

ГОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
*Не падай духом
в несчастье!*

БОЛЬНИЦА

№ 1
1998

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

НАУКА И ПРАКТИКА

Детская
городская
больница № 1
Санкт-Петербурга

стр. 3 - 8

Лекарства и
медицинская
техника

стр. 14 - 17

НАШ ГОСТЬ

*Родион
Нахапетов:
“Смысл жизни
в детях”*

стр. 18



М. Кукулевич
**Коллегам с
любовью**

стр. 19



Марина Бойкова, медсестра-учитель ДГБ № 1:
“Сестринское дело отличается от врачебного. Даже
новорожденному младенцу нужны тепло и ласка, он
умеет различать краски. Поэтому мы, сестры, не носим
белых халатов”. Стр. 8

Фоторепортаж В. Афанасьева

Уважаемые читатели!
В этом году газета "Больница" отметит свой юбилей: пять лет назад вышел наш первый номер. Задача нового издания была простой - стать полезным здравоохранению города. Рассказывали об истории создания московских больниц, о работе крупных стационаров, давали информацию о новых методах лечения, технике и лекарствах. Мы пытались помочь врачам и пациентам найти взаимопонимание и стать союзниками в борьбе с болезнью. Надеемся, что с этой задачей редакция справилась, об этом говорят не только отклики читателей, но и постоянный спрос на газету в лечебных учреждениях. Благодаря помощи Комитета здравоохранения Москвы она регулярно поступает в стационары города, а через управления здравоохранения округов - в поликлиники. Растет число подписчиков в регионах России, Украины, Белоруссии, Грузии, Казахстана, Таджикистана и других стран содружества.

Читатели благодарят редакцию за простые и емкие, крайне необходимые практическому врачу статьи по клиническому применению лекарств и медицинской техники. Понравились выпуски газеты, подготовленные совместно с ведущими научными центрами - ЦНИКВИ, институтами гастроэнтерологии, урологии, пульмонологии, центром профилактической медицины. Нам пишут, что вести из столицы интересны для регионов, но и на местах не сидят сложа руки. Многие проблемы, общие для всей медицины, здесь решаются смело и нестандартно. Газета должна рассказывать об этом опыте, что будет полезно не только здравоохранению Москвы, но и России. Согласны! Первый номер 1998 года мы посвящаем работе детской городской больницы № 1 Санкт-Петербурга.

В КОЛЛЕГИИ МИНЗДРАВА РФ

На одном из первых заседаний коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, состоявшихся в новом году, шла речь о необходимости более тесного взаимодействия центра и регионов.

В своем выступлении Т. Дмитриева призвала руководителей медицинских ассоциаций активнее использовать возможности Минздрава по координации их деятельности, обмену отраслевой информацией, проведении научных исследований, подготовке специалистов, созданию комплексных программ. Представители регионов соглашались с необхо-

Что это за программа?

Ее цель - предупредить развитие депопуляционных процессов в Северо-западном регионе России. В первую очередь надо снизить материнскую, перинатальную и младенческую смертность, заболеваемость новорожденных. А для этого необходимо организовать полноценную диспансеризацию женщин и детей с различными факторами риска, создать компьютерные базы данных и компьютерные карточки, системы оперативного слежения и анализа структуры младенческой смертности. Для этого требуется оснастить родовспомогательные и детские учреждения современной аппарату-



за счет целевых средств Федерального фонда ОМС РФ. Закупку оборудования планируется производить централизованно, на конкурсных условиях, по рекомендациям экспертного Совета ассо-

Показатели естественного прироста населения в регионах Северо-запада значительно ниже, чем в целом по России. За последние десять лет рождаемость здесь снизилась более чем в два раза, естественный прирост населения - в шесть раз. Уменьшилось число детей, родившихся в нормальных родах: в 1995 году в Архангельской области их было всего 14,5%. Заболеваемость новорожденных выросла с 96,3 (1986 г.) до 214,8 (1995 г.). Увеличивается смертность новорожденных с врожденными аномалиями развития. Ухудшаются показатели перинатальной смертности: в 1995 году в среднем по России - 15,8 (на 1000 родившихся), Вологодская обл. - 18,6; Республика Коми - 18,6; Новгородская обл. - 17,5.

димостью совместных действий, однако большого энтузиазма не проявляли. Наверное, жизнь уже научила организаторов здравоохранения на местах особенно не рассчитывать на помощь центра. Выступление председателя Совета Межрегиональной Ассоциации "Здравоохранение Северо-запада", председателя комитета по здравоохранению Ленинградской области профессора А. Я. Гриненко было очень конкретным. Ассоциация разработала программу "Перинатология". Ее реализация имеет жизненно важное значение для региона. Программу подписали губернаторы Ленинградской, Архангельской, Мурманской, Вологодской, Калининградской, Новгородской областей, республик Коми и Карелии, Санкт-Петербурга. Дело за тем, чтобы получить "добро" в Минздраве и утвердить вопросы финансирования решением Федерального Фонда обязательного медицинского страхования.



рой, внедрить современные технологии диагностики и лечения, а главное - обучить специалистов. Подготовку акушеров-гинекологов и акушерок планируется проводить в учебных заведениях Санкт-Петербурга. На базе Детской городской больницы №1, совместно с Академией последипломного образования можно обучать неонатологов, невропатологов, хирургов. В рамках Ассоциации "Здравоохранение Северо-запада" планируется организовать постоянно действующий семинар по вопросам перинатологии.

Как будет идти финансирование? Обеспечение лекарственными средствами и обучение медицинского персонала - из бюджетов субъектов Федерации Северо-запада. Оснащение учреждений техникой и оборудованием -

циации и в порядке, установленном в субъектах Федерации.

Снижение материнской и младенческой смертности невозможно без серьезной и продуманной программы по реорганизации существующей системы родовспоможения, без целенаправленного финансирования.

Программа, представленная Ассоциацией "Здравоохранение Северо-запада" крайне актуальна, она заслуживает самой высокой оценки. Сможет ли Минздрав оказать ей помощь и поддержку?

Положительный ответ на этот вопрос, по мнению редакции, будет самым убедительным подтверждением серьезности намерений центра быть авторитетным представителем интересов регионов.

Детская городская больница № 1 Санкт-Петербурга



Главный врач
Заслуженный врач РФ
Анатолий Владимирович Каган



Вопрос стратегии

Программа "Перинатология", как часть Целевой программы "Здравоохранение детей Северо-запада", представляет собой тот минимум мероприятий научно-методической и материально-технической направленности, который крайне необходим для улучшения службы охраны здоровья матери и ребенка этого региона. Ее реализация вопрос не только медицинский или социальный - это стратегический вопрос национальной безопасности России.

Современная медицина - это прежде всего современные технологии. А технология это не только приборы, но и осмысление всего "пути" больного - начиная от неотложной помощи, обследования, решения вопроса об операции и заканчивая реабилитационными мероприятиями. Если говорить о роли ДГБ № 1 и Центра реанимации новорожденных, то она состоит в том, что им удалось стать методическим центром по разработке и внедрению новых технологий выхаживания новорожденных, единых для всех учреждений С.-Петербурга. Очень важно было разработать для родильных домов стандарты оказания помощи, комплекс оборудования для начальных этапов лечения и транспортировки. С 1992 года в городе внедрен, например, стандарт помощи детям, родившимся в асфиксии.

Целесообразно, наряду с задачами определенными в Программе, проводить целенаправленное обучение населения нормам здорового образа жизни, особенно молодоженов и будущих матерей.

Профессор Н. П. Шабалов, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой педиатрии с курсами перинатологии, эндокринологии ФУВ Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии

ЦЕНТР ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Одному из лучших детских стационаров нашего города недавно исполнилось двадцать лет. Скажу без ложной скромности, но и без преувеличения, что работающие здесь отделения кардиохирургии, онкогематологии, реанимации новорожденных и ожоговое отделение используют технологии, которые в полной мере определяют лицо современной медицины. Это позволяет общаться на равных с передовыми российскими и зарубежными медицинскими учреждениями. На базе больницы реализуются международная научно-практическая программа "От сердца к сердцу", программы по лечению лейкозов, по вопросам организации детского здравоохранения. Уровень оснащения и квалификация специалистов достаточны для того, чтобы стать научно-методическим центром не только Петербурга, но и всего северо-запада страны. Уже сегодня из соседних областей прибывают сюда на обучение группы врачей и медсестер.

Здесь появились первая в стране подстанция детской скорой помощи и первое поликлиническое отделение, созданное как внутреннее подразделение стационара. Было доказано на практике, что такой подход позволяет целенаправленно отбирать больных для госпитализации, не терять их из вида после выписки, квалифицированно наблюдать в ходе лечения. Это идеал, к которому мы все должны стремиться: единый технологический процесс, согласованная помощь на всем пути больного, минимальные потери в реализации диагностического и лечебного плана.

Я отдаю дань уважения первому главному врачу больницы - Геннадии Алексеевичу Зайцеву, который заложил основы для ее развития, самоотверженно продвигал идеи комфортных условий совместного пребывания ребенка и матери, преемственности в работе лечебных подразделений. Последующие главврачи тоже внесли свой вклад, благодаря чему 1-я больница стала для многих примером. Совсем недавно вошла в строй первая очередь 5-й инфекционной больницы, оборудованной на самом современном уровне. Конечно, она пройдет свой путь становления, но, надеюсь, он будет более легким.

Очень радует, что московская газета "Больница" нашла возможность познакомить коллег с опытом работы одной из лучших больниц Санкт-Петербурга. Пользуясь случаем, хочу поздравить их с Новым годом, пожелать здоровья и успехов во всех начинаниях.

А. С. Симаходский, начальник отдела оказания лечебно-профилактической помощи детям и матерям Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга



Т. К. Немилова, доцент кафедры детской хирургии Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, ведущий специалист по хирургии новорожденных:

- Деятельность Центра реанимации новорожденных в ДГБ № 1 для нас, хирургов, много лет активно занимающихся этими проблемами, весьма ощутима. Хирург чувствует себя куда более уверенно при высоком уровне оказания анестезиологической и реанимационной помощи. В операционную дети попадают теперь лучше подготовленными, да и послеоперационный период у них протекает более гладко. Выживаемость новорожденных заметно повысилась. Нам удается спасать даже таких пациентов, которые раньше стопроцентно были обречены на смерть.

Надеемся, что с принятием программы "Перинатология" мы сможем лечить детей не только города и области, но и всего северо-запада России. Хирургия новорожденных достаточно уникальна: только в условиях крупного центра, накопив соответствующий опыт, можно получить хороший результат.

Детская городская больница № 1 расположена далеко от центра - на юго-западе города, на Авангардной улице, получившей такое название потому, что здесь, во время ленинградской блокады, проходил передний край обороны. Дальше фашисты не прошли. Так что уже самым местом

20 ЛЕТ НА АВАНГАРДНОЙ



расположения эта больница была обязана стать в авангарде борьбы за здоровье детей. И стала. Все ее 12 этажей, все ее 600 коек заняты отделениями высокой технологии. О некоторых, самых приоритетных, мы и расскажем в нашем репортаже.

Начнем путешествие со старейшего отделения - онкогематологии, которое возглавляет кандидат медицинских наук врач высшей категории Элеонора Михайловна Петрова. 30 лет назад она начинала работать в другой больнице, а потом отделение перевели сюда, тогда еще в совсем новую, только что открывшуюся. Семь лет назад здесь провели реорганизацию: появились самостоятельное отделение лейкозов и отделение общей гематологии. Это было сделано в связи с переходом на новые протоколы в лечении лейкозов, которые стали осваивать с помощью специалистов университетской клиники Гамбурга.

Результаты совместной работы с немцами не заставили себя ждать. Как и во всех центрах, работающих по этой интенсивной технологии, теперь 70% больных с острым лимфобластным лейкозом и 30% при миелоидных формах выживают. Статистика свидетельствует: с 1967 по 1991 годы здесь полностью было излечено всего 40 детей больных лейкозом, а за последние пять лет таких пациентов насчитывается уже более 300!

Программы интенсивной терапии, длительные и предполагающие тяжелые осложнения, требуют особенно тщательного, материнского ухода. Поэтому здесь сразу были созданы необходимые бытовые условия для пребывания детей и их родителей. Я видел эти палаты - уютные, с гостиничными, а не больничными кроватями. В отделении есть кухня для матерей - если больничная еда их не устраивает, то они могут приготовить ее сами. Видел прекрасную игровую комнату с множеством игрушек, с компьютерными приставками. На какие средства все это существует? Материальное обеспечение отделения взяли на себя, в основном, немецкие благотворительные организации. Они помогают с приобретением и лекарств, и техники. Это и благотворительная организация "Дети Петра", куда входят жены работающих в городе иностранцев, и "Либенсбрюке", и работающая под эгидой немецкого посольства "Иоханита". Работа последней координируется врачом посольства Мартином Фридрихсом. Важно отметить, что благотворители не ждут, когда их позовут, сами звонят, приезжают, закупают по заявкам нужные лекар-

ства, устраивают праздники для детей. И это важно, ибо ни одна больница в мире не в силах решить финансовые проблемы лечения онкогематологических больных самостоятельно, без поддержки благотворителей - очень дорого.

Когда-то в этом отделении лечили не только ленинградских детей, сюда ехали больные со всего Северо-запада. С введением системы взаиморасчетов они поступать перестали, что очень тревожит сотрудников отделения и лично Элеонору Михайловну. Где и как лечатся эти дети, есть ли для этого средства - совершенно неясно. А ведь возможности петербургской больницы очень большие - здесь могут получить квалифицированную медицинскую помощь все нуждающиеся.

В ближайшее время на базе отделения планируется создать раковый центр, где будут лечить детей со всем спектром онкологических заболеваний. Под него выделен целый этаж, где в настоящее время идет евроремонт. Недавно гостями отделения были Г. Вишневецкая и В. Ростропович. Они загорелись идеей создания здесь онкоцентра мирового уровня и обещали свою поддержку.

Одной из предпосылок для создания Центра является высокий уровень реанимационной и хирургической помощи, которую оказывают в больнице. Этот уровень настолько высок, что позволил в свое время организовать здесь кардиохирургию. Заведует кардиохирургическим отделением В. Г. Любомудров, а кардиореанимацией И. А. Меньшугин. В заслугу этим двум талантливым врачам и блестящим организаторам можно в равной мере поставить как высокие результаты лечения, так и создание дружного, высокопрофессионального коллектива.



Э. М. Петрова



ПЛАЦДАРМ ДЛЯ НОВЫХ ИДЕЙ

Почему важно иметь отделение кардиохирургии в главной детской больнице? Ежегодно в Петербурге рождается примерно 300 детей с пороками сердца, остро нуждающихся в операции. Они поступают в это отделение, где им быстро ставят диагноз, грамотно готовят к операции и 80% поступивших оперируют. Никогда раньше в условиях детской больницы таких отделений не было, поэтому создание его потребовало больших усилий. На этот раз помогали американцы.



В 1990 году они привезли большое количество аппаратуры, провели обучение персонала. Питерские врачи в рамках программы "От сердца к сердцу" на два-шесть месяцев ездили учиться в США, американские медики раз десять приезжали консультировать в Питер. Их визиты продолжались по две недели и имели своей главной целью обучение персонала. В первый год было сделано около 100 операций, затем объемы стали расти и достигли 200 - 250 операций в год.

Здесь делают все операции, связанные с пороками сердца, за исключением, пожалуй, только трансплантации сердца. В ближайшее время должен войти в строй ангиографический комплекс, кото-

рый расширит возможности хирургов за счет применения инвазивных рентгенокардиологических методов. Ангиографическим обследованием новорожденных пока еще нигде в городе не занимаются, так что и в этом деле 1-я больница будет первой.

Что поражает воображение, так это та скорость, с которой в отделении осваивают новое. В. Г. Любомудрову всего 36 лет, но он сумел пройти за несколько лет путь, на который у других специалистов уходит не менее 15-ти. За новое здесь берутся хватко и с толком. Вот только некоторые результаты: начинали с летальности 15%, а сейчас она снизилась до 2,5% несмотря на то, что сложность операций неуклонно увеличивается. Больше половины операций проводится на открытом сердце.

Безусловно, поле деятельности кардиохирургу обеспечивают анестезиологи и реаниматологи. Заведующий кардиореанимацией Иван Николаевич Меньшугин, врач высшей категории, прекрасный практик и ученый. Скоро выйдет его монография, посвященная вопросам кардиореанимации. Он всегда не просто занимался наукой, но был среди первопроходцев, чутко прислушиваясь ко всему, что делается в мире. Поэтому и к появлению американцев, и к тем возможностям, которые в связи с этим открылись, он был готов. И не просто воспринял новое, но и собрал коллектив единомышленников, обучил их и продолжает учить до сих пор.

Конечно, в жизни не все так гладко, как на бумаге, проблем хватает и главная из них - финансы. У города нет денег, чтобы использовать возможности кардиохирургов на полную мощность. Только 12 операций на сердце в месяц может оплатить городская казна, а надо бы 25. Правда, сейчас разрешено брать иногородних больных за плату, но это все равно не решает проблему, кроме того, примерно на полгода возникает очередь из



В. Г. Любомудров

городских больных, что для детской кардиохирургии недопустимо.

Отделение **ожогов** входит в отдел травматологии и реконструктивной хирургии, а руководит им профессор Алексей Георгиевич Баиндурашвили. Отдел методически связан с Медицинской академией постдипломного образования (МАПО) и институтом ортопедии им. Турнера, что позволяет быстро и качественно консультировать пациентов при заболеваниях любой сложности. Если появился, скажем, сложный ортопедический случай - в Институте им. Турнера по пятницам он будет обсужден на хирургическом совете. Если нужно делать сложную пластическую операцию - в МАПО есть соответствующие кафедры. То есть, любая сложная консультация организуется незамедлительно и на самом высоком уровне. Если окажется, что где-то операцию смогут сделать лучше, чем в этой больнице, то больного прооперируют там, а на долечивание вернут к себе. Подобные вопросы оперативно решает отборочная комиссия.





А. Г. Баиндурашвили

Что касается ожогов и ожоговой болезни, то здесь предпочтение отдается ранним хирургическим вмешательствам. Пластика проводится, как правило, до появления вторичного инфицирования - на третий - пятый день, как только разрешат реаниматологи. Исследование отдаленных результатов показало, что при ранней пластике функциональные и косметические результаты намного лучше, снижается и летальность.

В дальнейшем больные лечатся в отделении плановой хирургии, где им делаются косметические пластические операции. Реабилитация тоже рядом - в детском восстано-



вительном центре. Вот такой цикл лечения детей с ожогами функционирует в ДГБ № 1.

Перспективным направлением в работе этого отдела стали ортопедические операции новорожденных. Здесь на ранних этапах стараются устранить максимум видимой на глаз патологии - синдактилии, шестипалости. Сращенные пальцы оперируют на 10 - 12-й

день жизни, пока



ребенок в больнице, пока никто посторонний его не видел. То же самое с перетяжками, искривлениями стоп. Это возможно благодаря особой пластичности ткани у новорожденных, ее высокой регенеративной способности. Или взять, например, ложный сустав. Новорожденному сделана остеотомия, поставлена спица, на шестые сутки у него все уже заживает и ложного сустава нет. У детей же старшего возраста лечебная эта патология превращается в огромной сложности проблему с сомнительным исходом.

Ранние операции - приоритет ортопедов-травматологов больницы. Они настаивают на своем методе лечения, готовы обучить и проконсультировать всех врачей страны, занимающихся этой проблемой. Неонатальная ортопедия со временем сможет значительно потеснить ортопедию "большую", при этом со значительной экономией как средств, так и ресурсов организма больного.

И последнее направление, которым занимаются в отделении: применение эндогенных пептидов и нейропептидов. Это мощные антиоксиданты, которые канализируют новые пути в головном мозге. Область их применения у детей - тяжелая травма, сопровождающаяся гипоксией и повреждением мозга, родовая травма. За этими препаратами стоит пятнадцатилетний опыт работы Института экспериментальной медицины.

Что позволяет общим хирургам, ортопедам, кардиохирургам, нейрохирургам этой больницы своевременно ставить диагноз и рано оперировать?

Прежде всего, работа действующего на базе больницы крупнейшего в России и одного из самых крупных в Европе **Центра реанимации и интенсивной терапии новорожденных**. Сюда, на его 30 реанимационных коек, со всего города поступает половина всех родившихся детей, нуждающихся в этом виде помощи, и все дети с врожденной хирургической патологией. Руководит Центром доцент к. м. н. Вячеслав Андреевич Любименко, главный неонатолог Комитета по здра-

воохранению С.-Петербурга. Он главный идеолог и создатель этой системы (в городе есть еще три центра для лечения новорожденных - в больницах № 4, 5, 17; в сумме они имеют такую же мощность, как и описываемый нами, но предназначены для лечения нехирургической патологии).

Итак, как устроена помощь новорожденным в Санкт-Петербурге? Эта целая система, все звенья которой работают четко и согласованно. Первое звено - родильные дома. Несмотря на то, что рождаемость в городе сократилась почти наполовину, количество больных новорожденных не уменьшилось. В настоящее время почти 80% детей рождаются с той или иной патологией. Из них примерно две тысячи нуждаются в реанимационной и интенсивной терапии. В родильных домах проводится лишь первичная реанимация, а затем ребенка переводят в специализированные центры. Как это сделать своевременно, никого не упустив? Для этого в структуре центра есть уникальное подразделение - РКЦН - реанимационно-консультативный центр для новорожденных. В этот центр из родильных домов стекается информация о новорожденных, на каждого из них заводится формализованная история болезни (ФИБ), которая помогает врачу-консультанту ориентироваться в тяжести состояния, определять очередность перевода и объем помощи, которую нужно оказать на месте (когда РКЦН только создавался, реанимационных коек в городе было мало и вопрос отбора стоял очень остро, да и сейчас он не потерял своей актуальности). Итак, пациент выявлен. Этап второй - транспортировка в Центр реанимации на Авангардную. Важнейший этап, особенно сегодня, когда врачи вплотную занялись лечением глубоко недоношенных детей и плодов, очень чувствительных к условиям транспортировки. Для этого созданы три неонатологические бригады, оснащенные транспортными кувезами (разработаны в С.-Петербурге) и специально обученным персоналом. К сожалению, транспортировка пока остается узким местом - многие роддома построены давно, не имеют грузовых лифтов, поэтому кувезы приходится на время отключать от сети и т. п. Вот и несут ребенка до машины по старинке -



на руках, в одеяльце и с кислородной маской. И все же при всех недостатках система транспортировки новорожденных в С.-Петербурге ушла далеко вперед по сравнению с другими регионами страны.

Итак, пациент доставлен в Центр реанимации и интенсивной терапии.

Для него уже все готово - кувез, респиратор, устройства для инфузии жидкости и все остальное. Ребенок осматривается, стабилизируется его состояние, уточняется диагноз. И тут же он направляется к специалистам, например, к хирургам. В операционную и обратно он доставляется в спе-



циальном транспортном кувезе, где ему продолжает оказываться помощь. После операции ребенок вновь поступает к реаниматологам, где находится до выхода из нестабильного состояния. После чего его переводят в отделения реабилитации - их два, общей мощностью на 100 коек.

Заниматься новорожденными в этой больнице начали с момента ее основания, но центр в его сегодняшнем виде во многом обязан помощи американских медиков, работающих в рамках программы "От сердца к сердцу". Они не только оснастили его,

но и обучили персонал новым методикам. У них совсем иное отношение к новорожденному, и отсюда новые принципы организации работы. Например, штаты формируются из расчета - одна медицинская сестра на одного младенца и один врач на троих. За каждой постовой медсестрой закреплено по два ребенка, остальные ставки распределены между вспомогательными бригадами: респираторных терапевтов (специалистов по медицинской технике), процедурных медсестер, медсестер по очистке и обеззараживанию оборудования, медсестер административной группы и медсестер-учителей. Все сделано так, чтобы постовая сестра ничем, кроме ухода за детьми, не занималась. Что же касается врачей, то они по замыслу руководства должны шесть месяцев в году лечить больных, а в оставшееся время анализировать свою работу, осваивать новые методы терапии, учить других и заниматься администрированием.

Руководитель центра, В. А. Любименко, считает, что на поддержание и развитие городской системы реанимации и интенсивной терапии новорожденных нужно не менее 26 000 000 новых рублей (кстати, по западным меркам это совсем небольшая сумма - ведь там все гораздо дороже за счет нормальной оплаты работы медиков). Эти деньги надо найти! Вспомните, что мы говорили о снижении рождаемости и об увеличении доли больных с рождения детей. На этом экономить нельзя.

Каковы же результаты деятельности этой службы? В 1978 году летальность в отделении реанимации новорожденных ДГБ № 1 составляла 51%, в 1991 - 23%, в 1996 - 7%. Она продолжает снижаться, несмотря на увеличение числа тяжелых больных, несмотря на то, что начали поступать дети с массой тела меньше 1000 г, несмотря на расширение объема хирургической помощи. И хотя эти цифры пока хуже, чем в Окленде (США), где учились наши медики, но они уже вполне сопоставимы. Самая большая разница пока в летальности детей самых малых весовых групп (от 500 г до 1000 и от 1000 г до 1500). Теперь усилия специалистов центра направлены на совершенствование помощи именно этим крошечным пациентам.



В. А. Любименко

Подытожить наш репортаж мы попросили главного врача **Анатолия Владимировича Кагана**.

- Мы очень дорожим своим приоритетом в некоторых областях: кардиохирургии, кардиореанимации, интенсивной терапии новорожденных, онкогематологии, лечении острой травмы и ожогов, лучевой диагностике, и многом другом. Уйдет приоритет - уйдут в другие больницы и пациенты. В медицине ведь тоже есть конкуренция, нам нельзя отставать. Городские власти нам помогают, но бюджет покрывает расходы примерно на 60%, деньги поступают нерегулярно. Более стабильно идут средства от страховых компаний, но здесь многое еще не отработано. Вот компания лопнула - с кого получить деньги? Сегодня нам должны более 500 000 рублей в новых деньгах. По существующей схеме получается, что не мы продаем свои услуги, а страховая компания назначает нам цену, чаще всего очень далекую от реальных затрат.

Примерно 80% оборудования к нам приходит в виде гуманитарной помощи. Недавно получили прекрасный ангиографический комплекс фирмы "Toshiba" - дар фонда Хилтона в рамках программы "От сердца к сердцу". Правительство города, оценив наши возможности, тоже старается помочь. Недавно приобрели отличное оборудование фирм "Simens" и "General Electric": ядерномагниторезонансный и компьютерный томографы, стереоскоп. Это позволит нам открыть самое современное в городе отделение лучевой диагностики.

Я считаю, что многое стало возможным благодаря нашим замечательным специалистам, персоналу. Их высокая квалификация позволяет нам на хозрасчетной основе организовать учебу врачей и медицинских сестер. Мы пока, к сожалению, не имеем лицензии, но это дело ближайшего будущего. Тех, кому нужен не сертификат, а знания, мы готовы уже сегодня принять на рабочие места.

Материалы подготовил М. Кукулевич



Медсестра - профессия интеллигентная

- За рубежом совершенно другое отношение к труду медсестры. Сестринское дело, сестринская наука, *nursing*, там так же важна для лечения больного, как и врачебный труд. Врач ставит диагноз, определяет план лечения, а дело медсестры этот план реализовать - выводить пациента, вернуть его к жизни. Вы знаете, что больше всего поразило меня в американских медицинских сестрах? Их высокий интеллект и отношение к пациенту. Даже к недоношенному ребенку, лежащему в кувезе, они относятся как к личности, которая может чувствовать, страдать и радоваться. Ему нужно человеческое тепло, без него он скучает и даже может умереть. Малыш должен различать краски - поэтому мы, сестры, не носим белых халатов.

Постовая медсестра должна быть целиком сосредоточена на малыше, не только проводить необходимые манипуляции, но и говорить с ним, ласкать. Поэтому у нас такие "раздутые" штаты - одна медицинская сестра на одного больного. И матерей мы охотно пускаем в отделение - они видят все, что мы делаем, помогают нам, занимаются с малышом. Хотят крестить ребенка - пожалуйста, хотят показать его братику или сестренке - отказа нет. Это только на пользу. Вот лежит малыш в палате, вокруг суетятся чужие люди, он безучастен. У кровати появилась мать - и глазки открылись, он ожил, радуется.

- А почему вам приходится так много заниматься с сестрами. Разве их плохо учат?

- В наших медучилищах пытаются дать будущим сестрам те же знания, что и врачам, только в значительно меньшем объеме. А сестринское дело в корне отличается от врачебного, у него своя философия, свои методы. В российских больницах за ход лечения отвечает только врач, сестра выполняет его назначения, и остальное ее как бы не касается. А в американской больнице мед-

сестра без подсказки врача четко представляет, каких действий с ее стороны требует сиюминутное состояние пациента, несет ответственность за него, в том числе и юридическую.

Совершенно очевидно, что высшее образование для медсестер, так как это принято в Англии, Финляндии, США, совершенно необходимо. Это интеллигентная профессия, здесь недопустимы люди грубые, малообразованные. Кто идет сегодня в медучилища? Как правило, те, кто плохо учится в школе. Но и в училище они работают без напряжения. Впрочем, к нам в больницу попадают энтузиасты. Я учу их и теории, и практике, стараюсь привить чувство уважения к профессии, помочь осознать ее значимость. И молодость наших сестер тоже надо учитывать при обучении, напоминать им о будущем материнстве, чтобы они относились к детям, как взрослые женщины, матери. Ведь, повторюсь, этим крохам так нужно человеческое тепло! Кстати, такие молодые сестры только у нас в стране - в Америке они значительно старше.

Печальная особенность реанимационных отделений - видеть больного, пока ему совсем плохо. А станет получше - и он уходит в другие руки. Но вот у нас 1 июня прошлого года, в день защиты детей, был праздник. Пришли родители с нашими бывшими, выросшими уже, детьми. Как было здорово! Все наши девочки радовались - это замечательно увидеть результаты своего труда.

- Марина, а вы хотели бы стать врачом?

- Нет, не хотела бы. В сестринском деле столько глубины, столько еще всего нужно узнать и понять. Вот вам простой пример. У нас дети, как правило, находятся на искусственной вентиляции легких. Естественно, что правильное нахождение интубационной



Марина Бойкова - медсестра-учитель Центра реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Она занята работой с молодыми. Медицинские сестры, хотя и приходят в центр не с улицы (лучших отбирают еще в процессе прохождения практики), сразу работать здесь не могут. Не хватает не только знаний, но и практических навыков. Вот и приходится Марине "доводить их до ума". Сама Марина сейчас тоже учится - получает высшее сестринское образование в Честерском колледже Ливерпульского университета в Англии.

трубки в трахее - основа основ. Очень важно следить, чтобы ребенок не экстубировался - повторная интубация может ему навредить. Раньше считалось: экстубировался - значит виновата сестра, недоглядела. Провели исследование, проанализировали. Оказалось, что чаще всего это происходит, когда ребенку трубка уже не нужна, и он сам старается от нее избавиться. И таких "мелочей" очень много.



АЛГОРИТМЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

М. Б. Богданов, П. П. Корнев, В. А. Любименко, ДГБ № 1 г. Санкт-Петербург

Крупный многопрофильный детский стационар, каким является детская клиническая больница № 1 Санкт-Петербурга, начал работу по внедрению алгоритмов антибиотикотерапии с января 1997 года. Во-первых, это обусловлено все более активным участием страховой медицины в жизни лечебного учреждения: страховые организации желают знать за какой именно товар (то есть качество лечения) они отдают деньги больнице. Вторая причина заключается в том, что алгоритмы существенно упрощают для врача подбор именно того антибиотика, который необходим конкретному больному. В-третьих, появляется возможность оптимизировать закупку антибиотиков стационаром: покупается именно то, что необходимо для лечения данной нозологической формы.

Основной принцип при подборе антибиотика в алгоритмах - оценка вероятного возбудителя. Стартовый препарат всегда назначается эмпирически, вместе с тем ответы на простые вопросы ("домашний" возбудитель или "госпитальный", Грам-положительный или Грам-отрицательный, какой патоген "выжил" после предшествующего назначения антибиотика) позволяют на этом этапе избежать грубых ошибок.

Один из ключевых моментов в разработанных алгоритмах - обязательная окраска возбудителя по Граму перед сменой антибиотика в случае неудачи стартового эмпирического лечения. Это позволяет предотвратить достаточно распространенную эскалацию антибиотикотерапии по Грам-отрицательному спектру (ампициллин → Клафоран → Фортум → Тиенам), так как при некоторых нозологиях доля Грам-положительных патогенов достигает 60%. В тяжелых случаях, при неудаче эмпирических схем, осмысленный подбор терапии возможен только при идентификации возбудителя и определении его чувствительности.

Следующий фактор, заложенный в алгоритмы - минимизация общей стоимости лечения (то есть учет не только расходов на медикаменты, но и стоимость койко-дня, лечебных манипуляций, исследований и так далее). Во-первых, везде, где это допустимо, предлагается переход на оральные антибиотики. Во-вторых, препараты назначаются по принципу минимальной достаточности, то есть если будет эффективна комбинация ампициллина с гентамицином, то цефалоспорины не назначаются, если работают цефалоспорины второй генерации, то карбапенемы не используются и так далее.

В-третьих, для некоторых больных в алгоритмах предусмотрено немедленное использование мощных антибиотиков резерва. Это тоже способствует сокращению *общей* стоимости лечения, поскольку избегаются расходы на априори неэффективные у данного пациента более простые медикаменты, и сокращается общая длительность лечения.

Внедрение алгоритмов потребовало от администрации ДГБ № 1 определенных организационных решений. Во-первых, были привлечены эксперты, которые совместно с каждым из заведующих отделениями разработали детальные алгоритмы по каждой из нозологических форм, максимально учитывая особенности конкретных подразделений больницы. Во-вторых, была модифицирована система закупок антибиотиков таким образом, чтобы обеспечить лечебный процесс в соответствии с алгоритмами. В-третьих, была создана рабочая группа, в обязанности которой входит контроль за соблюдением алгоритмов и оценкой их эффективности. Предварительный анализ работы с алгоритмами в отделениях реанимации новорожденных, интенсивной терапии и патологии новорожденных показал, что удалось уменьшить затраты на так называемые "мощные и дорогие" антибиотики.

ДИАГНОЗ	предшествующая терапия	рекомендуемые схемы смены терапии при неэффективности лечения на предыдущем этапе		
		СХЕМА 1 (микроскопия или эмпирически)	СХЕМА 2 (микроскопия, иногда посев и чувствительность)	СХЕМА 3, 4 (необходимы посев и чувствительность)
Деструктивные пневмонии	нет	оксациллин + гентамицин	см. сепсис	
	ампициллин + гентамицин	цефамандол		
	оксациллин, цефалоспорины 1-й генерации	Грам-отриц.: цефамандол + тобрамицин		
	цефалоспорины 2, 3-й генерации	см. сепсис		
± метронидазол				

Сепсис	нет ампициллин, линкомицин + гентамицин	цефамандол + тобрамицин	Грам-положит.: ванкоцин Грам-отриц.: цефтазидим + тобрамицин	Грам-отриц.: ципрофлоксацин или карбапенем или амикацин Грам-положит.: ванкоцин
	оксациллин, цефалоспорины 1-й генерации	Грам-положит.: ванкоцин Грам-отриц.: цефамандол + тобрамицин	Грам-положит.: ванкоцин Грам-отриц.: цефтазидим + тобрамицин	
	цефалоспорины 2, 3-й генерации + гентамицин	Грам-положит.: ванкоцин Грам-отриц.: цефтазидим + тобрамицин	Грам-отриц.: ципрофлоксацин или карбапенем или Грам-положит.: ванкоцин	
± дифлюкан, нистатин				

Не имея возможности представить алгоритмы целиком для конкретного отделения, а тем более для блока взаимосвязанных отделений, ограничимся двумя фрагментами, посвященными лечению деструктивной пневмонии и сепсиса. Необходимо оговориться, что поскольку использование фторхинолонов в педиатрии не разрешено, ципрофлоксацин вынужденно фигурирует в алгоритмах только для самых тяжелых больных, у которых сохранена чувствительность патогенов исключительно к этому препарату.

СИНТЕТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНЫЙ СУРФАКТАНТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

О. Б. Миленин, доцент

Респираторный дистресс-синдром является одним из самых частых и тяжелых заболеваний раннего неонатального периода у недоношенных детей, и нет пока никаких оснований предполагать, что удельный вес этой патологии начнет уменьшаться. Скорее, наоборот, учитывая неблагоприятные экологические, социальные, бытовые тенденции, можно прогнозировать нарастание частоты этого заболевания в нашей стране. С другой стороны, и это может быть самое важное - выживаемость новорожденных с тяжелыми формами респираторного дистресс-синдрома (РДС) наиболее точно отражает уровень качества медицинской помощи в каждом конкретном учреждении. У врача появилось значительно больше возможности повлиять на этот процесс с появлением искусственного сурфактанта - **Экзосурфа неонатала** английской компании GLAXO WELLCOME, которая, будучи верна своим традициям, не только вышла с этим препаратом на российский фармацевтический рынок, но и организовала и спонсировала обучение врачей на семинарах, симпозиумах и рабочих местах в Англии. Кроме того, 140 доз препарата, общей стоимостью 70000 \$, было передано безвозмездно в Центр интенсивной терапии и реанимации новорожденных ДГБ № 1 г. С.-Петербурга.

В состав Экзосурфа входят дипальмитоилфосфатидилхолин (колфосцерил пальмитат), гексадеканол, тилоксанол и хлорид натрия. В каждом флаконе препарата содержится 108 мг лиофилизированного порошка для приготовления суспензии. В комплект включены растворитель (вода для инъекций) и набор адаптеров с боковым отверстием эндотрахеальных трубок различного диаметра. Разведенный препарат представляет собой непрозрачную субстанцию белого цвета. Обладая поверхностно-активными свойствами, Экзосурф улучшает механику легких и приводит к быстрому увеличению концентрации кислорода в артериальной крови. При этом снижается тяжесть респираторного дистресс-синдрома, уменьшается частота осложнений при искусственной вентиляции легких.

Опыт применения сурфактанта в России (Москва, С.-Петербург, Архангельск, Сыктывкар, Мурманск, Иркутск, Чита, Красноярск и др.) подтвердил, что Экзосурф неонатал - безопасный и высокоэффективный препарат, позволяющий на треть уменьшить летальность и частоту осложнений при лечении наиболее тяжелых форм респираторного дистресс-синдрома у недоношенных детей. Вот наиболее

важные клинические результаты применения Экзосурфа:

1. Сокращение на 66% случаев смерти от респираторного дистресс-синдрома.
2. Сокращение на 44% смертности детей до 1 года от любых причин.
3. Увеличение показателей выживаемости без бронхолегочной дисплазии на 22%.
4. Сокращение в два раза случаев пневмоторакса и интерстициальной эмфиземы легких.
5. Уменьшение степени тяжести респираторного дистресс-синдрома.
6. Сокращение длительности механической вентиляции легких у новорожденных.

Безопасность Экзосурфа оценена в контролируемых испытаниях более чем у 20 000 новорожденных:

- не отмечено увеличение частоты внутрижелудочковых кровоизлияний (18% в основной группе, 23% в контрольной);
- не возростала частота инфекционных осложнений (13% в основной группе и 12% в контрольной).

Как и любой другой препарат Экзосурф неонатал может иметь и побочные эффекты, которые нередко вытекают из его достоинств. Например, быстрое повышение растяжимости легких и снижение легочного сосудистого сопротивления могут привести к возникновению утечки воздуха из легких или усилению шунтирования крови слева направо через открытый Боталлов проток. Для предотвращения этих осложнений надо иметь современную диагностическую и лечебную аппаратуру, ну, и, конечно, знания и опыт. Поэтому препарат может применяться только в реанимационных отделениях для недоношенных детей с опытным, специально обученным медицинским персоналом. Вводят его только эндотрахеально интубированным детям, находящимся на искусственной вентиляции легких. Не следует интубировать детей только для введения Экзосурфа. Перед его введением необходимо выполнить санацию трахеи. Препарат вводится шприцем в эндотрахеальную трубку через боковое отверстие в специальном эндотрахеальном адаптере без прерывания механической вентиляции легких. Проксимальную часть эндотрахеальной трубки во время введения препарата держат вертикально. Всю дозу вводят достаточно медленно с тем, чтобы суспензия разведенного препарата прошла через эндотрахеальную трубку и попала в легкие. Минимальное время введения - 4 минуты. Введение препарата следует замедлить или прекратить, если у ребенка ухудшается цвет кожи, замедляется ритм сердечных со-

кращений, если при мониторинге содержания кислорода в артериальной крови выявлены более глубокие изменения, чем транзиторное снижение концентрации кислорода, или суспензия накапливается в эндотрахеальной трубке.

При соблюдении мер безопасности и хорошем мониторинге введение препарата не приводит к осложнениям. Впрочем, надо помнить, что у совсем незрелых детей, с массой тела при рождении 500 - 700 г и функционирующим артериальным протоком Экзосурф может незначительно (на 1 - 2%) увеличивать частоту кровотока из легких. При случайной передозировке следует, насколько это возможно, отсосать суспензию из трубки и трахеи и перевести ребенка на поддерживающее лечение. Практика применения Экзосурфа неонатала за рубежом показала, что применение его как с профилактической, так и с лечебной целью приводит к снижению общей стоимости лечения. Применение Экзосурфа по жизненным показаниям у новорожденных с массой тела более 650 г позволяет уменьшить стоимость курса лечения одного больного с РДС на 17 807 \$. Экономическая эффективность препарата (по затратам на 1 год сохраненной социально адаптированной жизни) превышает эффективность других видов лечения, спасающих жизнь больного.

Экзосурф неонатал имеет и еще ряд преимуществ перед другими сурфактантами:

1. Исключен риск иммунологических реакций, так как Экзосурф полностью свободен от чужеродного белка, в отличие от "натуральных" сурфактантов, полученных из легких коров и свиней.
2. Отсутствует риск передачи внутриутробных инфекций, существующий при использовании сурфактантов, полученных из амниотической жидкости человека.
3. Минимален риск осложнений во время введения, так как при применении адаптера с боковым отверстием не нарушается герметизация дыхательного контура на фоне продолжающейся ИВЛ.

Более подробную информацию о препарате Экзосурф неонатал можно получить в Представительстве фирмы "Глаксо Вэллком" по адресу: 117418, Москва, ул. Новочеремушкинская, 61, тел.: (095) 258 6722, факс: (095) 258 6723.

GlaxoWellcome

АДИУРЕТИН: ТЕРАПИЯ ДЕТСКОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА

Е. А. Темерина, кандидат медицинских наук, врач-нефролог кафедры детских болезней лечебного факультета РГМУ

Детский ночной энурез - острая проблема для врачей многих стран, ибо страдают им более 50 миллионов детей планеты. В возрасте пять - семь лет "мокрые ночи" бывают у каждого десятого ребенка, в возрасте 10 лет - у каждого двадцатого. Многие дети уносят это неприятное заболевание с собой во взрослую жизнь. Недуг калечит психику ребенка, ухудшает качество его жизни - он не может поехать в летний лагерь, остаться ночевать у друзей. Нарушается жизнь всей семьи: родители постоянно озабочены заменой постельного белья, стиркой и просушкой матрасов. Некоторые из них, теряя контроль над собой, наказывают ребенка, усугубляя тем самым заболевание.

Причиной ночных неприятностей могут стать многие факторы: стресс, урогенитальные инфекции, нефрологические нарушения и др. Довольно часто ночное недержание мочи оказывается лишь следствием другого заболевания, но в некоторых случаях у врачей сомнений нет - энурез.

Как правило, этот диагноз ставится у детей старше пяти лет, которые, при отсутствии органических нарушений и нормальном мочеотделении в течение дня, мочатся в постель ночью чаще трех раз в неделю. Существует множество теорий о причинах этой патологии, однако большинство из них не находят научного подтверждения. Достоверно известно одно: главной физиологической особенностью организма таких пациентов является низкий уровень содержания в крови гормона нейрогипофиза вазопрессина, который препятствует избыточному выделению жидкости из организма. Замечено, что заболевание часто передается по наследству. Это бывает почти в половине случаев, если энурезом страдает один из родителей и еще чаще, если оба. Причем, девочки болеют несколько реже мальчиков.

Попытаемся объяснить механизм заболевания.

Обычно, когда мочевого пузыря наполняется на одну треть, человек ощущает первую потребность к мочеиспусканию. В этот момент парасимпатические нервы активизируют мускулатуру мочевого пузыря и напряжение в уретральном сфинктере ("затворе" мочевого пузыря) уменьшается. Человек терпит, осуществляя контроль за мочеотделением. При первичном ночном энурезе, несмотря на нормальное функционирование мочевого пузыря и отсутствие психологических расстройств, такого контроля не проис-

ходит. Многие больные отмечают, что спят очень глубоко и им трудно проснуться. Это одна из возможных причин. Есть и другая.

Известно, что у больных энурезом ночной мочи образуется в два - три раза больше, чем у здоровых людей. Как уже говорилось выше, большую роль здесь играет гормон вазопрессин. Его уровень в организме постоянно колеблется. У здорового человека ночью вазопрессина в крови больше, чем днем. А у больного этот уровень, и без того достаточно низкий, ночью снижается еще больше. Проницаемость стенок дистальных отделов почечных канальцев резко уменьшается, реабсорбция воды тоже снижается, а значит образуется большое количество неконцентрированной, как говорят, разведенной мочи. Обычно уже к четырем часам утра, гораздо раньше, чем у здоровых людей, мочевого пузыря у больных оказывается заполненным до предела. Сон в это время очень глубокий, поэтому дети редко просыпаются сухими.

Безусловно, ночной энурез требует своевременного лечения. Вероятность самостоятельного исцеления, надежда на "авось перерастет" здесь чрезвычайно мала - не более 15%, а вот опасность перехода в хроническую форму вполне реальна.

Ученые-фармакологи многих стран заняты поиском средств, способных противостоять болезни. Большие надежды мы возлагаем, в частности, на препарат **Адиуретин-SD**, зарегистрированный в России фирмой "Ферринг Фармасьютикалз". В последнее время он активно применяется в ведущих педиатрических центрах Москвы и Санкт-Петербурга - в клинике детских болезней лечебного факультета РГМУ, в Институте педиатрии АМН РФ, в Институте эндокринологии АМН РФ, в С.-Петербургской медицинской педиатрической академии. Материалы клинических исследований подтверждают высокую эффективность этого препарата. Только в нашей клинике им пролечено около 150 детей, страдающих первичным ночным энурезом. В среднем излечение наступило у 70 - 80% детей. Это очень высокий процент, если учесть, что дети до этого безуспешно лечились у разных специалистов - психоневрологов, невропатологов, нефрологов, некоторых пользовались экстраксомы и знахари.

Действующим веществом препарата Адиуретин-SD является десмопрессин - синтетический аналог натурального гормона ва-

зопрессина. В одном миллилитре водного раствора Адиуретина содержится 0,1 мг действующего вещества. Десмопрессин, являясь полипептидом, разлагается ферментами пищеварительного тракта, поэтому Адиуретин выпускается в виде капель в нос.

Как действует препарат? Попадая через слизистую оболочку носа в кровь, он компенсирует недостаток природного вазопрессина. Проницаемость в дистальном отделе почечных канальцев увеличивается, что приводит к образованию более концентрированной мочи. В результате объем ночной мочи нормализуется. Причем, Адиуретин не препятствует образованию натурального вазопрессина. Во время лечения никаких нарушений электролитного и жидкостного баланса не происходит. Ночная концентрированная моча компенсируется более разведенной дневной.

Противопоказаний к применению препарата не выявлено, он обычно хорошо переносится. В редких случаях возникают некоторые побочные явления (головная боль, абдоминальные спазмы, диспепсия), которые безвредны и быстро исчезают при снижении дозы препарата.

Эффективная интраназальная доза Адиуретина-SD при лечении энуреза составляет от 10 до 40 мкг. Доза эта вводится перед сном. После введения препарата необходимо сократить прием жидкости. Начальная доза обычно составляет 20 мкг. Если "сухих" ночей не наступает, дозу увеличивают до 40 мкг. Для большинства пациентов это - верхний предел, но для некоторых, малочувствительных субъектов, возможен другой режим лечения. При введении препарата голова пациента наклонена в сторону, а количество капель регулируются нажимом пипетки, которая является составной частью пробки пюзьрька.

При содействии фирмы "Ферринг Фармасьютикалз" в Москве открыто два центра по лечению детского ночного энуреза. Первый - на базе детской Морозовской больницы. Тел.: (095) 230 1637. Второй по адресу: Проточный пер., 5. Тел.: 241 3770.

В Санкт-Петербурге функционирует городской диагностический центр: ул. О. Дундича, 36, к. 2. Тел.: (812) 178 9745, 108 2937.

МИКОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

В. Р. Чистякова, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского Государственного Медицинского Университета

В последние годы прогрессивно возрастает значение грибковой инфекции в патологии верхних дыхательных путей и уха у детей. В Республиканской детской клинической больнице нами проведено клиническое обследование и лечение 82 детей в возрасте от 8 месяцев до 14 лет с микотическими поражениями ЛОР-органов. У всех больных диагноз подтвержден микологическими исследованиями (микроскопией неокрашенных и окрашенных по Романовскому-Гимза препаратов и культуральными исследованиями) и общеклиническим обследованием.

Отмикоз имел место у 36 детей, тонзилломикоз - у 28, фарингомикоз - у 12 и микотический гайморит - у 6. По нашим данным частота отмикозов у детей составляет 19% среди всех заболеваний уха, тонзилломикоза - 24% и фарингомикоза - 12%, у детей с рецидивирующим течением воспалительных заболеваний глотки, грибкового синусита - 7%. Грибковое поражение ЛОР-органов в наших наблюдениях было вторичным и возникало на фоне рецидивирующего или хронического поражения. Возникновению микоза предшествовало многократное применение антибиотиков широкого спектра действия, местное использование глюкокортикоидных препаратов, у двух больных - лечение цитостатиками, у одного больного - лучевая терапия. Имели значение аллергический фон, патология желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, особенно - сахарный диабет, болезни крови, иммунодефицитное состояние.

У большинства детей (52%) имел место хронический рецидивирующий диссеминированный кандидоз с одновременным поражением миндалин, среднего и наружного уха, околоносовых пазух.

У 24 детей школьного возраста хроническому среднему отиту сопутствовал отмикоз. Особенности течения отитов было часто рецидивирующее гноетечение, явления дерматита наружного слухового прохода, резистентность к традиционным методам лечения. Эти дети были прооперированы в связи с распространенным холестеатомным процессом

и грубой костной деструкцией височных костей. При операции, наряду с тотальным остеомиелитическим процессом и холестеатомными изменениями в области угла Чителли и верхушки сосцевидного отростка, обнаружены грубые микотические изменения в виде множественных очагов черно-зеленого цвета. У двух детей операционной находкой был мукормикоз среднего уха, в полости которого выявлены кистовидные образования серого цвета диаметром 1 - 1,5 см с неровной поверхностью, мутное слизистое содержимое которых имело неприятный запах. У этих детей, учитывая неблагоприятное течение мукорозов, в послеоперационном периоде применялось внутривенное введение амфотерицина-В под наблюдением гематолога. При посеве на среду Сабуро операционного субстрата, у большинства больных (52%) выявлен однородный рост культуры дрожжеподобного гриба *Candida albicans*, у 28% - сочетанная флора плесневых грибов *Aspergillus niger* и *Candida*, и у 20% - однородный рост плесневых грибов.

Отдельную группу больных с отмикозами составляли 12 детей раннего возраста с длительно текущими двусторонними рецидивирующими гнойными средними отитами. В анамнезе у этих больных - периодически возобновляющееся гноетечение из ушей (1 - 2 раза в месяц), что свидетельствует о безуспешности проводимой терапии. При каждом обострении заболевания им назначались антибиотики, местно - гормональные препараты (софрадекс, гидрокортизон, гормональные мази), физиотерапия, компрессы, что еще более усугубляло микотический процесс. При отоскопии у них была обнаружена выраженная гиперемия, мацерация кожи и сужение слухового прохода, жидкое или творожистое отделяемое бело-серого цвета, эпидермальные пробки или сухие корочки, гиперемия по краю *annulatumpanicus*, тусклые утолщенные барабанные перепонки. У двух детей наблюдалось экзематозного вида грибковое поражение ушной раковины. При обострении отита выделения были сукровично-гнойными, клиника

перфоративного среднего отита, микрогрануляции по краю перфорации. Клиническое обследование у всех детей этой группы выявило диссеминированный кандидоз с одновременным поражением также небных и язычных миндалин.

Хронический рецидивирующий орофарингеальный кандидоз проявлялся в виде тонзилло- и фарингомикоза. Жалобы больных были типичными: повторяющиеся с определенной цикличностью (2 - 3 недели) острые воспалительные заболевания глотки с гипертермией, болью в горле, появлением характерных налетов на миндалинах и на задней стенке глотки, не поддающиеся излечению обычными консервативными методами. Особенностью грибкового поражения миндалин у детей являются строгая цикличность рецидивов заболевания, выраженная поверхностная сосудистая инъеция слизистой оболочки, белый налет, повторяющий рисунок устьев лакун миндалин или в виде распространенных небольших округлых беловатых налетов; распространение микотических налетов на небные дужки, развитие сопутствующих микотических стоматитов, выраженная реакция шейных лимфатических желез.

Микотические синуситы характеризовались упорно рецидивирующим течением заболевания и резистентностью к традиционным методам лечения. Объективно отмечалась заложенность носа, диффузный отек слизистой оболочки, сужение носовых ходов и наличие вязкого слизистого отделяемого, которое стекало по задней стенке глотки. Рентгенологически выявлялась завуалированность гайморовых и решетчатых пазух, умеренно выраженная гиперплазия слизистой оболочки гайморовых пазух с неровным фестончатым внутренним контуром.

Микотическое поражение ЛОР-органов у детей возникало на фоне выраженного дисбактериоза, сопровождалось желудочно-кишечными нарушениями, вульвовагинитами у девочек и уретритами у мальчиков. У всех наблюдаемых нами детей выявлены грубые дисбиотические нарушения кишечника, обусловленные дефицитом бифидобактерий и

наличием ассоциации условно-патогенных микроорганизмов (гемолизирующие эшерихии, стафилококки, гемолитические стрептококки, клебсиеллы, протей, кандиды).

Дефицит бифидобактерий и других молочнокислых бактерий приводит к беспрепятственному заселению условно-патогенной микрофлорой, в первую очередь грибами, не только кишечника, но и других соприкасающихся с внешней средой полостей организма (полость рта, носа, уха). Это требует включения в комплекс терапии биологически активных препаратов, нормализующих микрофлору кишечника.

В настоящее время существенно изменилась тактика лечения микотических поражений ЛОР-органов у детей. В связи с неэффективностью и нецелесообразностью приема *рег ос нистатина* и леворина (они не всасываются в кишечнике и не действуют на процессы за пределами желудочно-кишечного тракта), особое значение приобретают препараты из группы амфотерных полимеров. В общей терапии мы использовали трихопол, ниторал, амфоморнал, амфогликамин, амфотерицин-В, дифлюкан. Местно применяли - нитрофунгин, диоксидин, хинозол, новоимманин, клотримазол, нифимицин, димифосфон, спиртовой раствор тимола и таннина. Наиболее высокая противогрибковая активность и выраженное специфическое влияние на кандиды отмечены при применении внутрь дифлюкана 1 раз в сутки в дозе 1 - 2 мг на кг массы тела в течение 10 - 12 дней. Каких-либо побочных действий при приеме дифлюкана отмечено не было. При ото-

микозах одновременно использовали пленки МАГ (материал адсорбирующий гидрофильный), содержащие противогрибковые препараты. Хорошие дренирующие свойства пленок МАГ способствовали активному всасыванию раневого отделяемого, что значительно облегчало очищение ран, снижение их инфицированности и ускорило сроки заживления послеоперационных полостей среднего уха по сравнению с традиционными методами лечения. Хорошо абсорбируя раневое отделяемое, пленка МАГ переходит в гелеобразное состояние и тонким слоем покрывает раневую поверхность, защищая ее от инфицирования и механических повреждений при перевязках. Местное лечение тонзилло- и фарингомикоза включало пульверизацию диоксида, хлорофиллипта, 1% салициламида, смазывание миндалин раствором Люголя, 2% раствором резорцина, 0,1% растворами анилиновых красителей (генцианового фиолетового и метилового фиолетового), КУФ-тубус на миндалины.

При микозах ЛОР-органов не рекомендуется проведение УВЧ, СВЧ, паровых ингаляций, тепловых аппликаций, компрессов на шею и на уши, применение антибиотиков пенициллинового и тетрациклинового ряда.

Общая и местная противогрибковая терапия у детей обязательно сочеталась с лечением дисбактериоза биопрепаратами, способствующими восстановлению нарушенного микробиоценоза кишечника (колибактерин, бифидумбактерин, лактобактерин, аципол, бактисуптил).

Критерием эффективности лечения являлось полное исчезновение клинических

проявлений заболевания или выраженное клиническое улучшение при оторицательных результатах микроскопии и посева соскоба из уха и с миндалин на грибы.

Своевременное выявление роли микозов в развитии ЛОР-заболеваний у детей и проведение целенаправленной терапии значительно повысило эффективность лечения.

Выводы:

1. Выявлена значительная роль грибковой флоры в возникновении воспалительных заболеваний ЛОР-органов у детей: при заболевании уха - в 19%, глотки - в 36% и околоносовых пазух - в 7%.

2. Наиболее высокая противогрибковая активность и выраженное специфическое влияние на грибы рода кандиды отмечены при применении дифлюкана.

3. Микотическое поражение ЛОР-органов у детей возникает на фоне дисбактериоза кишечника и требует включения в комплексную терапию биологически активных препаратов, нормализующих микробиоценоз кишечника.

Более подробную информацию о препарате Дифлюкан и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Пфайзер в Москве по тел.: (095) 258 5535; факс: (095) 258 5538; в Санкт-Петербурге по тел./факс: (812) 279 4337.



СЕМИНАР "ГОРМОНАЛЬНО-ЗАВИСИМЫЕ ОРГАНЫ И ГОРМОНЫ"

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Российская Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии, Российское Общество по контрацепции проводит семинар "ГОРМОНАЛЬНО-ЗАВИСИМЫЕ ОРГАНЫ И ГОРМОНЫ", который состоится с 13 по 17 апреля 1998 года.

Руководители семинара академик РАМН профессор В. И. Кулаков, профессор В. Н. Прилепская.

Тематика семинара будет иметь клиническую направленность и предложенные пробле-

мы будут рассмотрены с точки зрения практического врача.

Темы семинара: патологии шейки матки, современные подходы к диагностике и лечению эктопии, эрозии, лейкоплакии, плоских и остроконечных кондилом, дисплазии и рака шейки матки. Будут освещены вопросы диагностики и лечения патологических состояний матки (гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, аденомиоз) у женщин различных возрастных групп, вопросы влияния гормонов на костную ткань. Особое внимание будет уделено патологии молочных желез и ее

связи с гинекологическими заболеваниями.

Планируется рассмотреть вопросы действия натуральных и синтетических гормонов, витаминов, пищевых добавок на организм в целом и применение гормонов в косметологии.

Указанные проблемы диагностики и лечения заболеваний будут освещены с гинекологической и онкологической позиций. В рамках семинара будут проводиться симпозиумы отечественных и зарубежных фирм.

В работе семинара примут участие руководители здраво-

охранения из различных регионов РФ и СНГ, главные акушеры-гинекологи и заведующие кафедрами регионов, врачи-онкологи, научные сотрудники институтов и практические врачи.

Вы можете принять участие в выставке, симпозиуме, заседаниях круглого стола. Справки по телефонам; 438 6934, 433 2771. Факс 438 6934.

Заявки на участие в семинаре принимаются по адресу: 117815, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4 НЦАГИП РАМН. Координатор Ледина Антонина Виталиевна.

СОЛКО БАЗЕЛЬ АГ



Солкосерил - депротеинезированный гемодиализат крови молочных телят. Оказывает выраженный эффект на метаболические процессы в клетке. Солкосерил усиливает транспорт глюкозы через биологические мембраны; увеличивает долю аэробного гликолиза и окислительного фосфорилирования; стимулирует утилизацию кислых продуктов обмена (лактата); является сильным антигипоксантом; вызывает блокаду перекисного окисления липидов

в биологических мембранах; оказывает эндотелиотропное и ангиопротекторное действие, стимулирует пролиферацию фибробластов, активность макрофагов; увеличивает синтез коллагена; оказывает системное противоишемическое действие, устранение гипоперфузии органов без отрицательного влияния на системную гемодинамику; демонстрирует гепатопротекторный эффект на клинической модели острого и хронического вирусного гепатита В; сохраняет активность антиоксидантных систем на клинической модели острого инфаркта миокарда.

Показания к применению: окклюзионные заболевания периферических сосудов, сопровождающиеся трофическими нарушениями, диабетические ангиопатии, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы, ишемия миокарда, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый и хронический гепатит, метаболические нарушения при полиорганной недостаточности, ожоги, трофические язвы, пролежни. Язвы, ожоги, травматические повреждения роговицы, воспалительные изменения на слизистой оболочке полости рта,

Herpes labialis, пародонтоз, стоматит.

Форма выпуска: 10%, 20% раствор для в/в инфузий во флаконах по 250 мл; раствор для в/в, в/м инъекций в ампулах по 2, 5 и 10 мл; драже по 200 мг, мазь, желе, глазной гель, дентальная адгезивная паста.

Более подробную информацию о препарате и возможностях его закупки можно получить в Представительстве фирмы в Москве по тел.: (095) 971 7071, 971 7012, факс: (095) 755 6861 и Санкт-Петербургском филиале SOLCO Basel AG по тел.: (812) 327 7953, факс: (812) 327 7493.

ШЕРВУД-ДЭВИС И ГЕК



Компания "Шервуд-Дэвис и Гек", входящая в корпорацию "Американ Хоум Продукт", является мировым лидером в производстве шовного материала для всех разделов современной хирургии. Помимо этого она производит приборы для наложения кожных скрепок, а также широчайший спектр продукции для анестезиологии, реанимации, кардиологии, урологии, стоматологии и лабораторного дела. Качественная и удобная техника, надежные шовные материалы пользуются большим спросом во многих странах. Любовь и признание врачей, медицинских сестер и лаборантов компания заслужила благодаря энергичным усилиям оптимизировать и облегчить их труд, стремлением найти оригинальное решение рутинных проблем.

Сегодня компания является пионером в разработке шовного материала, а специализироваться на его выпуске она начала еще в начале нынешнего века. В 1922 году ее предприятия первыми в мире начали выпуск атравматических нитей. Теперь слово **Atraumatic** на века сохранит ее торговую марку. В 1958 году специалисты компании предложили идею упаков-

ки и стерилизации всего шовного материала в единичные разовые конверты **Surgilope sp** и предприятия приступили к ее осуществлению. Огромным шагом вперед для медицины стало создание и выпуск первого в мире синтетического рассасывающегося шовного материала **Dexon** - это было 1970 году. В настоящее время такие нити, как **Dexon** и **Maxon** заслуженно пользуются репутацией лучших в мире.

Особый, очень важный раздел - хирургические иглы. Здесь тоже "Шервуд-Дэвис и Гек" является пионером. Введены в клиническую практику съемные атравматические иглы **Di-tach**, вращающиеся вокруг стальной проволоки на 360 градусов, иглы **Rotogrip** (для ушивания грудины), специальные нетупящиеся иглы **Cardio-point** (для кальцифицированных и пораженных атеросклерозом сосудов, фиброзно-измененных тканей, для микро-, офтальмо- и пластической хирургии), первый в мире истинно эластичный шовный материал **Novafil** и многое другое.

Широко известна торговая марка **Argyle**, под которой фирма "Шервуд" выпускает центральные и периферические венозные и артериальные катетеры, разнообразные одно- и двухканальные отсасывающие кате-

теры, силиконовые и поливиниловые, абсолютно атравматичные, снабженные рентгенконтрастной полоской для контроля глубины их проникновения, эндотрахеальные и трахеостомические трубки с надувными манжетами и без них.

Чрезвычайно актуальна разработка и внедрение в медицинскую практику зондов и приборов для энтерального питания. Постоянно совершенствуются дренажные системы для плевральной полости: пройден путь от систем пассивного дренажа до активного дренирования с возможностью аутогемотрансфузии.

Не нуждается в рекламе и торговая марка **Monoject**: это шприцы всех размеров - от инсулиновых и туберкулиновых до шприцев Жане, иглы инъекционные - от внутривенных и стоматологических до применяемых для спинальной и эпидуральной анестезии. Конструкция спинальных и эпидуральных игл гарантирует точность и безопасность проводимых манипуляций. Очень удобны в использовании иглы и шприцы для биопсии. Многообразны лабораторные наборы для забора крови и выпускаемые для обеспечения безопасности медицинского персонала контейнеры для сбора использованных игл и шприцев.

Выходя на огромный Российский рынок, компания "Шервуд-Дэвис и Гек" ставит своей целью не просто обеспечить наши больницы современной западной техникой и материалами, но и обучить медперсонал правильно их использовать. С этой целью проводятся конференции, семинары, предоставляются видеоматериалы. Особое внимание уделяется работе со средним медицинским персоналом. Ну и, конечно, больницам, которые приобрели ее приборы и инструменты фирма предоставляет необходимое сервисное обслуживание. Фирма прочно обосновалась на огромном пространстве России, практически любое лечебное учреждение может воочию убедиться в отменном качестве знаменитой американской продукции.

За всей интересующей информацией просим обращаться к представителям фирмы в регионах.

Москва - тел.: (095) 937 3251, факс: 937 3250, 937 3255; Нижневартонск - тел./факс: (3466) 24 2913; Краснодар - тел./факс: (8612) 33 6342; Красноярск - тел./факс: (3912) 33 2434; Нижний Новгород - тел./факс: (8312) 65 0295, 65 0341; Екатеринбург - тел./факс: (3432) 23 3339. Дистрибьютор в С.-Петербурге: "Деловая медицинская компания"; тел. (812) 279 9754.

ШОВНЫЙ И РАСХОДНЫЙ МАТЕРИАЛ



Фирма **МЕРКЛЕ** уже 115 лет известна в Германии и на международном фармацевтическом рынке как один из крупнейших производителей лекарственных средств. Производство фирмы характеризуется широким спектром выпускаемых препаратов, высочайшим качеством готовой продукции и вполне конкурентными ценами.

На российском фармацевтическом рынке в настоящее время хорошо известны следующие препараты, которые могут с успехом применяться при лечении целого ряда заболеваний у матери и детей: **ПРЕГНАВИТ**, **ХИЛАК**, **АКТИФЕРРИН**, **МЕКСАЛЕН** и **МЕКСАВИТ**, **АМБРОБЕНЕ**, **ПИРАБЕНЕ**. Все препараты выпускаются в удобных функциональных упаковках, имеющих приятный внешний вид.

Представительство фирмы в России: 121069, Москва, Новинский бульвар, д. 20А; тел.: (095) 232 1247, 232 1365; факс (095) 232 1369.

Прегनावит представляет собой специально подобранный комплекс витаминов и минералов. Применя-

ется для профилактики и лечения гиповитаминозов и дефицита минеральных веществ во время беременно-

сти и лактации; в период реконвалесценции после продолжительных и/или тяжелых протекающих заболева-

Хилак является стерильным концентратом продуктов обмена веществ для образования молочной кислоты, который способствует восстановлению нормальной флоры кишечника. Применяется для эффективно-

го лечения при диарее, метеоризме, запорах, гастроэнтеритах, колитах, диспепсии у взрослых и детей, в том числе у детей грудного возраста. Эффективен при лечении гипо- и анацидных состояниях (в том числе при

беременности); энтерогенных заболеваний желчного пузыря и печени; при нарушениях физиологической флоры тонкого и толстого кишечника во время и после лечения антибиотиками, сульфаниламидами, луче-

Актиферрин является железосодержащим препаратом, применяемым при железодефицитных анемиях различного происхожде-

ния: беременность, лактация, неполноценное питание, период активного роста, у детей, родившихся недоношенными. Входящий в

состав препарата D, L-серин способствует более эффективному всасыванию железа, что позволяет снижать дозу железа, обеспе-

Мексален (парацетамол) и **Мексавит** (шипучие таблетки парацетамола и витамина С) являются мощными обезболивающими и жаропонижающими препара-

тами, которые применяются у взрослых и детей для лечения лихорадочных состояний при инфекционно-воспалительных заболеваниях (простуда, ОРЗ,

грипп) и болевых синдромов (головная боль, мигри, невралгии). Для детей **МЕКСАЛЕН** выпускается в

Амбробене (амброксол) является муколитическим препаратом, разжижающим мокроту и оказывающим отхаркивающее дей-

ствие. Применяется при острых и хронических бронхитах, пневмониях, бронхиальной астме с затруднением отхождения мокроты;

для стимуляции синтеза сурфактанта при респираторном дистресс-синдроме у недоношенных детей и новорожденных (в составе

Пирабене (пирацетам) - ноотропное средство, применяемое с целью улучше-

ния интеллектуальной деятельности при астенических состояниях различного

происхождения, при задержке умственного развития. У детей чаще

Туссамаг (жидкий экстракт тимьяна) - препарат чисто растительным действующим веществом. Обладает выраженным отхар-

кивающим действием, разжижает мокроту и ускоряет ее эвакуацию, уменьшает спазмы дыхательных путей и поддерживает ес-

тественный иммунитет организма. Сироп и капли Туссамаг рекомендуются при бронхитах, коклюше и заболевании верхних дыха-

ПРЕГНАВИТ

ний, в том числе инфекционных.

ХИЛАК

вой терапии. В отличие от близких по составу препаратов Хилак приятен на вкус. Принимают с небольшим количеством жидкости, исключая молоко.

АКТИФЕРРИН

чивая лучшую переносимость и снижая токсичность.

МЕКСАЛЕН МЕКСАВИТ

виде сиропа и свечей.

Противопоказания: детский возраст до трех месяцев.

АМБРОБЕНЕ

комплексной терапии). Для детей имеется специальная форма - сироп.

ПИРАБЕНЕ

используется сироп.

ТУССАМАГ

тельных путей, сопровождающихся непродуктивным кашлем.

СИСТЕМЫ ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЙ БОЛЬНИЦ

Успешная деятельность любого стационара во многом зависит от того, как функционируют его системы жизнеобеспечения, в частности системы обеспечения газами. Основные требования к ним: надежность, простота эксплуатации, экономичность. Крупные больницы страны, закупившие в свое время продукцию зарубежных компаний, уже имеют печальный опыт в ее использовании. Среди самых очевидных недостатков - высокая стоимость не только при покупке, но и в ходе эксплуатации. Большие проблемы возникают в случае поломки - отсутствуют запасные комплекты для ремонта, есть сложности с подключением оборудования разных стандартов, поставщики не заинтересованы в мелких и штучных поставках, что порождает длительные простои.

Отечественные предприятия АО "Альтернативная наука" (С.-Петербург) и АО "Спецтехсервис" (Москва) выпускают, поставляют и обслуживают оборудование, полностью соответствующее Евростандарту. По функциональным возможностям оно ничем не уступает зарубежным аналогам, но цена его в три-четыре раза ниже, а надежность, за счет применения новых технологий и материалов, выше. Эксплуатация и техническое обслуживание обходится также существенно дешевле. Специалисты предприятия проводят полный комплекс работ по проектированию, монтажу и запуску нового, а также ремонт и восстановление ранее установлен-

ного кислородного и иного газового оборудования как на территории РФ, так и за рубежом.

На первом месте в списке производимой продукции стоят **клапанные системы оперативной подачи газов**. Данные системы позволяют полностью избавиться от применяемых ныне игольчатых вентилях, различных гаек и переходников, ключей и иного инструмента, сократить потери газов от утечек и несанкционированного доступа. Это значительно снижает пожароопасность газовых систем и сокращает время (до 1 секунды), затрачиваемое на подключение аппаратуры. Полностью изготовленные из металла (в отличие от зарубежного пластика) клапаны долговечны и имеют 100% надежность. Поскольку они являются отечественными аналогами известных клапанов фирмы "Dreger", к ним возможно подключение любой импортной аппаратуры. Клапаны выпускаются также в различных модификациях: газовый клапан и манометр (для вакуума - вакуумметр); два газовых клапана и манометр; газовый клапан, манометр, запорный вентиль. Дополнительно газовые клапаны могут комплектоваться штекером с регулируемой подачей газа.

Комплект реанимационного оборудования выпускается в виде горизонтальных консолей и вертикальных стоек. Он позволяет полностью убрать в панели все силовые и газовые магистрали, имеет необходимый набор клапанов, розеток (от силовых до теле- радио- и сигнали-

зации), включает в себя навесные сестринские полки, полки под мониторы, штативы для капельниц, различной осветительной аппаратуры. На штативах и кронштейнах можно крепить основную часть применяемой аппаратуры (ингаляторы, отсосы и т. д.).



ные, аппарат "Вита" для лечения гипогалактии, мастита, коррекции формы груди.

В системы жизнеобеспечения включаются: система па-



Данное медицинское оборудование не уступает зарубежным аналогам ни по качеству, ни по дизайну, однако стоимость его, включая и монтажные работы, в 3-6 раз дешевле. Изготовлено оно полностью из металла, прочно и надежно. На это оборудование предоставляется гарантия на 18 месяцев, прилагаются комплекты и запасные части, руководство по ремонту и эксплуатации, возможно дальнейшее техобслуживание.

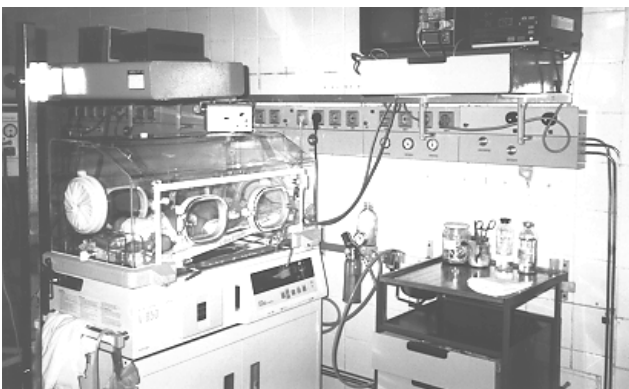
В комплектацию койко-места отделения реанимации входит **увлажнитель кислородно-воздушной смеси**, устанавливаемый на консоли (моментальное подключение, мелкодисперсный); **аспиратор** (вакуумный или эжекторный); **регулятор вакуума**, устанавливаемый на консоли; **пульт вызова медперсонала**; **ширма раздвижная**.

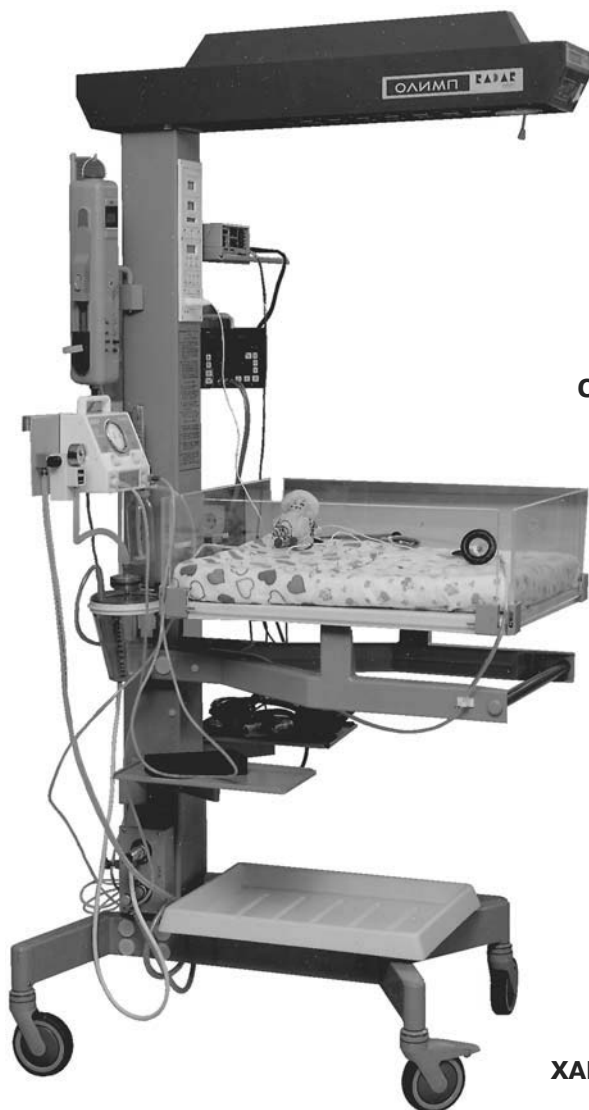
В комплект оборудования систем медицинских газов входят рампы кислородные и закись-азотные; устройство подогрева редуктора для закиси азота; расходомеры кислорода и воздуха, регуляторы вакуума палатные и аспираторы вакуум-

латной сигнализации и вызова сестры с регистрацией времени вызова; блоки электрические медицинские для подключения аппаратуры; медицинский таймер; часы медицинские настенные с автоматической подстройкой (автоподстройка по радиочастоте); прибор ультрафиолетового облучения крови.

Допплер-сканер "Бэби" определяет состояние плода и плаценты, начиная с 10 недель беременности. Прибор оснащен блоком питания с подзарядкой, головными телефонами для прослушивания, цифровой индикацией параметров.

АО "Альтернативная наука" приглашает заинтересованных лиц и организации к сотрудничеству. Необходимая информация и материалы по тел.: в Москве - (095) 275 5494; в С.-Петербурге - (812) 294 8587.



ОЛИМП**СТОЛ для
НОВОРОЖДЕННОГО**

Разработан и апробирован совместно с Центром реанимации, интенсивной терапии новорожденных ДГБ № 1 г. Санкт-Петербурга

НАГРЕВАТЕЛЬ

- ручной режим установки мощности
- автоматический режим регулирования мощности и поддержания заданной температуры

ОСВЕЩЕНИЕ

- галогенная лампа с регулировкой направления светового потока

ТАЙМЕР

- возможность предустановки
- прямой и обратный счет до 100 мин.

ТРЕВОЖНАЯ СИГНАЛИЗАЦИЯ

- отклонение температуры от заданной на 0,4° C
- выход температуры за пределы регулирования
- отсутствие датчика
- неисправность нагревателя
- функция Апгар на 1, 5, 10 минутах

ОСНАЩЕНИЕ

- датчик температуры кожи
- наклон ложа в положения Тренделенбурга: 0, 5, 10, 15 градусов
- съемная конструкция ложа
- опускающиеся и съемные прозрачные стенки
- съемный поддон
- по желанию заказчика система может быть оснащена монитором, аппаратом ИВЛ, инфузионными помпами, отсасывателем и другим оборудованием

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- диапазон измерения и регулирования температуры 32 - 39° C
- питающее напряжение 220 В, 50 Гц
- потребляемая мощность 1 кВА

МОДИФИКАЦИИ**СН-02**

- изменяемое расстояние между ложем и нагревателем
- три положения ложа по высоте
- габариты 1980x710x1050 мм

СН-02м

- фиксированное расстояние между ложем и нагревателем
- три положения стойки по высоте
- габариты 2080x690x990 мм

Уехав несколько лет назад в Америку, Родион Нахапетов оказался за бортом российской кинематографической жизни. Но его здесь любят и помнят, да и как можно забыть киногероев Нахапетова - Тимура из романтической новеллы 70-х "Нежность", революционера-кинооператора Потоцкого из "Рабы любви", военного летчика из "Торпедоносцев", список можно продолжать бесконечно. Он и по ту сторону океана не сидел, сложа руки, а работал, как одержимый. Создал благотворительный фонд помощи детям с врожденным пороком сердца "Nakhapetov friendship foundation", как режиссер-постановщик снял два документальных фильма и одну полнометражную картину "Телепатия", которая была показана на прошедшем кинофестивале в Москве, приобрел легкий американский акцент.

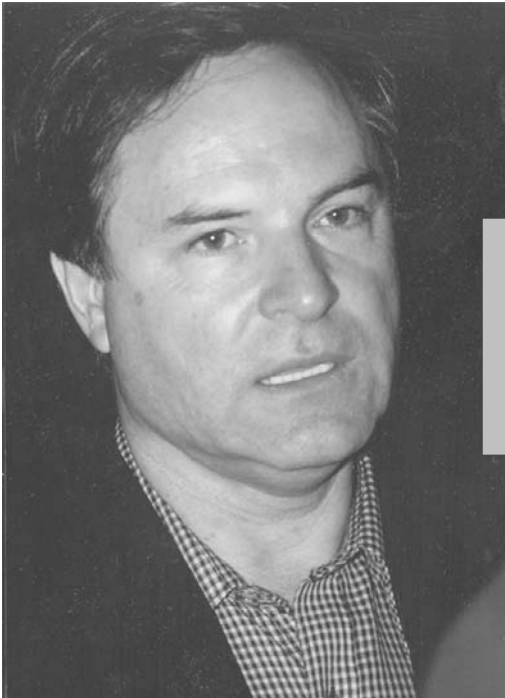
- Родион Рафаилович, как часто вы бываете в Москве?

- Я приезжаю сюда два - три раза в год, а хотелось бы чаще. За это время Москва значительно изменилась к лучшему - отреставрировали церкви, по-

строили много новых зданий. Единственное, что меня ужасно раздражает - огромное число английских и американских названий. Тем более, что в большинстве своем они неправильно пишутся и произносятся. Уж если людям так хочется дать своей фирме броское заморское название, то хотя бы писали без ошибок. Очень беспокоит обширная реклама сигарет. У меня две дочери, и если им будут постоянно долбить, что такая-то марка сигарет самая лучшая - они, в конце концов, закурят.

- А вы видите с другими русскими актерами, которые уехали в Америку? Например, с Еленой Соловей?

- Мы с Леной живем в разных городах и даже на разных побережьях. Для того, чтобы нам с ней увидеться, нужно несколько часов лететь на самолете. Это все сложно...



Родион Нахапетов: "Смысл жизни в детях"

- Многие, уехавшие на Запад, говорят, что русскому человеку трудно адаптироваться к американской реальности, сказываются особенности русского характера...

- Да... Американцы приветливы, дружелюбны, всегда улыбаются. И кажется, что они тебе так рады! Но это на поверхности. На самом деле ты им абсолютно безразличен. А у нас наоборот - человек может быть сумрачным, необщительным, но ты знаешь, что он всегда поддержит, поможет, поймет. Но все же дружба у меня в Америке есть. В основном это те люди, с которыми я работаю в своем фонде "Nakhapetov friendship foundation".

- Расскажите о нем подробнее.

- Я создал его в 1993 году. Его цель - помогать детям с врожденным пороком сердца. Занялся я этим совершенно случайно. Однажды ко мне пришел папа одной девочки, Анечки, было ей всего 8 месяцев. Он рассказал мне о своей беде. Я нашел врача, который сделал ей операцию и спас ее. Когда я увидел, как буквально на глазах ожи-

вает ребенок, как начинают блестеть глаза, розовеют щечки, я решил продолжить эту деятельность. Когда мы с моей женой Наташей прочитали, что в России ежегодно рождаются 50 тысяч детей с врожденным пороком сердца, то решили как-то помочь. Ведь врачи из-за финансовой ограниченности часто бывают бессильны, и наш фонд привозит сюда врачей, проводит семинары кардиологов. Вот и сейчас значительную часть доходов от проката моего нового фильма "Телепатия" я вложу в этот фонд. Я хочу помочь детям, которых так жестоко наказала судьба. В этом смысл моей жизни.

- Наверное, сейчас самое время поговорить о вашем фильме?

- Я впервые снял полнометражную ленту на английском языке. Тем важнее мне почувствовать реакцию русских зрителей. Это история о маленьком мальчике, которому после гибели отца снятся страшные сны. В них отец рассказывает ему о том, кто его убил.

строили много новых зданий. Единственное, что меня ужасно раздражает - огромное число английских и американских названий. Тем более, что в большинстве своем они неправильно пишутся и произносятся. Уж если людям так хочется дать своей фирме броское заморское название, то хотя бы писали без ошибок. Очень беспокоит обширная реклама сигарет. У меня две дочери, и если им будут постоянно долбить, что такая-то марка сигарет самая лучшая - они, в конце концов, закурят.

- А вы не хотите вернуться в Россию?

- Конечно, хочу! И уверен, что вернусь. Я уехал в Америку не для того, чтобы каждый день колбасу есть, а для того, чтобы учиться, набираться опыта. Я бывал на съемках многих фильмов, написал сценарий по заказу кино-

Всеим людям известно, что между близкими людьми существует какая-то мистическая связь. Это испытал хоть раз в жизни каждый человек. Помню, когда я был еще мальчишкой, у нас в семье случилось несчастье - погиб сын моей тети, Павлик. Он подорвался на mine. Произошло это в конце 40-х годов, сразу после войны. Он пошел гулять с ребятами на окраину села, а тетя занималась домашними делами. И вдруг далеко-далеко раздался взрыв. Услышав его, тетя выбежала из дома с криком: "Павлики убило!" Как она это узнала, как почувствовала?

- Сильно отличается работа с американскими актерами от работы с нашими?

- Американцы очень аккуратны, работают как часы: никогда не опаздывают, всегда знают тексты. Наши могут опоздать на два часа, и, примчавшись, сказать: "Извини, старик, пробка, авария! Ну, какая у меня сейчас сцена, дайте сценарий почитать". Но я все равно скучал по работе с русскими артистами. Они ближе мне по духу.

Анастасия Демендеева

КОЛЛЕГАМ С ЛЮБОВЬЮ

Питер - город моей медицинской молодости. Я закончил в 1963 году Ленинградский педиатрический медицинский институт и достаточно много лет отдал здравоохранению города. Моим "звездным часом" стало создание 20-й педиатрической подстанции скорой помощи. Как сейчас помню, в далеком 1977 году мы с моим шефом и другом Эдиком Цибулькиным сидели в кабинете Гены Зайцева, бывшего однокурника, главного врача только что построенной детской больницы, и обсуждали казавшийся совершенно авантюрным вопрос - а не разместить ли здесь не одну-две бригады скорой помощи, а целую подстанцию? Нас не смущало тогда, что таких подстанций в природе не существовало и никто организовывать их пока не собирался. Идея показалась заманчивой и, что самое странное, мы ее осуществили!

Геннадия Алексеевича Зайцева всегда отличало потрясающее чутье ко всему новому. Он видел далеко вперед и потому так высоко поднял планку в организации Детской городской больницы № 1. Среди педиатрических больниц это, действительно, была Первая, таких в городе после революции уже не строилось. И я рад, очень рад, что судьба снова свела меня с этим замечательным коллективом, что я могу подарить им свои стихи, посвященные Питеру.

Михаил Кукулевич

Мы мир соорудили из преград,
В нем только многоочия понятны...
Из Петербурга еду в Ленинград
И возвращаюсь поездом обратно.
И две моих души летят за мной,
Относит ветер жалобные крики...
Две чайки. Две бесспорные улики
Любви небесной и вражды земной.
Борьба разнонаправленных стихий,
К гармонии напрасное стремленье,
И лишь в молчанье чудится спасенье,
И мочи нет дописывать стихи.

Архитектору К. Тону

Мой город - мой брат, мой отец, мой ребенок!
Ты мне улыбнулся сегодня спросонок
Когда я, сойдя на перрон
Такого родного для сердца вокзала,
Подумал: тебя-то мне и не хватало,
Мой скучный, мой правильный Тон!

Ты славно служил, архитектор придворный,
И мелочной воле монарха покорный
Ты строгие грани чертил...
Твой царь-лицедей был в душе инженером,
И хоть был обучен изящным манерам,
Но прочность превыше ценил.

Мы скажем обоим спасибо за это,
Когда в морозящем тумане рассвета
Уроним дорогу с плеча...
Ведь если б не труд архитектора Тона,
Какой бы кошмар из стекла и бетона
Нас мог бы здесь нынче встречать?!

Не пойду я, братцы, по миру
До тех пор пока одна
Колокольня Князь-Владимира
Из окошка мне видна.
Пока тихая Пушкирская
Мне дождями ворожит,

Пешеход, по лужам шаркая,
От инфаркта убежит.
И, хранимый Петроградской
Непарадной стороной,
Обрисует белой краскою
Посеревший профиль свой.

Висела туча, как медуза,
И дождь косою на крыши падал.
Моя простуженная муза
Приехала из Ленинграда.
Ее за худенькие плечи
Я обнял, зонтик раскрывая.
Она сказала: "Время лечит,
Но до конца - не убивает".
Она сказала: "Не бывает
Напрасных и случайных строчек".
И вздрогнул поезд, остывая
От долгой гонки среди ночи.

Разлетелись все надежды
На согласие с собой -
Сколько можно ездить между
Ленинградом и Москвой?
Мерить Язуу Фонтанкой,
И Неву - Москва-рекой,
Путать шумную Таганку
С шумной площадью Сенной?
Этой путанице дикой
Нет начала, нет конца -
Два таких несхожих лика
Двуединого лица!
И, не в силах взять душою
Этот сложный интеграл,
Я махну на все рукою
И уеду. За Урал.



КАПУСТНИК В первом МЕДЕ

Дорогие друзья! У каждого государства свои герои, у каждой сцены - свои архивы. Есть на Петроградской стороне свой Ватикан - Первый медицинский институт. Если собрать вместе все светила медицины, которые из него вышли, придется надевать солнцезащитные очки. Но вот уже добрую сотню лет существует государство в государстве - Капустник в Первом Меде. Его граждане живут по своим законам - улыбаются там, где впору заплакать, и танцуют там, где надо бы скрипеть пером на лекции ученого мужа.

Можно спорить. Но имеет ли смысл? Ни в медицине, ни на сцене не нарушается основная заповедь Врача - *не навреди*. Никому еще не был вреден юмор. А большинство тех, кто ради капустников прогуливал пары, впоследствии стали замечательными врачами. Талант - везде талант!



Кафедра психиатрии СПбГМУ совместно с Управлением ГАИ разработала новый Жезл Автоинспектора, в который заранее вмонтирован милицкий свисток. Теперь для того, чтобы остановить водителя, автоинспектор должен будет взять Жезл в рот и вежливо, со свистом указывать им на транспортное средство. В темное время суток щеки инспекторов будут изнутри подсвечиваться мигающей красной лампочкой. Предполагается, что забавное нововведение улучшит психологический климат на российских дорогах.

"Глюконатик"

Граждане хирурги, давайте мыться, Эй, сестрица, налей водицы. Плхнем в тазик растворчик мыльный, Две минуты - и ты стерильный. Анестезиолог, наденьте маску, Расскажите больному сказку. (Сказка)

Жили-были дед и баба. Дед на стройке был прорабом. Он упал, сломал ключицу И поехал к нам лечиться. Ехал дед через реку,

А за ним инспектор ВОЗ, Сунул деда руку в реку И поймал дракункулез. Глюконатик введем по капле, Наточите острее скальпель.

Счастье для хирурга - благо больного Все, что не отрежем - вырастает снова. Апрель 1986 г., Григорьев, Легеза, Шац



Центр Ясновидения при поликлинике СПбГМУ!

Необыкновенные возможности! 10 000 клиентов! Угадываем ваш возраст, пол, национальность, образование, адрес в течение 3-х календарных дней!!! Деньги, паспорт, свидетельство о рождении и диплом высылайте по адресу: С.-Петербург, а/я 12345.

Лучшие песенки, найденные на этом капустном поле, выпущены в виде аудиокассеты: альбом "Звездная болезнь". Его продают в магазине медицинской литературы "Гипократ" (С.-Петербург, ул. Ленина, тел.: 232 3724) и в профкоме СПбГМУ (тел.: 234 1732, 967 0544).

Газета зарегистрирована Комитетом Р Фи по печати. Регистрационный № 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, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854
Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

Цена
договорная