

ГОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 11-12
2000

ЮБИЛЕИ

90 лет ГКБ им.
С. П. Боткина

70 лет РМАПО

70 лет
педиатрическому
факультету
РГМУ

СТР. 3–9

Лечение
хламидийной
инфекции у детей

Боль в спине

Рефрактерин:
терапия ХСН

СТР. 10–13



Не
только
лекарства

СТР. 14–15



*Владимир Яковлев:
Я счастлив, что судьба предоставила мне
возможность работать в одной из старейших и
лучших больниц Москвы.*

НОВОСТИ

Грипп 2000–2001

С наступлением осенне-зимнего сезона резко возрастает число заболеваний гриппом и ОРЗ. Этой проблеме был посвящен брифинг: «Грипп 2000–2001: официальный прогноз и меры профилактики». По предварительному прогнозу специалистов, в Москве уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ не будет иметь существенных отличий от предыдущего эпидемиологического сезона, так как не предполагается значительной смены штаммов вирусов. В течение ряда лет в столице проводится комплекс сезонных мероприятий по профилактике, позволяющий удерживать уровень заболеваемости гриппоподобными заболеваниями на социально приемлемом уровне. Комплекс мер включает как специфическую профилактику (вакцинацию), так и неспецифическую. Особую актуальность неспецифическая профилактика приобретает для невакцинированных лиц, людей пожилого возраста и детей.

Понимая важность этой проблемы, компанией «Хербс Трейдинг ГмбХ» при содействии Комитета здравоохранения и Комитета образования была разработана и в настоящий момент реализуется Программа по профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний в организованных коллективах средних учебных заведений г. Москвы и ряда других городов России. В рамках этой программы руководство компании приняло решение о бла-



готворительной передаче партии препарата Афлубин на общую сумму около 400 000 рублей всем педагогическим коллективам московских школ, участвующим в программе.

И все-таки, несмотря на огромное количество способов предупреждения заболеваний гриппом медики советуют поддерживать здоровый образ жизни, закаляться и не забывать о таких эффективных способах лечения простудных заболеваний как чеснок и лук.

Проблемы ГЗТ

Российская ассоциация акушеров-гинекологов и информационный центр фармацевтической компании «Органон» (Нидерланды) провели конференцию «Золотая осень» женщины: как сохранить здоровье и женственность». Обсуждалась проблема гормонально заместительной терапии (ГЗТ).

Средняя продолжительность жизни женщины в развитых странах сегодня достигает 78–80 и более лет. Женщины живут дольше мужчин на 10–13 лет, но эти годы не всегда проходят счастливо. К 47–50 годам у женщины появляется так называемый климактерический синдром, который несёт с собой ряд специфических недугов.

Старение организма определяется различными факторами, но наиболее разрушительное влияние оказывают изменения в деятельности эндокринной системы. Европейские исследования показывают, что если в этот период организм поддерживать гормональными средствами, то активная жизнь женщины может быть продлена.

Препарат ЛИВИАЛ, представленный фирмой «Органон» – одно из последних достижений медицины в лечении климактерических расстройств. Он предотвращает потерю костной ткани, устраняет другие неприятные проявления этого периода.

Зоя Королева

СПИД – ПРАВДА И ВЫМЫСЕЛ

Под таким названием в Москве в Центральном Доме журналиста прошла пресс-конференция, которую подготовил и провел руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом В. В. Покровский.

Долгие годы слово СПИД на жителей Советского Союза, а потом и России не производило особого впечатления. Где-то бродила эта страшная чума XX века, поражая кого-то там за рубежом и доводя через несколько лет до неминуемой смерти, но нас она не задевала. То ли потому, что мало иностранцев приезжало к нам, да и мы не особенно бывали у них, то ли потому, что у нас не было секса, как утверждали СМИ и вышестоящие органы. Но факт остается фактом – больных СПИДом у нас в стране были единицы. А раз так, то зачем же слишком волноваться, бить тревогу, требовать деньги на лечение больных и спешить просвещать здоровых?!

И вдруг с 1996 года заболеваемость СПИДом в России резко пополнилась вверх, а в 2000 году было выявлено больше случаев заболевания, чем за предыдущий тринадцатилетний период. Может быть, только тогда и услышаны были, наконец, сигналы SOS, которые давно уже посылает общественности, правительству и всем СМИ Российский

научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. А ужаснуться есть чему, и не только количеству ВИЧ-инфицированных.

Информация о том, что СПИД разрушает иммунную систему, стала уже общим местом. А вот то, что в течение трех – четырех месяцев после заражения вирус СПИДа не может быть обнаружен никакими пробами и анализами, кажется фактом весьма неприятным. Это значит, что считающий себя вполне здоровым человек, сам того не желая, «наградит» другого этим смертоносным недугом. Причем совершенно не обязательно, что произойдет это половым путем, о чем твердят повсюду. Это может быть и во время переливания донорской крови, и при медицинских процедурах, и операциях.

Еще одна сторона проблемы стала объектом внимания пресс-конференции. Оказывается, на лечение больного СПИДом необходимо потратить 1000 долларов в год. Если учесть, что в России на сегодня 400 тысяч ВИЧ-инфицированных, то для борьбы со СПИДом пришлось бы истратить весь годовой бюджет здравоохранения. При этом важно знать, что существующие в Таиланде и США вакцины против вируса Е и В, нам не помогут: в России зарегистрированы случаи

заболевания СПИДом только группы А. Но и это еще не все. Пролечившись год, больной, чтобы поддержать свои силы и сохранить жизнь, должен вновь обратиться к лекарствам, которые, кстати, вызывают побочные эффекты, через четыре – пять лет.

Что же остается бедным россиянам, у которых нет достаточного количества денег, чтобы бороться со СПИДом, оставшись с ним один на один? Только одно – предотвратить встречу с этой захлестнувшей мир и нашу страну эпидемией. А так как большинство попадают к ней в сети благодаря наркотикам, гомосексуализму и беспорядочным половым контактам, то постараться избежать этих путей.

«Сначала православные, а за ними и коммунисты призывали иметь только одного полового партнера, – сказал во время беседы с журналистами Вадим Валентинович Покровский. – Но это не выход, потому что треть женщин заражается СПИДом, имея одного единственного партнера». По мнению Покровского, существуют два варианта защиты. Первый – всегда иметь при себе презервативы. А второй, хотя и не скорый, но наиболее верный, – это повышение нравственности россиян. Мы с ним совершенно согласны.

Полина Шорохова.

90 лет больнице, которую построил Козьма Солдатенков



Сто лет назад, на рубеже XIX и XX столетий в России сформировался мощный слой крупной буржуазии. Что удивительно! В отличие от олигархов, которые у нас появились тоже на рубеже столетий, они не перегоняли деньги в офшорные зоны, а вкладывали их в народное просвещение, развитие культуры, решение социальных вопросов. То есть деньги были для них не самоцелью, а средством – средством служения Отечеству. Одним из таких замечательных людей был и основатель Боткинской больницы – Козьма Терентьевич Солдатенков, крупный текстильный фабрикант, яркий представитель московских старообрядцев.

Он занимался издательской деятельностью, был знаком с А. И. Герценом, издававшим в Лондоне газету для старообрядцев «Общее вече». Газета проповедовала

идеи веротерпимости. Умный, дальновидный человек, купец Солдатенков понимал, как это важно – уважать чужую веру. Газета не раз получала от него помощь.

По свидетельству современников, Козьма Терентьевич был интересным собеседником, умел привлекать к себе талантливых людей. Художники, литераторы, ученые часто собирались у него в доме на Мясницкой. Частыми посетителями его дома были Н. М. и М. П. Щепкины, переводчик Шекспира Н. Х. Кетчер, актеры И. В. Самарин и С. В. Шуйский, коллекционер М. П. Щукин, поэт Н. В. Шумахер и другие.

Из типографии Солдатенкова вышло первое собрание сочинений В. Г. Белинского, сборники стихов Н. П. Огарева, Н. А. Некрасова, А. В. Кольцова, А. Полежаева. Страстный любитель живописи, К. Т. Солдатенков собирал картины, гравюры, рисунки, иконы. Он славился меценатством и филантропией: ежегодно по тысяче рублей дарил Румянцевскому музею, строил школы, ремесленные училища, дома призрения. Неимущие писатели, художники находили в его доме приют и помощь.

Замечательную жизнь прожил Солдатенков, и в свой последний час остался верен христианским заповедям добра – завещал Румянцевскому музею собранную им коллекцию картин русских художников – 230 картин, 50 тыс. томов библиотеки. И, что особенно важно, завещал два миллиона рублей на строительство «бесплатной больницы для

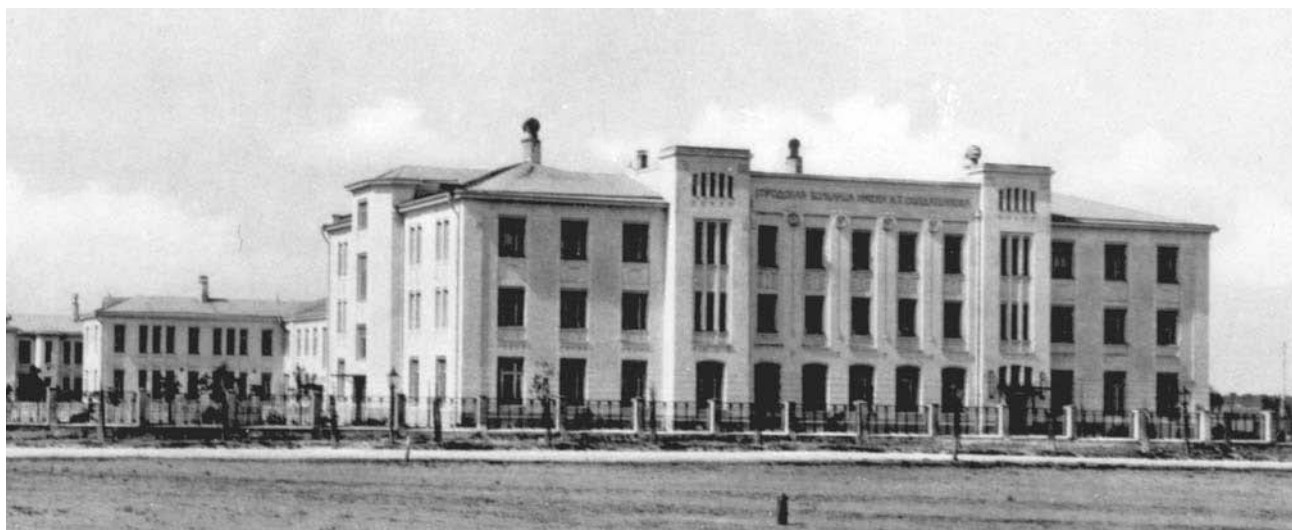
всех бедных, находящихся в Москве, без различия званий, сословий, религий». Воля покойного была исполнена.

Место для строительства больницы выбрали на северо-западной окраине Москвы, за Тверской заставой, где не было промышленных предприятий. Почва здесь была песчаной и сухой, что сохранилось и сегодня в названии улиц. Для строительства больницы был выбран наиболее рациональный для того времени – павильонный принцип. К открытию больницы, которое состоялось 23 декабря 1910 года, было выстроено 6 корпусов, к началу Первой мировой войны открылось еще 3.

По тем временам больница была образцовой. Просторные палаты с большими окнами на юг обеспечивали много света и чистого воздуха. Благодаря застекленным верандам даже прикованные к постелям больные могли пользоваться свежим воздухом как летом, так и зимой.

Главный врач больницы Федор Александрович Гетье создал отличный коллектив: многие из его первых соратников стали потом крупными учеными, специалистами, создавшими собственные школы. Хирургическое отделение возглавлял В. Н. Розанов, известный в то время врач. В этом же отделении работал крупный ученый – хирург А. Д. Очкин. Замечательным врачом был М. П. Киреев, заведовавший инфекционным отделением. Патологоанатомическим отделением много лет заведовал выдающийся анатом А. Абрикосов.

Проф. П. В. Власов



БОТКИНСКАЯ СЕГОДНЯ

Главный врач ГKB им. С. П. Боткина, Заслуженный врач РФ доктор медицинских наук профессор Владимир Николаевич Яковлев:



— Я счастлив, что судьба предоставила мне возможность работать в одной из старейших и лучших больниц Москвы. Боткинская, можно сказать, испокон века пользуется доброй славой.

Отличительной особенностью нашей больницы является то, что около 70% госпитализированных пациентов поступают сюда по «скорой помощи». Это самые тяжелые больные с травмами, инфарктами, отравлениями. А оставшиеся 30% — престарелые, хронические больные, инвалиды. И от этой несвойственной лечебному учреждению функции — оказания социальной помощи — мы пока не можем отказаться. Москва «старее», особенно это касается центральной части города, и пока острой социальной проблемой не будет решена, мы не имеем права оставить коренных москвичей без помощи. Между тем вопрос дополнительных площадей, реконструкции стоит у нас очень остро. Ведь многие здания больницы построены еще в начале века и требуют капитального ремонта, а на это нужны немалые средства. Финансовое положение больницы не простое, нам, как и всем, тяжело, бюджетных денег не хватает. Правда, работая в условиях обязательного медицинского страхования, нам удастся не только не допустить ухудшения медицинского обслуживания, но и сохранять для населения бесплатную и квалифицированную помощь. Благодаря четкой и своевременной оплате счетов за пролеченных больных МГФОМС (исполнительный директор А. В. Решетников), мы имеем возможность своевременно выплачивать зарплату врачам, пополнять запас медикаментов, покупать что-то из техники, чинить прохудившиеся крыши.

Столичные власти, в частности Комитет здравоохранения, тоже не отказыва-

ют больнице в помощи. Мы получаем средства на реконструкцию, капитальный ремонт, на приобретение дорогостоящей техники, без которой современной больнице не обойтись.

За последние два-три года мы смогли сделать очень многое для улучшения условий пребывания пациентов и работы медперсонала. Со своей стороны коллектив старается делать все от него зависящее, чтобы рационально и эффективно использовать каждый полученный рубль. Например, если правильно подобрать схему лечения того или иного заболевания, хороших результатов можно добиться быстрее и выписать больного раньше. А это прямая экономия средств, затрачиваемых на его питание, обслуживание. Внедрение новых технологий — способ лечить и быстрее, и лучше. Например, использование лапароскопического оборудования при проведении гинекологических, урологических и других операций на брюшной полости позволяет выписывать больных уже через пять-шесть дней, а раньше такие пациенты находились в стационаре две-три недели.

Предмет особой гордости — наша реанимационная служба.

Это недавно реконструированные, оснащенные самой современной аппаратурой отделения, которые, вместе с выездным центром реанимации, отделением гравитационной хирургии крови, отделением экстренной лабораторной диагностики, объединены в анестезиолого-реанимационный центр. В отделении кардиореанимации освоена методика тромболизиса — использование новых препаратов, которые растворяют тромб в сосудах большого в течение 4–6 часов. В распоряжении сотрудников отделения — новейшая аппаратура для наблюдения за состоянием пациента. Дежурный врач держит в своем поле зрения всех больных — компьютерные системы позволяют ежесекундно контролировать основные показатели гемодинамики, сердечного ритма и так далее. После проведения необходимого лечения наши самые тяжелые больные направляются в отделение реабилитации, где есть возможность завершить процесс выздоровления.

Все это вместе взятое — и техническое оснащение, и высокая квалификация персонала — позволяет уменьшить число осложнений, сокращает смертность.

Думаю, что свой 90-летний юбилей наша больница встречает достойно.

А. М. Меликян, заведующий отделением гемодиализа:

— Мы получили новое высококлассное оборудование — 19 аппаратов, которыми ос-





нащены четыре диализных зала. Реконструкция прошла совсем недавно, еще пахнет краской. Наше отделение существует в больнице 40 лет – юбилей отметили осенью. Раньше оно называлось «Искусственная почка». Мы, сотрудники отделения, считаем, что эта реконструкция – поистине царский подарок. Впервые, большое благо для наших пациентов – новая аппаратура обеспечивает более высокую эффективность лечения, улучшается качество жизни сотен людей. А во-вторых, на базе нашего отделения работает кафедра нефрологии и гемодиализа РМАПО. Мы готовим врачей, которые приезжают сюда со всей страны. Теперь у нас есть возможность показать им самые последние достижения столичной медицины в гемодиализе.

А. А. Митрохин, заведующий отделением анестезиологии и реанимации для хирургических больных:



– Наше отделение одно из самых молодых. Но по технической оснащенности и организации работы, мне кажется, подобных ему в городе нет.

Мне повезло: как руководитель этой службы я участвовал в ее создании с самого начала, буквально с проекта. Очень хочу подчеркнуть: администрация сделала все возможное для нормальной работы медицинского персонала нашего отделения. При проектировании учтены и буфетные для персонала, и душевая, и раздевалка. Проведено индивидуальное штатное расписание, в котором учтены и тяжесть контингента больных, и сложности аппаратуры, у нас на одного больного больше медсестер, чем в других отделениях больницы.

В декабре 1920 года, отмечая 10-летие больницы, Моссовет принял постановление о переименовании Солдатенковской больницы в больницу имени С. П. Боткина, который в этой больнице ни разу не был.

В 1922 году хирургом В. Н. Розановым была проведена операция В. И. Ленину по удалению пули, оставшейся после покушения.

В конце 20-х годов на базе больницы начали работать курсы усовершенствования врачей, преобразованные в начале 30-х годов в Центральный институт усовершенствования врачей – ныне РМАПО

В годы Великой Отечественной войны больница выполняла задачи сортировочного эвакогоспиталю. Иногда в день сюда поступало до 600 и более раненых бойцов.

В 1947 году больница Указом Верховного Совета была награждена орденом Ленина.

Сегодня в стационаре на 1839 коек, из которых 48 являются реанимационными, имеется 39 клинических отделений.

За год больница оказывает помощь более 36 тысячам пациентам.

На базе больницы работают 28 кафедр РМАПО, ММА им. Сеченова, НИИ уха, горла и носа, института общей реаниматологии РАМН.

Боткинская больница – единственная в Москве, имеющая в своей структуре пять организационно-методических отделов Комитета здравоохранения Москвы, которые занимаются внедрением новых технологий, определяя развитие столичного здравоохранения.

В больнице работают более 1500 сотрудников, в том числе 500 врачей. Из них два академика РАЕН, пять профессоров, семь докторов медицинских наук и 56 кандидатов медицинских наук.



«Здесь учатся и лечатся, и здесь для человечества науки поднимают целину...»

Российской медицинской академии последипломного образования – 70 лет



**Стране известно здание
На площади Восстания.
Всегда здесь слово новое звучит.
Сюда, полны желания
Свои повисить знания,
Со всех концов съезжаются врачи.**

1 декабря 1930 года, в соответствии с решением Коллегии Наркомздрава, был открыт Центральный институт усовершенствования врачей. С самого начала он планировался как головное учреждение в государственной системе усовершенствования врачей. Ректором нового института стал профессор Г. М. Данишевский, а в первом организационном собрании приняли участие известные ученые, основатели будущих кафедр института: М. И. Авербах (кафедра глазных болезней), М. П. Киреев (кафедра инфекционных болезней), Р. А. Лурия (первая терапевтическая кафедра), М. С. Маргулис (кафедра нервных болезней), В. Н. Розанов (кафедра хирургии), А. Н. Сысин (кафедра коммунальной гигиены), В. Т. Талалаев (кафедра патанатомии).

В течение первого года работы в институте было создано 25 кафедр: две кафедры внутренних болезней, кафедры хирургии, патанатомии, нервных болезней, бактериологии и эпидемиологии, оториноларингологии, курортологии и бальнеологии, туберкулеза, оперативной хирургии и топанатомии, кожно-венерических болезней, общей и специальной санитарии, организации советского здравоохранения, глазных болезней, ортопедии и травматологии, профессиональной патологии, урологии, психопрофилактики и психиатрии, стоматологии и одонтологии, физкультуры, неотложной хирургии, диалектического материализма, бактериологии, промышленной гигиены, военной санитарии.

Основными клиническими базами института стали ряд ведущих больниц и институтов, в том числе – Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Центральный туберкулезный институт АМН РСФСР, Центральный институт курортологии, Институт неотложной помощи им. Склифосовского, Институт онкологии, Институт общей и коммунальной гигиены, Институт эпидемиологии и микробиологии.

К 1935 году в ЦИУ было уже 58 кафедр, на которых прошли переподготовку 14664 врача и организатора здравоохранения: 4500 врачей хирургического профиля, 6000 терапевтов, 1000 педиатров.

Каждый год привносил что-то новое в работу Института – появились выездные циклы, разрешена защита кандидатских диссертаций, стала активно действовать комиссия по подготовке изданий научных трудов, открывались периферические кафедры ЦИУ на

базе научных и крупных лечебно-профилактических учреждений в Туле, Калининне, Ялте, Сочи, Пятигорске, Кисловодске, Железноводске (был организован отдельный курортный факультет). Особенно знаменательным был 1936 год. В этом году было принято в эксплуатацию новое здание по Беговой улице, получены помещения на Баррикадной улице, а главное – прекрасное здание на Садово-Кудринской. Не менее важной и радостной для сотрудников института была успешно прошедшая в мае этого года первая научно-практическая конференция, посвященная проблемам аллергии.

Высокую оценку и руководства Наркомздрава, и медицинской общественности получали подготовленные профессорами ЦИУ научно-практические руководства, пособия и монографии ЦИУ (Лурия А. Р., Вовси М. С., Крюков А. Н., Соловов П. Д., Вишневецкий А. В., Гориневская В. В. и др.).

В 1939 году открылись военные действия на финском фронте, что существенным образом отразилось на тематике циклов и в целом на всей деятельности ЦИУ. Многие руководители кафедр выполняют ответственное задание Правительства по организации высококвалифицированной медицинской помощи бойцам Красной Армии. Репрессии конца 30-х годов тоже не миновали ЦИУ. После смены ряда руководителей, директором института была назначена Вера Павловна Лебедева, проработавшая в этой должности свыше 20 лет.

С 1941 года вся жизнь института была подчинена требованиям военного времени. Однако полного свертывания деятельности ЦИУ, как и полной эвакуации, не было. Уже в январе 1942 года восстановлена учебно-научная часть института и ряд кафедр хирургического



профиля, в выпускниках которых остро нуждался фронт и военные госпитали.

За все военные годы ЦИУ обеспечил подготовку и переподготовку для фронта и тыла более 25 000 медицинских специалистов.

Уже в первые послевоенные годы Институт приступил к систематической работе по повышению квалификации иностранных врачей, а так же специалистов здравоохранения с высшим немедицинским образованием (биологи и физики). К началу 60-х годов институт становится авторитетным учреждением подготовки научных кадров для здравоохранения многих стран Азии, Африки, Латинской Америки. Почти на всех кафедрах обучались и успешно защищали диссертации аспиранты из разных стран. С 1963 года в институте стали регулярно функционировать Московские международные курсы больничных администраторов ВОЗ, а в 1966 году ЦИУ приступил к подготовке усовершенствования врачей по открытой системе телевидения. Эта форма обучения практиковалась свыше 25 лет и принесла институту заслуженную славу.

Начиная с 1959 года директором ЦИУ назначается Мария Дмитриевна Ковригина, которая руководила институтом более четверти века. По ее инициативе был организован медико-биологический факультет, первоначально в составе 14 кафедр и ЦНИЛ. Одним из важнейших направлений НИР стали научные исследования по проблеме – Научные основы усовершенствования врачей. Вскоре к исследованиям по этой проблеме присоединились все учебные подразделения института, начали успешно развиваться межинститутское и международное сотрудничество.

За 1966–70 годы в институте повысили квалификацию 63244 специалиста, а в следующем пятилетии (1971–1975 гг.) – 71 770 человек. Во все последующие годы институт неизменно выполнял учебно-производственные планы.

В ноябре 1967 года институт был удостоен высокой награды – ордена Ленина, с этого момента сокращенно он стал называться ЦОЛИУВ, а в 1980 году за достигнутые успехи в деле повышения квалификации врачей и за международное сотрудничество в последипломной подготовке медицинских кадров он был награжден почетным знаком «Золотой Меркурий».

Катаклизмы перестройки не могли не сказаться на работе коллектива, но тем не менее к 1990 году ЦОЛИУВ продолжал оставаться самым авторитетным образовательным учреждением страны в области последипломного образования медицинских специалистов.

Поэтому преобразование его Российскойскую медицинскую академию последипломного образования, РМАПО, было вполне обоснованным. В том же 1994 году ректором академии была избрана профессор Лариса Константиновна Мошетьева, ныне член-корреспондент РАМН.



Л. К. Мошетьева, ректор РМАПО

Сегодня в крупнейшем учебно-научном и методическом центре последипломной подготовки кадров здравоохранения России функционируют 7 факультетов (хирургический, терапевтический, педиатрический, медико-биологический, медико-профилактический, организации национального и международного здравоохранения, сестринский), 106 кафедр, научно-исследовательский центр, центр непрерывного образования и аттестации кадров здравоохранения, радиологическая клиника, вычислительный центр, фундаментальная библиотека, редакционно-издательский отдел со всей полиграфической базой, три общежития.

В академии работают более двух тысяч сотрудников, в том числе 25 академиков и членов-корреспондентов РАМН России, 220 профессоров и докторов наук, более 550 кандидатов наук. Здесь проводят последипломное обучение – повышение квалификации, профессиональную переподготовку, стажировку врачей и средних медработников по всем врачебным и сестринским специальностям. Осуществляется также и послевузовское обучение по всем врачебным специальностям. Каждый год в академии обучаются в среднем 500 ординаторов, 180 аспирантов, 15 докторантов.

Годовой выпуск специалистов здравоохранения за последние десять лет в академии устойчиво превышает 25 000 человек. Значительную часть слушателей при этом составляют руководители кадров здравоохранения. Один из важнейших аспектов деятельности академии – подготовка профессорско-преподавательских кадров для медвузов и институтов усовершенствования врачей. На базе академии функционирует Центральная аттестационная комиссия Минздрава РФ.

В клиническую базу академии входят 54 ведущих московских клиник и институтов. Среди

них – больница им. С. П. Боткина, Тушинская детская больница, детская больница св. Владимира, Всероссийский кардиологический и Всероссийский онкологический научные центры, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. В. Вишневского РАМН и другие крупные учреждения. Академия располагает и собственной клиникой.

Научно-исследовательская деятельность академии по-прежнему концентрируется на узловых проблемах медицинской науки и практического здравоохранения. Особое внимание уделяется разработке научных основ усовершенствования врачей.

В течение нескольких десятилетий академия остается признанным международным центром подготовки руководящих кадров здравоохранения. В стенах академии прошли подготовку, а также закончили ординатуру и аспирантуру специалисты более чем из 100 стран мира. В настоящее время академия сотрудничает со Всемирной организацией здравоохранения, Европейским комитетом здоровья, Международным комитетом Красного Креста, рядом международных ассоциаций и компаний, научных организаций и учебных заведений. В академии функционируют 6 центров, сотрудничающих с ВОЗ.

От души поздравляя коллектив РМАПО с юбилеем, этот материал мы хотим закончить теми же стихами, с которых начали. «Гимн ЦОЛИУВ» написан ветераном Академии, доктором биологических наук профессором Н. П. Лебковой. Недавно Надежда Павловна тоже отметила юбилей – она ровесница Академии, в которой проработала почти 40 лет. Стихотворение не новое, но мы верим, что чувства тех, кто помнит и любит свою alma mater, остаются неизменными.

***Весь путь, тобою пройденный, –
Он для людей, для Родины.
Во всех делах всегда ты впереди.
И все твои дерзания,
Все силы и все знания
Тебе, страна, отдать готовы мы.***



Н. П. Лебкова, доктор биологических наук, профессор

В 1930 году при Втором медицинском институте в Москве был открыт первый в истории нашей страны факультет Охраны материнства, младенчества и детства. Он был поистине уникальным не только для СССР, но и для мировой образовательной и медицинской практики. В ноябре педиатрический факультет РГМУ отметил свой 70-летний юбилей.

Об истории факультета и его традициях, дне нынешнем и ближайших перспективах рассказывает его декан, доктор медицинских наук профессор кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Наталья Валентиновна Полунина.



ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ РГМУ: ПОМНЯ О ПРОШЛОМ, СМОТРЕТЬ В БУДУЩЕЕ

— Понятно, что решение создать такой факультет было принято отнюдь не от хорошей жизни. С середины 20-х — начала 30-х годов (не говоря уже о предыдущем десятилетии) положение в области материнского и детского здоровья было поистине катастрофическим. Достаточно сказать, что по официальной статистике тех лет, в 1924–26 гг. уровень младенческой смертности составлял 195–230 на тысячу родившихся живыми. Иными словами, каждый четвертый-пятый ребенок погибал в течение первого года жизни. Вполне сопоставимыми были и показатели материнской смертности.

Прекрасно понимая, что потенциал здоровья нации закладывается именно в детстве и самым непосредственным образом связан с состоянием здоровья женщины-матери, Народный Комиссариат здравоохранения и его тогдашний руководитель Н. А. Семашко выступили инициаторами создания государственной системы охраны материнства и детства, включающей в себя (наряду с организацией специализированных медицинских учреждений) и подготовку кадров для нее. А это, в свою очередь, подразумевало открытие при медицинских вузах соответствующих факультетов, способных готовить врачей, профессионально разбирающихся в проблемах педиатрии, детских болезнях, их диагностике, лечении и профилактике.

В момент открытия факультета на нем функционировало два отделения: охраны материнства, младенчества и детства (ОММ и Д) и охраны здоровья детей и подростков (ОЗД и П). Однако спустя шесть лет, в 1936 году, оба отделения были объединены в общий педиатрический факультет.

Хотя первый набор студентов на первый курс был произведен 1 октября 1930 года, уже 15 июля 1932 года факультет ОММид осуществил выпуск дипломированных врачей (в составе 121 человека). Такая скорость подготовки объясняется тем, что с началом работы факультета на нем могли проходить параллельное обучение студенты более старших курсов.

Однако со вторым выпуском произошел небольшой казус: его задержали на полгода после появления в газете «Правда» фельетона под названием «ОММ и Д — ни бе, ни ме». Интересно, что авторами этой статьи были сами студенты, недовольные уровнем своей профессиональной подготовки. Дело в том, что тогда на старших курсах основное внимание уделялось вопросам профилактики и гигиены, а не проблемам диагностики и лечения — ведь считалось, что в социалистическом обществе дети болеть не будут...

Кстати, среди врачей второго выпуска была и Нина Ивановна Нисевич, ставшая впоследствии замечательным детским врачом и спе-

циалистом по инфекционным заболеваниям у детей, академиком АМН СССР. Более 25 лет она возглавляла кафедру детских болезней нашего факультета, с 1953 по 1959 год была его деканом.

В годы Великой Отечественной войны нашему факультету пришлось пережить эвакуацию в Омск, а многие его выпускники, студенты и преподаватели принимали непосредственное участие в боях, работали в госпиталях и на эвакуационных пунктах. Многие из них были удостоены высоких государственных наград как за боевые заслуги, так и за свой вклад в дело спасения раненых и за героическую работу в тылу.

В дальнейшем, в послевоенный период до настоящего времени, на факультете работали выдающиеся ученые, преподаватели, организаторы, подготовившие к профессиональной деятельности тысячи блестящих врачей-педиатров.

Всего за годы существования факультета было проведено 68 выпусков дневной и 30 — вечерней форм обучения. Дипломы нашего вуза получили более 23 тысяч детских врачей — то есть примерно треть специалистов этого профиля, работающих сегодня в стране. В настоящее время на дневном и вечернем отделениях педиатрического факультета учатся более 2500 студен-



тов, из которых каждый шестой заканчивает его с отличием...

Наши выпускники успешно работают не только в лечебно-профилактических учреждениях Москвы и Московской области, но и в других регионах России, а также за рубежом. При этом уровень их подготовки, как правило, высоко оценивается руководителями больниц и поликлиник. К слову сказать, многие наши выпускники успешно реализовали себя не только в практической врачебной деятельности, но и в области организации здравоохранения. В том числе – на уровне Минздрава России. Так, начальником Управления охраны здоровья матери и ребенка является Д. И. Зелинская, Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики руководит Н. Н. Володин, ряд наших бывших студентов работает в Комитете здравоохранения Правительства Москвы и в аналогичных структурах других субъектов РФ.

Конечно, за 70 минувших лет методики и уровень образования претерпели немало изменений. Если в первые годы срок обучения не превышал четыре года, то теперь он увеличился до шести лет. Выросло и количество изучаемых дисциплин – с 30 при организации факультета до 52 в настоящее время. Если в 1930 году на факультете было всего четыре специализированных педиатрических кафедры (пропедевтики детских болезней, педиатрии раннего и старшего возраста, детской хирургии), то теперь их семь. В частности, появились принципиально новые кафедры детских инфекционных болезней и поликлинической педиатрии.

К слову сказать, последняя кафедра как раз призвана готовить врача-педиатра общей практики – или, иными словами, тех самых детских семейных врачей. Учитывая, что подавляющее большинство детей начинают и заканчивают лечение, как правило, на дому, а на протяжении всего «детского» периода жизни находятся на диспансерном и профилактическом наблюдении в амбулаторно-поликлинических учреждениях, актуальность создания кафедры поликлинической педиатрии нельзя переоценить. В частности, обучение на этой кафедре позволяет будущему врачу узнать многие особенности оказания медицин-

ской помощи детям непосредственно в их семьях; учит при проведении лечения и профилактических мероприятий учитывать медико-социальные особенности родителей, состояние их здоровья, а также характер и условия воспитания детей в конкретной семье.

Наряду с узкопрофессиональной подготовкой, обучение студентов включает изучение общих гуманитарных, социально-экономических и медико-биологических дисциплин. При этом особенностью подготовки будущих педиатров является углубленное изучение вопросов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики различных болезней – как в детском, так и во взрослом возрасте. Уже на первых курсах студенты получают знания в том же объеме, что на лечебном факультете, но с учетом особенностей детского организма. За несколько последних лет у нас появились самостоятельные кафедры по таким направлениям, как офтальмология, оториноларингология, неврология, дерматовенерология, акушерство и гинекология, реабилитология, спортивная медицина и физиотерапия, где преподавание проводится с акцентом на подготовку педиатров.

Практически все кафедры нашего факультета тесно связаны с практическим здравоохранением Москвы. Их базами (всего которых 35) являются крупные клинические больницы, родильные дома, амбулаторно-поликлинические учреждения (диспансеры, женские консультации и пр.). Наиболее крупные из них – Морозовская ДКБ, Республиканская детская КБ, детская психоневрологическая больница № 6, родильные дома №№ 4, 10, 18, Центр планирования семьи и другие.

Весьма показателен и профессорско-преподавательский состав нашего факультета, имеющий с своих «рядах» таких ученых с, без преувеличения, мировыми именами, как педиатры В. А. Таболин, Н. И. Нисевич, Н. С. Кисляк, В. Ф. Учайкин, А. В. Мазурин; детский отоларинголог М. Р. Богомилский; детские хирурги Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, В. А. Михельсон; акушер-гинеколог Г. М. Савельева; терапевт А. Г. Чучалин. Кафедрой биологии четверть века руководит ректор РГМУ академик РАМН В. Н. Ярыгин.

Важно отметить, что на многих кафедрах нашего факультета к преподаванию привлекаются ведущие ученые из научно-исследовательских институтов Минздрава России и РАМН. В частности, лекции и практические занятия ведут специалисты из НИИ детской гематологии, НИИ питания, НИИ генетики, НИИ нормальной физиологии, НИИ мозга, Центра репродукции и планирования семьи и других.

В научной работе кафедр активно участвуют и студенты, работая как в студенческих научных кружках и обществах, так и принимающие участие в различных межвузовских научных конференциях. Например, в прошлом году научные работы наших студентов были высоко оценены в Казанском государственном медицинском университете, где первое место заняла работа, представленная по секции акушерства и гинекологии, а второе – работа педиатрического отделения. Благодаря участию наших ребят в работе СНО и межвузовских конференциях, налаживаются деловые и дружеские связи с другими фармацевтическими и медицинскими вузами как в нашей стране, так и за ее пределами.

За минувшие семь десятилетий педиатрический факультет РГМУ прошел огромный путь. Накоплен огромный научно-практический и методологический опыт, который не только полностью оправдал себя в деле подготовки врачей-педиатров, но и позволил значительно улучшить состояние здоровья детей в стране. Показателем успеха нашей работы может служить то, что по образцу факультета (на основе разработанных коллективом наших преподавателей учебных планов и программ, руководств, учебно-методических пособий и т. п.) были позднее организованы 54 педиатрических факультета на всей территории тогдашнего СССР, из которых 34 ныне находятся в Российской Федерации. Именно создание нашего факультета стало первым и самым важным этапом на пути дальнейшего совершенствования и развития педиатрического образования в России, помогающим решать наиболее острые проблемы в области улучшения состояния здоровья детей.

Фоторепортаж сделан в Морозовской детской клинической больнице



РАЦИОНАЛЬНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

А. Л. Позняк, Ю. В. Лобзин, В. Н. Тимченко, А. О. Яковлев, М.Ю. Кудряшова,
И. В. Нуралова, Российская Военно-медицинская академия МО РФ,
Педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Проблема хронической хламидийной инфекции, вызванной, в частности, видом *S. trachomatis* широко обсуждается в литературе в течение последних десяти лет. Совершенствование культуральных способов диагностики, а также значительные успехи в области изучения патоморфологии и патофизиологии позволили выявить реальные факторы и механизмы развития хронической и в том числе персистирующей формы хламидийной инфекции.

Хламидии обладают облигатным внутриклеточным жизненным циклом, позволяющим успешно проникать в клетки цилиндрического, плоского, а также переходного эпителия организма – хозяина, существовать в них, а также сохраняться в период перехода из клетки в околкеклеточную окружающую среду. Риск передачи хламидий плоду достаточно велик и составляет около 70%. Считается, что инфицирование плода возможно, как во время прохождения через родовые пути, так и непосредственно в полости матки (горизонтальный и вертикальный пути передачи инфекции).

На базе Клиники инфекционных болезней ВМедА и Клиники инфекционных болезней у детей СПбГПМА нами было обследовано 120 детей с подозрением на хламидийную инфекцию в возрасте 9–15 лет, у родителей которых была лабораторно подтверждена хламидийная инфекция. Материалами для исследований являлись: соскобный материал из конъюнктивы, небных миндалин, слизистых оболочек задней стенки глотки, уретры, вульвы, прямой кишки, а также лейкоконцентрат и сыворотка крови и центрифугат мочи. Результаты проведенных исследований показали, что хламидийная инфекция выявлялась у 72 детей (60%), которых по результатам обследования мы разделили на 2 группы. В первую группу вошли 15 детей (2 девочки и 13 мальчиков) с выявленными в соскобном материале атипичными формами хламидий, неспособных размножаться на клеточной культуре и отрицательными результатами серологических исследований, что позволило диагностировать персистирующую форму хламидийной инфекции. Вторую группу составили 57 детей (26 девочек и 31 мальчик), у которых в соскобных материалах из различных слизистых оболочек определялись типичные элементарные и ретикулярные тельца хламидий, дающих рост на клеточной культуре. Серологические исследования у детей данной группы оказались

информативными – у 22 детей наблюдались титры антител 1:8 – 1:64, что позволило установить в данной группе обследованных типичное течение хламидийной инфекции.

Следующей целью нашего исследования явилось изучение сравнительной эффективности рациональных схем этиотропной терапии у детей с типичным течением хламидийной инфекции. Для этого проводился учет результатов культуральной диагностики хламидий и определения их чувствительности к антибиотикам из группы макролидов, как основных препаратов, рекомендованных в настоящее время для проведения этиотропной терапии хламидийной инфекции у детей. Проведенный нами сравнительный анализ чувствительности хламидий к этим антибиотикам по данным культуральных исследований позволил получить следующие результаты: к Вильпрафену – 98%, Сумамеду – 92%, Ровамицину – 90%, Рулиду – 87%, Клациду – 82%, Макропену – 75%. Таким образом, на основании полученных результатов культуральной диагностики наиболее эффективным этиотропным препаратом оказался макролид III-го поколения Вильпрафен (джозамицин). Фармакокинетику данного препарата отличает высокая липофильность, благодаря чему он успешно проникает через биологические мембраны, накапливается в фагоцитах, а также создает высокую концентрацию в клетках различных тканей. Принципиальным отличием данного антибиотика является минимальное количество побочных эффектов со стороны органов желудочно-кишечного тракта, так как он не связывается с цитохромом P-450 и не влияет на НАДФ-цитохром C-редуктазу.

Для клинического подтверждения эффективности данного препарата нами были сформированы следующие опытные группы больных: № 1 (n=14 чел.), получали Макропен в возрастной дозировке 50 мг/кг в сутки 14 дней; № 2 (n=15 чел.) – получали Вильпрафен 50 мг/кг в сутки 16 дней в виде суспензии для перорального применения; № 3 (n=14 чел.) – получали Сумамед в дозе 1 день – 10мг/кг, со 2-го дня – 5 мг/кг в течение 10 дней; № 4 (n=14 чел.) – получали Клацид в дозе 7,5 мг/кг также в течение 10 дней. Всем детям помимо антибактериальной терапии назначалась иммунотерапия препаратом Виферон в возрастной дозировке. В качестве критериев эффективности различных схем терапии служили сроки клинического и бактериологического (санация от возбудителя) выздоровления. Дополнительно исполь-

зовались также данные динамического лабораторного контроля за больными после окончания лечения, а также через 1 и 3 месяца после его завершения.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что наименьшую эффективность как непосредственно после лечения, так и через 3 месяца после его окончания обеспечивал Макропен. Его применение позволило добиться бактериологической санации от возбудителя только лишь у 4 человек (28,6%). Такой препарат как Сумамед, широко применяемый в настоящее время для лечения хламидийной инфекции, обеспечивал хорошую бактериологическую и клиническую эффективность сразу же после завершения лечения, однако через 3 месяца после его окончания бактериологическая санация наблюдалась лишь у 9 чел. (64,2%). Использование Клацида в качестве этиотропного препарата для лечения хламидийной инфекции у детей оказалось менее эффективным, чем ожидалось. Несмотря на то, что показатели клинической эффективности сразу после окончания лечения были признаны весьма удовлетворительными бактериологическая санация спустя 3 месяца после окончания лечения наблюдалась лишь у 8 детей (57,1%). Данное обстоятельство может быть обусловлено, вероятно, большей устойчивостью хламидий к данному препарату *in vivo*, чем *in vitro*. Применение же Вильпрафена для терапии хламидийной инфекции у детей было эффективно в большей степени, чем других антибиотиков. Полная санация от возбудителя отмечалась после окончания курса терапии у 15 детей (100%) и оставалась на высоком уровне через 3 месяца после окончания у 13 детей (86,6%) соответственно. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности Вильпрафена по сравнению с другими антибиотиками при лечении хламидийной инфекции у детей. После применения данного антибиотика рецидивы инфекции встречались значительно реже, чем после применения других макролидных антибиотиков.

Результаты динамического наблюдения и повторное лабораторное обследование в течение года не дало каких-либо существенных результатов – у всех обследованных детей этой группы в соскобном материале из различных слизистых оболочек по-прежнему выявлялись иммунофлуоресцентными и молекулярно-биологическими методами атипичные формы хламидий, а с помощью культурального метода их рост не наблюдался.

КЕТОРОЛАК (ДОЛАК) В ЛЕЧЕНИИ БОЛИ В СПИНЕ

О. С. Левин, кафедра неврологии Российской медицинской академии последипломного образования

Боль в спине – одна из самых распространенных жалоб больных и одна из основных причин временной нетрудоспособности. Ее могут вызвать самые разные заболевания, в том числе опухоли, остеопороз, спондилиты, но в подавляющем большинстве случаев – дегенеративные изменения, традиционно обозначаемыми как остеохондроз позвоночника. Выявление ведущего механизма развития болевого синдрома у больного с остеохондрозом позвоночника имеет важное значение для планирования лечения, однако в остром периоде, при наличии интенсивной боли, тактика ведения больных обычно более стандартна и традиционно включает постельный режим, применение анальгетиков и физиотерапевтических процедур.

В последние годы стало ясным, что продолжительность лечения покоем должна быть существенно ограничена, поскольку ничто так не способствует выздоровлению больных, как активное использование специальных физических упражнений и максимально быстрое возвращение к привычной жизни. Недостаточно активное лечение и длительный постельный режим ведут к стойкому ограничению двигательной активности и инвалидизации больных. С другой стороны, быстрое эффективное купирование болевого синдрома в остром периоде не только облегчает жизнь больному, но и способствует быстрейшему восстановлению функций и ликвидации обострения в целом.

Для купирования болевого синдрома применяются различные анальгетики. В последние годы особое внимание привлекает к себе кеторолак-триметамин, относящийся к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и являющийся производным арилуксусной кислоты. Уникальность кеторолака в ряду других НПВС заключается в особенно выраженной анальгетической активности, которая в 350 раз превышает аналогичный показатель аспирина и в 60 раз – показатель индометацина. Однако при лечении кеторолаком нужно соблюдать ряд условий – относительно короткий период полужизни (4–6 ч) требует повторного введения в течение суток (от 2 до 4 раз в день), а вероятность побочного действия ограничивает срок его применения 5–7 днями. Общепризнанной схемы применения анальгетиков в острой фазе вертеброгенной люмбоишиалгии нет. Ясно лишь, что более эффективно назначение анальгетиков по часам, а не по потребности. При введении анальгетиков по потребности – то есть только при усилении боли – их доза парадоксально оказывается более высокой, что увеличивает вероятность побочного эффекта.

Мы провели сравнительное исследование эффективности кеторолака (долака) и метамизола (анальгина) у 25 больных с вертеброгенной люмбоишиалгией. Для исследования были отобраны больные с интенсивной болью, у которых оценка по ВАШ превышала 5 баллов. Для количественной оценки объективных признаков дисфункции поясничного отдела позвоночника использовалась специальная рейтинговая шкала, предусматривающая оценку по 4-х бальной системе (0–3) показателей: углы сгибания, разгибания и боковых наклонов вправо и влево, угол подъема выпрямленной ноги при проверке симптома Ласега, способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги и садится в постели из положения лежа. Суммарная оценка по шкале колебалась от 0 до 30 баллов.



Долак был назначен 15 больным, анальгин – 10 больным. Оба препарата вводились в течение 5 дней внутримышечно 3 раза в день в фиксированные часы. Разовая доза долака составила 30 мг, анальгина – 1000 мг. В период исследования не назначались другие фармакологические средства и не проводились лечебные блокады. Оценка объективных признаков дисфункции проводилась на 5-й день исследования и спустя 1 неделю после его окончания.

На фоне лечения среднесуточная оценка боли по ВАШ снижалась в течение всех 5 дней, но у больных, лечившихся долаком, это более выражено (6,8 – 3,2 – 3,4 – 3,2 – 2,9 – 2,5), чем у больных, лечившихся анальгином (6,6 – 4,9 – 4,4 – 4,3 – 4,0 – 3,8). В группе больных, лечившихся долаком, выраженный эффект (снижение оценки по ВАШ более чем на половину) отмечался у 53% больных, умеренный – у 40% больных, отсутствие эффекта – у 7% больных. В группе больных, лечившихся анальгином, выраженный эффект отмечен у 30% больных, умеренный эффект – у 50% больных, отсутствие эффекта – у 20% больных. Оценка выраженности объективных признаков дисфункции поясничного отдела у больных, лечившихся долаком, снизилась на 5-й день лечения с 18,5 до 12,8 баллов, а у больных, лечившихся анальгином с 18,3 до

14,9 баллов. Различия между группами сохранялись и спустя 1 неделю после прекращения введения исследуемых препаратов. Во всех случаях побочные эффекты были легкими и не требовали снижения дозы.

Таким образом, мы обнаружили, что при лечении долаком регресс болевого синдрома и восстановление подвижности поясничного отдела происходит быстрее, чем при применении анальгина (в дозе 6000 мг/сут). Кроме того, адекватное обезболивание сопровождалось более значительным уменьшением объективных признаков дисфункции поясничного отдела.

Показано, что ulcerогенное действие у кеторолака выражено в меньшей степени, чем у эквивалентной дозы аспирина. Кеторолак удлиняет время свертывания крови, но не влияет на другие показатели гомеостаза. При применении в течение ограниченного срока (5 дней) препарат безопасен, что подтверждено и в нашем исследовании, и лишь при превышении этого срока вероятность побочных эффектов возрастает. Кеторолак следует с осторожностью назначать больным пожилого и старческого возраста (дозу у них следует снижать вдвое), а также больным с гиповолемией, распространенным атеросклерозом, и сердечной недостаточностью. При почечной недостаточности выведение кеторолака замедленно, что также требует ограничения дозы. Препарат противопоказан у больных с астмой, аллергией на аспирин и другие НПВС, пептическими язвами и геморрагическим синдромом. При соблюдении указанных выше предосторожностей кеторолак (долак) можно рекомендовать для купирования интенсивной боли у больных вертеброгенной люмбоишиалгией: это обеспечивает не только адекватный обезболивающий эффект, но и (в комплексе с другими методами лечения) – более быстрое восстановление функций.

Более подробную информацию о препарате Долак можно получить в представительстве фирмы по тел.: (095) 166 4526, 166 4528, 166 4529. Закупить препарат можно у дистрибьюторов в Москве по тел.: «Инвакорп» – 777 0997, 777 1166, 777 0999; «Лара Фарм Трейд» – 231 2082, 231 2087; «Континенталь» – 234 4729, 234 4709. В Санкт-Петербурге: «Имарус» – (812) 567 8842, 567 8868.

РЕФРАКТЕРИН – РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Н. В. Карсанов – засл. деятель науки, член-корр. РАМН и АН РГ, академик АМН РГ

Последняя четверть ушедшего века была декадой «золотых лет в кардиологии»: смертность от инфаркта миокарда шаг за шагом стала снижаться, артериальная гипертензия стала контролируемой, ревматические пороки практически исчезли, корректируются или устраняются хирургическим путем врожденные болезни сердца. Однако разработать рациональную терапию хронической сердечной недостаточности (ХСН) не удалось. Принятая сегодня традиционная терапия лишь слегка удлиняет жизнь (в среднем с 32 до 36 месяцев) без воздействия на патологический процесс в сердце и без улучшения качества жизни больного.

Изучение механизма развития ХСН показало, что в ее основе лежит выраженное поражение трех субклеточных систем кардиомиоцита, ответственных за акт сокращения–расслабление: системы контрактных белков, миофибрилл, энергетического обеспечения (развивается энергетический дефицит, лимитирующий сократительную и особенно релаксационную функции миокарда) и системы транспорта кальция (нарушается соряжения возбуждения с сокращением, регуляция сократительного ответа и расслабления кардиомиоцита). Отсюда вывод: для преодоления рефрактерности сердца к терапевтическим воздействиям необходимо гармоничное восстановление функциональной активности указанных систем. С этой целью создан комбинированный препарат Рефрактерин (рег. уд. 98/21/6), содержащий мощный антиишемический и антигипоксический компонент, энергостим (рег. уд. 98/21/5); никотинамидадениндинуклеотид (кофермент, используется в качестве лекарственной субстанции впервые), цитохром С (фермент переноса электронов в дыхательной цепи) и инозин (метаболизированный адениловых нуклеотидов), играющие ключевую роль в реакциях гликолиза, цикла Кребса и окислительного фосфорилирования в митохондриях), сердечный гликозид, β -ацетилдигоксина (воздействующий на миофибриллы), и малые дозы частичного β -адренергического агониста, оксифедрина (улучшающий процессы транспорта Ca^{2+} и гликолиза). Новизна решения и оригинальность препарата признана и защищена патентами. В Рефрактерине полностью сохранены специфические активности всех ингредиентов и достигается высокий синергизм действия. Рефрактерин – это не сумма действия ингредиентов в отдельности, а абсолютно но-

вое качество терапевтического эффекта и чрезвычайно высокая его широта. Это заместительная терапия.

Сравнительное контролируемое мультицентровое исследование, выполненное на 350 больных ХСН функционального класса (ФК) по NYHA, обусловленной ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиоклерозом, дилатационной кардиомиопатией, миокардитом, гипертонической болезнью, клапанными пороками, легочным сердцем продемонстрировало абсолютно новые возможности терапии.

Показано, что применение Рефрактерина в дозе 2 флакона внутривенно капельно в 70–100 мл 5% глюкозы или физиологического раствора (в случае сахарного диабета) в сутки первые 10–14 дней, а затем, при необходимости, внутримышечно (1 флакон в 5 мл воды для инъекций 1–2 раза в сутки до 45 дней), как в комбинации с диуретиками, вазодилататорами (нитраты и ингибиторы АПФ), и/или β -адреноблокаторами, так и монотерапии значительно и быстро (относительно контрольной группы, получавшей сердечный гликозид) снижает ФК ХСН, дозы мочегонных препаратов, существенно улучшает систолическую и диастолическую функции, геометрию сердца, снижает давление в легочной артерии и правом желудочке, общее периферическое сопротивление и инициирует деремоделирование миокарда. Выраженные положительные сдвиги в гемодинамике сердца коррелируют со значительным улучшением качества жизни. При ХСН III – IV ФК по NYHA и тяжелых, терминальных состояниях показано применение 4 флаконов Рефрактерина одновременно или по 2 флакона с интервалом в 3 часа. Это стабилизирует артериальное давление, вызывает мощный диуритический эффект даже при анурии, позволяет снизить дозу добутамина при кардиогенном шоке, устраняет гистотоксическую гипоксию миокарда, мозга, почек и других тканей. В основе механизма преодоления рефрактерности ХСН лежит воздействие Рефрактерина на внутриклеточные процессы, активация синтеза АТФ в процессе окислительного фосфорилирования и устранение дисфункции левого желудочка.

Ни в одном случае на фоне инфузии Рефрактерина не отмечено признаков гликозидной интоксикации. Его можно использовать для одновременной терапии с антикоагулянтами, антидиабетическими препаратами,

бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, Са-блокаторами, нитратами, антагонистами кальция, нестероидными противовоспалительными и антибиотиками, преднизолоном, анальгетиками и антигистаминными препаратами.

Единственным противопоказанием для применения этого препарата – индивидуальная непереносимость.

Клинические испытания Рефрактерина прошли в отделении кардиопульмонологии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского (рук. – академик Н. Р. Палеев), НЦССХ им. А. Н. Бакулева (рук. – академик Л. А. Бокерия), кафедры внутренних болезней ФУВ РГМУ (рук. – профессор П. Х. Джанашия)

Эффекты Рефрактерина не достигаемые сегодня существующими средствами или их комбинациями:

Преодоление рефрактерности сердца при выраженной ХСН II–IV ФК по NYHA, быстрое снижение ФК ХСН, улучшение показателей центральной гемодинамики (повышение фракции выброса на 15–25%, нормализация отношения скоростей раннего и позднего наполнения желудочков и уменьшение легочной гипертензии), быстрое и весьма существенное повышение качества жизни больного при хорошей переносимости и отсутствии побочных эффектов.

Выраженный антиишемический и антиангинальный эффекты, уменьшение или устранение гистотоксической гипоксии при отсутствии выраженного гипотензивного эффекта; повышение чувствительности к мочегонным средствам.

Восстановление активности системы антиоксидантной защиты и снижение процессов перекисного окисления структур, нормализация липидного профиля и нейрогуморальной активности плазмы.

Восстановление эластических свойства эритроцитов, повышение содержания оксигемоглобина; восстановление нарушенного ответа микроциркуляторного русла на симпатическую активацию.



Более подробную информацию о препарате можно получить в представительстве фирмы «Никар-фарма» по тел./факс: 978 7557.



«Жил да был черный кот за углом...» – эту веселую песенку очень давно, около 40 лет назад, написали поэт Михаил Танич и композитор Юрий Саульский. Песня сразу же стала хитом, а Саульский – одним из популярных композиторов. Мы встретились с Юрием Сергеевичем в уютном офисе Московского джаз-ангажмента (МДА). Композитор, дирижер, член жюри многих конкурсов и фестивалей, художественный руководитель московского училища эстрадной и джазовой музыки, член академии Ники, народный артист России... Мэтр русского джаза любезно согласился побеседовать с корреспондентом «Больницы».

Юрий Саульский:

«Пусть будет музыка в душе»

– Юрий Сергеевич, вам трудно застать на месте, вы все время спешите, вы все время кому-то нужны. Это у вас такой стиль жизни?

– Да, в таком сумасшедшем ритме идет вся моя жизнь. Я выхожу из дома в десять часов утра и прихожу поздно, за исключением тех дней, когда мне надо поработать дома. Получается прямо по Агнии Барто:

Драмкружок, кружок по фото –

Это слишком много что-то.

Выбирай себе дружок

Один какой-нибудь кружок.

Я выбираю все. Конечно, устаю, но, тем не менее, доволен, что живу именно так. Двадцать лет я отдал руководству оркестрами: был дирижером и музыкальным руководителем оркестра Эдди Рознера, потом руководителем оркестра «ЦДРИ», московского «МЮЗИК-ХОЛЛА», «ВИО-66».

Наступил момент, когда я стал заниматься только композицией, совмещая это с общественной работой. В Союзе композиторов я до сих пор возглавляю творческую секцию джазовой музыки, был секретарем союза композиторов СССР, членом правления, членом многих жюри конкурсов, фестивалей и т. д. В результате все это вылилось в организацию Московского джаз-ангажмента «МДА Юрия Саульского». Наша организация проводит джазовые фестивали, концерты, клубные вечера. В МДА мы уделяем много внимания молодежи, тем, кто придет нам на смену в XXI веке: проводим ежегодные джазовые фестивали для детей и юношества. Кроме того, я еще преподаю в Московском училище эстрадной и джазовой музыки, веду там класс факультативной композиции. И... продолжаю сочинять музыку. Сейчас жду постановки мюзикла, который мы написали с Юрием Энтиным – «Волшебная роза для крошки» (по «Крошке Цахес» Гофмана).

Да, несмотря на то, что мне уже немало лет, я свой плотный график ни капельки не уменьшаю и не сжимаю, иначе жить просто не умею.

– В чем секрет вашего оптимизма и энергии? Как вы себя восстанавливаете?

– В молодости много занимался спортом: легкой атлетикой, волейболом,

футболом, плаванием. И сейчас, если мне предоставляется возможность подвигаться, поплавать, я с удовольствием это делаю. Но, к сожалению, это бывает не так часто. Никаких специальных средств и «секретов молодости» у меня нет: обязательен лишь ежедневный душ (горячий, холодный). Думаю, что здоровье у человека от Господа Бога, честное слово. Я знаю людей, которые берегут себя, но, к сожалению, все равно есть какие-то проблемы. Сколько Бог отпустил – сколько и будет держать меня в здравии, поэтому пока не собираюсь ничего в своих правилах менять

– Говорят, что чем жизнь насыщеннее, тем у человека больше энергии...

– Я с вами согласен – и физической, и умственной. Вот мне очень много приходится, помимо музыки, сочинять много всяких бумаг, писем, статей в журналы и газеты, выступать по радио и телевидению. Я думаю, это полезно для тренировки мозговых клеток – они все время находятся в боевом состоянии. А физически я очень подвижный человек, много хожу, никогда не валяюсь зря в постели. Есть какой-то внутренний барометр, к нему прислушиваешься и балансируешь себя. Мне в этом году исполняется 72 года. Я понимаю, что возраст у меня такой, что нужно переборщить. Поэтому, когда чувствую перебор – начинаю менее интенсивно работать.

– Неужели вы никогда не обращались к врачам?

– Было несколько пищевых отравлений, травмы. Была очень серьезная травма руки, из-за чего я в свое время бросил играть на рояле и перешел на виолончель. Было заражение крови, руку хотели ампутировать. И под трамвай однажды попал – на правой ноге у меня нескольких пальцев не хватает. От таких случаев ни кто не застрахован. А так, кроме аппендицита, у меня не было никаких серьезных заболеваний. Честно говоря, не люблю бывать у врачей: боюсь, что они обнаружат какие-то болячки, о которых я не знаю. От врачей, конечно, никуда не денешься, но чем позже состоится наша встреча, тем лучше.

– Самочувствие композитора отражается на его музыке?

– Наверное, это процесс более сложный, чем просто – заболел и отразилось. Все переживания, которые накапливаются у человека, конечно, отражаются на его деятельности. Особенно потрясает смерть близких людей, трагические события в стране. Но это процесс не простой: боль медленно переваривается где-то внутри, в мозге, в душе. Не даром у Фрейда есть такой термин – «сублимация», т. е. как бы перевоплощение одного вида энергии в другой. Наверное, эта сублимация существует, а тем более для человека творческого: литератора, художника, композитора, мы питаемся жизненными впечатлениями. В последнее время очень люблю лирическую, печальную музыку, у меня есть много баллад и оркестровых пьес.

– Были такие случаи, когда, прослушивая вашу музыку, люди выздоравливали?

– К сожалению, я не веду такой статистики... Но есть у меня такая вещь, «Воспоминания» называется, которая много звучала и по телевидению, и по радио, и на открытой эстраде. Приходило много писем с хорошими откликами и благодарностями. Теплый душевный климат, бодрость или, наоборот, приятное расслабление, которое создает искусство, музыка помогают людям в разных ситуациях. Но тоже, наверное, не в прямом смысле. Говорят, на востоке у шаманов или каких-то экстрасенсов есть специальные лечебные виды музыки, обладающие прямым воздействием. Если говорить конкретно о моей музыке: то радость, удовольствие, хорошие аплодисменты, признательность – это все я слышал, а вот о чудесных исцелениях поклонники мне не сообщали.

– Что бы вы пожелали читателям нашей газеты?

– Во-первых, быть физически крепкими и бодрыми. Пусть газета «Больница» оберегает нас от всех неприятностей со здоровьем, которые человека рано или поздно постигают. Во-вторых, хочу пожелать духовного, нравственного здоровья, а этого, по-моему, можно достичь лишь соприкасаюсь с искусством, с музыкой. Чем музыки в душе будет больше, тем больше будет надежды и радости.

Беседовала Зоя Королева



Не только лекарства

В жизни нередко бывает: важное событие, повлиявшее на судьбу последующих лет, исчезает из памяти, а маленький, как будто ничего не значащий эпизод, на десятилетия запечатляется во всех деталях.

... Вскоре после войны я с друзьями пришел в лекторий музея послушать лекцию «О прекрасном в музыке и живописи». Появление лектора было встречено веселым и насмешливым гулом. Трудно было себе представить более некрасивого человека: нос большой, огромные уши, маленькие глубоко посаженные глазки. Худую длинную шею даже не скрадывал стоячий воротник гимнастерки. Впечатление некрасивости усиливал лиловый шрам на лице и пустой рукав.

Лектор начал говорить, сипловатый голос был тих. В зале постепенно установилась тишина, тишина первого внимания, желания узнать даже не что, а как он будет говорить. Потом стало интересно, а затем – гробовая тишина увлеченности, боязни пропустить хоть слово. В жизни мне пришлось слушать сотни лекторов, но я не помню более сильного впечатления. Глубокая мысль и сдержанная страстность лектора заставляли забыть о его внешности, он стал казаться именно таким, каким должен быть человек, рассказывающий о прекрасном в живописи и музыке. Лекция окончилась. Аплодисментов не было. Стояла тишина.

– Есть ли вопросы?

– Расскажите еще!

– Что именно?

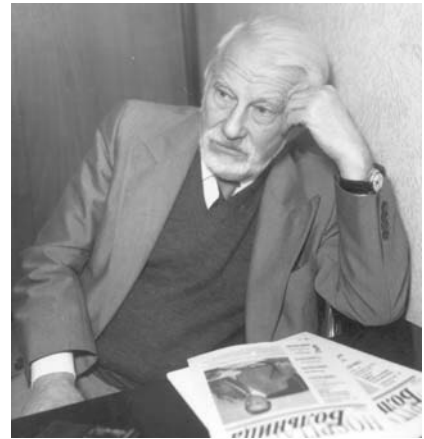
– Что хотите.

Тут раздался аплодисменты. Потом, обступив лектора, мы долго спрашивали его. Незаметно вопросы от искусства перешли на войну, на жизнь и даже на то, скоро ли отменят продовольственные карточки. Лектор глянул на часы: огромные ручные часы, которые шутя называли будильниками, и сказал, что уже поздно.

– Но последний вопрос, можно? Где вы научились так интересно рассказывать?

– Когда я был подростком, то часто ходил слушать одного замечательного лектора. Однажды, после выступления, подошел к нему и сказал, что хочу быть таким же, как он. Лектор внимательно меня выслушал и заметил, что для этого придется очень много работать. Он составил для меня сложную программу, дал список литературы.

После школы я поступил в институт. Уже на первом курсе, в порядке шефства, читал школьникам, рабочим, служащим лекции по искусству. На одну из этих лекций пришел мой учитель. Потом мы вместе бродили по пустынной ночной Москве. Разбор моей лекции был доброжелательным, но суровым. «Вот эту тему ты слабо знаешь, а эту часть лекции не прочувствовал – говорил слишком холодно, отстраненно, а в заключительной части ты, по-видимому, не согласен с



вероятно сложные упражнения. Много позже узнал, что артист потерял одну руку, но путем невероятного труда, упорнейших тренировок смог вернуться на манеж, достичь высот циркового искусства.

Я привел два, так сказать, крайних примера, когда путем труда и настойчивости люди с серьезнейшими дефектами смогли выступать публично, на людях. А вот другая ситуация.

Помнится, однажды, с группой туристов, мы, скинув рюкзаки, расположились на отдых под раскидистой ветлой. Здесь же в

БЕСЕДА ТРЕТЬЯ

ЗА ДУХОВНУЮ КРАСОТУ

тем, что говорил, оттого и звучало фальшиво» и т. д. и т. п.

Началась война. Было всякое, но когда я мог хотя бы на минуту остаться наедине со своими мыслями, то продумывал вновь и вновь, как бы я сказал о том или ином произведении искусства, стремился проникнуть в его суть, в его сердцевину, в его художественные средства. И это помогало мне переносить тяготы войны. После ранения попал в госпиталь. Свободного времени для размышления стало много... Я знал, что мне нужно много сделать для того, чтобы полностью компенсировать недостатки своей внешности. А тут еще последствия ранений – шрам на лице, потеря руки. Но я хотел быть лектором. И я работал. И очень рад, что вам понравилась моя лекция».

Этот эпизод произошел более 50 лет назад. Но я его постоянно вспоминаю и в своих лекциях, и в беседах, и в текстах, чтобы подчеркнуть, что большой труд может помочь человеку компенсировать недостатки, отвлек внимание окружающих от дефектов внешности.

В юности я часто ходил в цирк. Особенно восхищался пластическими этюдами одного гимнаста, который в стойке на одной руке выполнял не-

теньке сидела старая женщина с внучкой. Девочка ластилась к бабушке, приговаривая: ты самая хорошая, самая добрая, самая красивая. На что та отвечала, ну ладно, мол, совсем меня захвалила... Тут женщина повернулась в нашу сторону, и мы были поражены ее жестоко обезображенным лицом. Боюсь, что наша реакция была замечена. Женщина, без всякого вступления, сказала примерно так, дословно не помню: «Ох, и везучая я в жизни! Вот в детстве ошпарилась кипятком и на всю жизнь шрамины, а замуж за хорошего человека вышла. Муж, хоть и без ноги, а живой с войны вернулся. И дети у меня хорошие, и внучата вот любят – красивая, красивая, людям на смех». Мы разнежались в тени и довольно долго наблюдали, как с нашей соседкой приветливо здоровались проходящие мимо люди. Некоторые останавливались, разговаривали. Конечно, подслушивать плохо, но я не мог себе отказать в этом удовольствии, ибо действительно это было истинное удовольствие слушать ее неторопливую, умную, добрую речь.

Чем можно и нужно компенсировать физические недостатки? Добротой, умом, умением общаться с людьми, желанием прийти на помощь к тем, кому еще труднее.

Алексей Алексеевич был крепким, спортивным мужчиной, работал врачом. Вдруг случилась беда – его поразил церебральный паралич. Он смог преодолеть страшный недуг, не впал в отчаяние. Он стал (увы, только по телефону, перепиской) поддерживать таких же больных. Как врач, он разбирается в медицинской литературе, следит за изданиями по этому недугу. И хотя бы о маленьком достижении в борьбе с ЦСП сообщает своим братьям по несчастью. Мои студенты добрые, милые молодые люди Саша и Маша, постоянно его навещают. Недавно на кружке, которым я руковожу, делали очередное сообщение о жизни Алексея Алексеевича. Он научился недурно рисовать. Вот и над моим столом висит картиночка «Березки». Человек не выходит из дома, а березки как с натуры написаны – живые.

В России, по официальным данным, пенсию по инвалидности получают около десяти миллионов человек. Бесспорно, они нуждаются в большой заботе. И все же, как это ни покажется кошунственно, они сами, по мере сил и возможности, должны поддерживать свой жизненный тонус. Как-то, во время печального разговора – это плохо, там беда, Анна Андреевна Ахматова сказала: «Надо жить». Я добавлю: «не запустить» свои печальные или даже тяжкие мысли.

И, в завершение беседы, еще один эпизод. Мне с моим близким другом – врачом довелось быть на конкурсе красоты, который проходил на известном болгарском курорте «Золотые пески». Судьи были из зрителей. Сначала девушки шли по ковровой дорожке, положенной на песок, потом – по длинному наклонному подъему и, наконец, оказывались на помосте. И вот идут по дорожке девицы, одна другой краше, и, грациозно изгибаясь, обходят преграду – малыша, который взялся невесть откуда и стал взад-вперед расхаживать по ковру. И тут показала очередная модель, которая ну совсем не подходила под марку красавицы: ни лица, ни фигуры, фитюлька какая-то. Сначала в толпе раздался гул то ли возмущения, то ли удивления, но вскоре он сменился возгласами одобрения и смеха: по-видимому, девушку многие здесь знали. Она, между тем, ловко подхватила малыша на руки. Раздались аплодисменты! Тут из толпы выбежала женщина – мать ребенка – и забрала свою драгоценность. Поднимаясь на помост, девушка поскользнулась, но тут же выпрямилась и... сделала ласточку. И снова аплодисменты! Так легка была ее походка, так изящны ее движения, так добра и мила улыбка, что жюри и все зрители отдали ей предпочтение перед соперницами, обладающими «классической» красотой.

Мой приятель, забавно пытаясь переименовать русский на болгарский, громко сказал: «Наградата за духовноту красоту». Не знаю, как на счет правильности по-болгарски, но по существу верно. Одобрение окружающих было тому подтверждением.

Проф. Н. Коростелев

ПИШИТЕ НАМ СТИХИ

Три года назад молоденькая медсестричка из ГКБ № 53 набралась, наконец, решимости опубликовать свои лирические стихи. Она пришла в газету «Больница», где с энтузиазмом относятся к творчеству медиков. Так, с нашей легкой руки, началась творческая биография Кати Ставропольцевой. Мы очень рады сообщить читателям, что сегодня к изданию готовится сборник стихов нашей милой поэтессы. От души поздравляем Катю и всех нас с этим замечательным событием! Публикуем несколько стихотворений из книги «Белый та-нец».



* * *

СИРЕНЬ

Распускается сирень,
Аромат в окно струится.
Солнце, рухнув за плетень,
Задремало, мне не спится.

Ночи бархатной тесьма
Зацепилась за ограду.
Строчкам прошлого письма
Я теперь уже не рада.

К изголовью лунный свет
Чуть тревожнее крадется.
Тот, кто ждал так много лет,
Обязательно дождется.

УЗЕЛОК

Убежала, скрылась, скрылась,
Не оставила следа,
Затаилась, растворилась,
Расплескалась, как вода.

Птицей в небо голубое,
Для птенцов свила гнездо.
Рыбой в море за волною
Или в океан на дно.

Желтой вербой распушилась,
Распустилась во дворе.
И снежинкой закружилась,
Заблудилась в январе.

Не гадай, кто я такая,
Отыщусь, лишь дай мне срок,
Я на память, убегаю,
Завязала узелок.

Как мне уйти, когда хочу остаться,
Как рядом быть, когда я не нужна?
Унизиться, иль гордой показаться...
Как взгляд твой нежен, как рука нежна!

Залезть в окно, когда прогнали в двери,
Желать свободы, но какой ценой...
Как эту боль, чем эту боль измерить?
Процальный миг, и мы тому виной.

Горячий лоб, но сердце ледяное.
Ты болен, надо выпить молока,
Больным полезно молоко парное...
Нет, все не то. Дрожит моя рука.

Дрожит рука, ты болен, я же рядом!
Ну что мне сделать, милый, для тебя?
Глаза в глаза, но только я не рада,
Как тяжела на сердце боль твоя.

Как мне уйти, когда хочу остаться,
Как рядом быть, когда я не нужна?

РОДНИК

Я бегу к тебе воды напиться
Ледяной, но сказочно живой.
Твоим тихим пенем насладиться
И твоей хрустальной чистотой.

То усталый путник, то старушка,
Поднимаясь на пологий склон,
С фляжкой алюминиевой и
кружкой
Дарят низкий, до земли поклон.

Я к твоим губам прильну устами,
Струй бутон, срывая не спеша,
Твое сердце биться не устанет,
Не устанет щедрой быть душа.

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

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

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

Тел./факс: 399 8493

PROMACO M

- работа с прессой
- подготовка и проведение пресс-конференций и торжественных событий
- создание и поддержание имиджа компании
- корпоративный PR
- позиционирование на рынке медицинских услуг

Одним из недавних проектов компании явилось проведение торжественных мероприятий, посвященных годовщине "Dialysis Centers International" в Москве.

Promaco PR/ Moscow
129090 ул.Троицкая, 15, офис 309
тел. (095) 284-5215, 281-9633 факс (095) 284-5041
[http:// www.promaco.ru](http://www.promaco.ru)
E-mail promaco@cabel.net

КНИГА, КОТОРУЮ ДОЛГО ЖДАЛИ ВРАЧИ

Монография «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий», авторами которой являются основоположники в изучении роли вирусов, хламидий и микоплазм в инфекционной патологии урогенитального тракта человека и, особенно, в патологии беременности, плода и новорожденных профессора В. И. Козлова и А. Ф. Пухнер вышла в Санкт-Петербурге.

Книга предназначена для врачей-акушеров и гинекологов, урологов, вирусологов, дерматовенерологов, инфекционистов, микробиологов, врачей-лаборантов, неонатологов, эпидемиологов, а также для аспирантов и преподавателей медицинских ВУЗов.

Тираж 3000 экз., объем 575 страниц, включая 38 цветных фотографии. Издание 5-е, обновленное и дополненное.

ВИРТУАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА-МАГАЗИН

Медицинской продукции и услуг

MED TEX

WWW.MEDTEX.RU

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

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

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

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

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

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

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

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

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

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ