Людям старшего поколения ее представлять не надо, а молодежи познакомиться с ней будет интересно. Людмила Алексеевна стояла у истоков советской эстрады.

Мы беседуем с Народной артисткой России, композитором, пианисткой и певицей о прошлом, о том времени, когда "песня нам строит и жить помогала".

Как все начиналось? В сороковые - пятидесятые годы понятие "эстрадная песня" было весьма специфическим. На эстраде пели все больше хором, а индивидуально, даже в ресторане, лишь в соответствии со строго утвержденным репертуаром. Шаг в сторону и... популярный Вадим Козин навсегда остался в Магадане. Круг официально признанных артистов и композиторов был довольно узок, зависимой и непредсказуемой была их творческая судьба.

...1946 год. Две девочки из провинции Людмила Лядова и Нина Пантелева участвуют во Всесоюзном конкурсе артистов эстрады. В жюри - Утесов, Шульженко, Хенкин, Дунаевский. Выступление юных свердловчанок потрясло мэтров. "Казалось, что распахнулось окно в вишневый сад, и к нам пришла весна" - сказал восторженно кто-то из великих, Утесов уточнил для протокола: "Их не только приятно слушать, но и радостно смотреть. Это номер очень высокой эстрадной культуры". Итак, официальное "добро" было получено, теперь дело, как сказали бы сегодня, за "раскруткой". Телевизора народ тогда еще не знал, радио тоже было далеко не в каждой квартире, да и слушать его было некогда - любители легкого жанра вкалывали от зари до зари, восстанавливали города после военной разрухи, обживали целину, строили промышленные гиганты.

Если попросить Людмилу Алексеевну отметить на карте точками места, где пришлось ей побывать, то она просто заштрихует почти весь бывший СССР. Стройка, завод, колхозная ферма - ее "Олимпийские" залы и "Лужники", усталые, голодные, бедно одетые люди - ее "фанаты". Красавица-певица - сама себе аккомпанирует и, как оказалось, сама сочиняет музыку. Для тех времен это просто чудо! Прием везде восторженный, но после концерта одна и та же просьба - напишите про нас песню! Представьте себе, например, Агутину и Свиридову на поле в казахстанской степи. Жатва, зной, механизатор, вторые сутки не спавший, прослушав живьем и без микрофона про босоногого мальчика и бедную овечку, просит: а теперь давайте что-нибудь про нас, про комбайнеров.

Забывла наша эстрада про социальный заказ, и слава Богу. Теперь другая напасть: не Репертуарный комитет и суд корифеев, а доморощенные менеджеры и продюсеры решают, какая песня должна стать любимой массой. Народ послушно внимает, но на праздниках все чаще вспоминает и поет старые "хиты". Потому что те песни были о главном - об их жизни.

Лядова написала много песен - несколько сотен. За это ей были благодарны летчики, врачи, авиамоделисты, юннаты, милиционеры, альпинисты, рыбаки, строители, спортсмены и даже охранники. А уж солдаты и матросы вообще ею избалованы. За хорошей песней певцы охотились во все времена, обхаживали композиторов, всячески их ублажали. Иосиф Кобзон, тогда еще совсем мальчишка, встречая Людмилу Алексеевну первым спешил раскланяться. Он тогда был еще никто, а песни популярного композитора Лядовой исполняли самые известные и заслуженные - Надежда Обухова, Клавдия Шульженко, солисты Большого театра Артур

Эйзен и Иван Петров, камерная певица Зара Долуханова, Мария Биешу, Капитолина Лазаренко и даже англичанка Джерри Скотт.

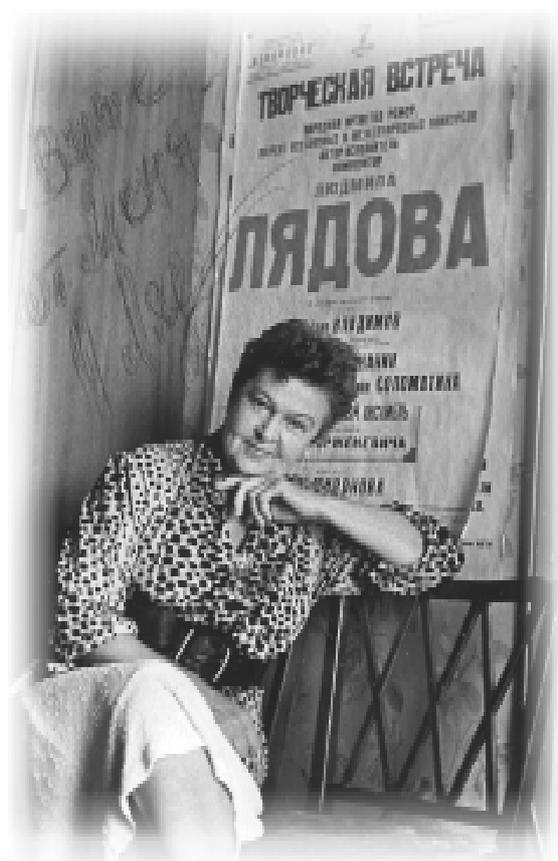
С "Чудо-песенкой" вышла такая история. Исполнив ее несколько раз в концертах, Лядова получила, что называется, по рукам. Где-то наверху сочли, что песенка не чудо, а результат "тлетворного влияния запада" и ее надо немедленно запретить. Запретили, но тут на волнах зарубежных радиостанций стали крутить русский шлягер на английском языке в исполнении Джерри, недавно побывавшей в России. Куда следует доложили, но там вероятно решили: ладно, ничего страшного, пусть народ повеселится. И песня снова зазвучала.

- Людмила Алексеевна, что вы чаще всего вспоминаете?

- Свои гастроли, поездки, встречи со слушателями. В жизни было много хорошего, но и трудностей хватало. Из песни слова не выкинешь, а судьбу не переделаешь. Людям моего поколения выпала нелегкая жизнь, но даже в самые страшные годы всегда находилось место шутке, песне, любви. Я старалась сама и помогала другим не падать духом в несчастье, и, думаю, мне это удавалось.

У меня есть песня на стихи Владимира Лазарева, там такие строки:

**Стареют наши мужчины,
Но им как-то легче стареть.
Мы смотрим грустя на морщины,
Хоть реже бы надо смотреть.
Что спето - то спето,
Что было - то где-то,
Но нам еще в вальсе кружить!
Я радуюсь солнцу, я радуюсь свету,
А жить надо просто затем, чтобы жить.**



Андрей Смирягин
Андрей Смирягин

...И не надо прислонять к животу ухо и задавать idiotский вопрос. Не надо! Мальчик я или девочка? Мальчик я, мальчик! Или девочка? Попробуй здесь а темноте разобрать. Моя мамаша непременно хочет, чтобы я был парнем. Мальчику проще - мальчику замуж выходить не надо.

А мне чего-то не хочется. Мужики все ненормальные какие-то. Мой дед, например. Через каждые полчаса орать начинает: "Началось, началось! Скорую, скорую!" И так уже пятый месяц.

Папаша мой тоже ненормальный. Бросил нас, когда мне и трех месяцев от зачатия не исполнилось. Говорит, еще неизвестно, чей я ребенок. Как это чей?! Как это чей? Я что, не помню, что ли, чей! Да я каждого по голосу узнаю - не отвертитесь.

Девочкой тоже быть не очень и охота. Ну, допустим, бабушка у меня еще ничего. Она у нас в ресторане работает. Без нее мама и я давно бы умерли с голоду. Моя добрая бабушка нам про это каждый день напоминает.

А подружки мамыны? Тсс... Только тихо. Не любят они меня. Говорят, что от меня избавляться надо. Чего я им сделал? Говорят, что если будет девочка, то будет несчастной, как они, а если будет мужик, то лучше этого гада заранее прибить.

Во! Снова пришли советы давать, как нам с мамой выкидыш сделать. Ванну с горчицей, по их совету, мы уже принимали. Иглами кололись. Вчера нас даже скелетом из-за угла пугали. Мамка едва заикой не стала, а я от смеха чуть не выкинулся.

А сегодня решено со шкафа прыгнуть, и раз, и два, и три! Полетели! Клевое ощущение! Как на самолете. Маманю вот только жалко - мне-то ничего, а она при заходе на посадку весь зад отбила.

Дуры бабы, зря стараются. Я вообще отсюда выходить не намерен. Чего я там у вас не видел? Ваших проблем, что ли?! Короче, решил держаться за ребра до последнего.

Вот и сейчас моя маманя в очереди стоит. Очередь странная какая-то. Одни слепые. Все толкаются, на ноги наступа-

ют, а как на цены посмотрят, так прищурятся и переспрашивают: сколько, сколько?

Гражданин сзади, не толкайтесь своим пузом! Тоже, что ли, беременный? А чего ребенок так странно булькает? Утонул, что ли?

И вы, мужчина впереди, не давите на живот. Не мне - маме. Извинился! Он еще издевается. И сумку до дому донести взялся! Ну точно недоношенный. Не видит, что мы беременные?! Телефон позвонить спрашивает. Говорит, что это любовь с первого взгляда. Он к тому же еще и дебил. Разве в наше время с первого взгляда в кого-нибудь влюбляются? Я понимаю, взгляда со второго или с третьего.

Дура! Телефон не дала, да еще соврала, что у нее строгий и ревнивый муж. А меня ты спросила? Может, я о таком отце всю беременность мечтал, а у нее телефона лишнего не нашлось.

Эй, приятель, стой! Стоять, я тебе говорю! Ты моей дуре-то не верь. Ты мне верь! Нет у нас мужа никакого - одни сволочи. Муж нам во как нужен!

Отец? Батяня! Папка! Папулечка!.. Ушел! И этот ушел! И нашу сумку с собой унес. Наверное, от волнения. Тут и мамка моя чего-то разволновалась.

Ой, мамочки! Кажется, начались эти, как их там, схватки! Во, как маманя кричит! Как мучается, бедняжка! Но я все равно не выйду. Рожайте кого угодно: ежиков, слонов, orangutanов - но только не меня.

А это кто еще нас со всех сторон щупает? Не лапай! Не лапай мою мать, я сказал! А мне плевать, что гинеколог. Ну чего уставился, бесстыжие твои глаза? Выходить?! Хитрый какой. Кому я там нужен.

А это еще что? Что-то теплое, ласковое. Рука. Мягкая мамина рука! Она меня гладит! Значит, мама меня любит! Значит, я кому-то нужен!

Ну ты, гинеколог, слышишь? Так и быть, я выйду. Только без рук давай. Без рук, я сказал! Он еще мне будет рассказывать, как правильно рожаться. Вообще, ты лучше подальше встань. А то спиртом разит, аж в глазах темно.

Ну вот, с этой суматохой забыл, как там: вперед ногами или головой? Ногами вперед или головой? Ах да, сейчас головой, а вперед ногами - это потом.

Итак, мой Выход!.. А-а-а! Ну чего смотрите? А-а-а! Я уже орать устал. А-а-а! Ну аплодируйте же, наконец!..



HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

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 Российской Федерации по печати
Регистрационный номер 014489. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, к. 204; тел./факс: (095) 465 4854

Отпечатано в АО "Красногорская типография" г. Красногорск, Коммунальный квартал, 2; тел/факс: 562 1097.
Подписано в печать 25.04.97 г. Тираж 30000 экз. Заказ № 1190

Цена
договорная