

НОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
*Не падай духом
в несчастье!*

БОЛЬНИЦА

10•97

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

НАУКА И ПРАКТИКА:

есть ли средства, способные быстро и без особых материальных затрат улучшить здоровье нации?

стр. 3 - 9

Лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

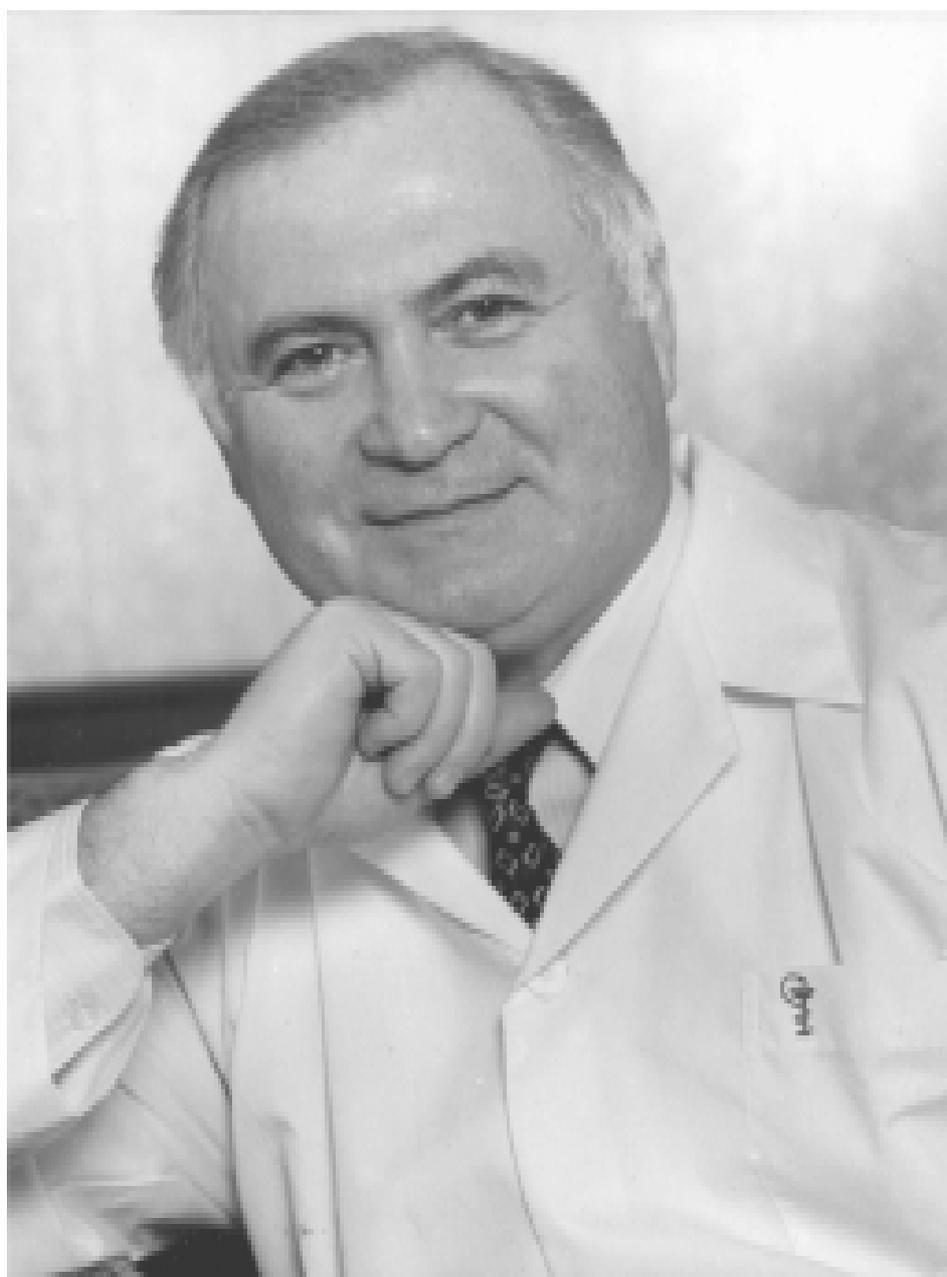


knoll

Лекарства

**ASTA
MEDICA**

стр. 10 - 17



Директор Центра профилактической медицины Рафаэль Гегамович Оганов: "Что это такое - первичная профилактика? Это прежде всего здоровый образ жизни".

Фоторепортаж В. Афанасьева

НОВОСТИ НАУЧНОЙ ЖИЗНИ

“Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний”. Под таким названием 2 - 4 декабря в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины МЗ РФ пройдет традиционная российская конференция с международным уклоном. На ней будет обсужден широкий круг вопросов, в том числе основные направления реформ в системе российского здравоохранения, политика и стратегия профилактики неинфекционных заболеваний, проблемы экологии и гигиены человека. В работе конференции, организованной ГНИЦПМ и Минздравом России, примут участие ведущие российские и зарубежные ученые и организаторы здравоохранения. С докладами выступят коллеги из США и Канады.

Надеемся, что материалы этого номера газеты дадут возможность нашим читателям не только проникнуться важностью проблем профилактики, которые будут обсуждать ученые, но и извлечь практические уроки для укоренения своего здоровья.

В Санкт-Петербурге состоялся научный симпозиум “Биологические средства “Хеель” - комплексный подход к проблеме здоровья”, организованный компанией “Biologische Heilmittel Heel GmbH” и ее российским дистрибьютором - фирмой “Арнебия”. В нем приняли участие более 400 специалистов из России, Украины и Германии.

С особым вниманием был принят доклад врача-иммунолога доктора Гюнтера Бауэра, посвященный механизмам

действия гомеопатических препаратов и вопросам коррекции иммунной системы при различных заболеваниях. Интерес вызывали доклады, посвященные применению комплексных гомеопатических препаратов в неврологии (профессор А. В. Степанченко, профессор Л. Г. Агасаров, профессор Г. М. Румянцев), в кардиологии (профессор А. А. Крылов), в акушерстве и гинекологии, травматологии и иммунологии.

По общему мнению участников симпозиума необходимо продолжать исследования с привлечением новых научных учреждений и более широкого круга практикующих врачей.

Следующий научный симпозиум по этой теме состоится в начале апреля 1998 года в Москве.

В конце октября в Москве состоялся Российско-Герман-

ский конгресс “Инфекция. Сепсис. Профилактика и лечение” Конгресс организован посольством Германии и Научным Центром хирургии Российской Академии медицинских наук.

На пленарных и секционных заседаниях конгресса ученые Германии и России обсудили актуальные вопросы профилактики и лечения хирургического сепсиса, роли инфекции в различных областях хирургической патологии - в абдоминальной хирургии, в травматологии и ортопедии, в интенсивной терапии. Рассмотрены вопросы фармакотерапии сепсиса, санитарно-эпидемиологического режима в отделениях хирургии и анестезиологии-реанимации, проблемы раневой инфекции и т. д. В рамках конгресса работала выставка медицинской техники и препаратов, а также выставка-продажа тематической литературы.



С 11 по 15 ноября в Центральном выставочном зале города Москвы (“Манеж”) будет проходить ставшая уже традиционной Четвертая Международная специализированная выставка “Аптека-97”. Она организована ав-

стрийской фирмой “M.S.I. Vertriebsgesellschaft m.b.H.” совместно с АО “Фармимэк”. Концепция выставки: единство симпозиальной программы и выставки, актуальность тематики, действующая аптека и современное аптечное оборудование.

Более подробная информация о выставке по тел.: (007-095) 292 5217, 202 9349, 290 4013; факс: 292 9889, 290 6002.

HOSPITAL Больница

Газета для врачей и пациентов

Подписка 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 бесплатно получить в редакции газету для распространения в своих коллективах.

Дополнительная информация по телефону: 465 4854.

Кабинет “Анализы крови”

НИИ скорой помощи

им. Н. В. Склифосовского

СРОЧНЫЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ

СПИД, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, кандидоз, краснуха, герпес, вирусные гепатиты, определение группы крови, биохимия, клинический анализ, обследование крови на гормоны, уровень холестерина и др.

Возможно анонимное обследование.

Консультации врачей-специалистов.

Выезд на дом.

Доставка результатов анализов по любому адресу в пределах Москвы.

Наш адрес: станция метро “Сухаревская” или “Проспект Мира” (кольцевая), Проспект Мира, д. 14, корп. 2, подъезд 3, тел.: (095) 928 3300.

Биржа труда инвалидов

Предлагает всем организациям и предприятиям специалистов из числа инвалидов:

радиомехаников, архивистов, диспетчеров, слесарей, чертежников, бухгалтеров и др.

Трудоустройство инвалидов-москвичей



Московское общественное объединение инвалидов

338 3435
с 10 до 15 часов
в рабочие дни

Состояние здоровья россиян угрожающее. Падает рождаемость, уменьшается продолжительность жизни, растет смертность, особенно от сердечно-сосудистых заболеваний. Как переломить эту тенденцию? Ответ на этот вопрос я пытался получить, разговаривая со специалистами Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава РФ.

Уже много лет центр занимается этой проблемой: накоплен огромный опыт по выявлению факторов риска, разработаны методики слежения за здоровьем населения, первичной и вторичной профилактики многих заболеваний, способы их раннего выявления. Ученые центра дают руководству страны объективный материал, позволяющий оценить истинное положение дел в состоянии здоровья нации. В лаборатории системных исследований здоровья подробно изучается такой многофакторный показатель, как качество жизни. Ориентируясь на его изменения, можно своевременно оценивать проводимый курс реформ и вносить в него соответствующие коррективы.

Сейчас ГНИЦПМ переживает не лучшие времена: нашей перестраивающейся медицине пока не до профилактики - залатать бы дыры по оказанию неотложной помощи. Но совершенно ясно, что долго так продолжаться не может. А специалисты центра в этом просто уверены и продолжают работать несмотря на все трудности.

*Михаил Кукулевич,
специальный корреспондент*

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ



Директор ГНИЦПМ, действительный член РАЕН, член-корреспондент РАМН, профессор Рафаэль Гегамович ОГАНОВ

- Во всем мире давно признано, что профилактика более прогрессивное по сравнению с лечением направление в медицине, особенно, когда мы имеем дело с неинфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, онкологическими, сахарным диабетом, остеопорозом. Ни одно из этих заболеваний до конца вылечить не удастся, поэтому без первичной профилактики, цель которой уменьшение числа заболевших, проблему решить невозможно. В противном случае количество больных и, соответственно, затраты на здравоохранение, будут постоянно расти. Страны, благополучные в экономическом и социальном плане, это уже поняли. Первые исследования по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в США были начаты в 1948 году, а у нас только в начале 70-х, то есть уже на старте мы отстали лет на 20. Классическая фраза "профилактика дешевле, чем лечение" справедлива, если дело не ограничивается лозунгами и призывами.

Что это такое - первичная профилактика? Это прежде всего образ жизни. Если мало двигаться, есть жирное мясо, много разных солений, это, конечно, навредит организму. Если вести активный образ жизни, правильно питаться, не курить, следить за собствен-



ным весом - все наоборот. И это не просто слова. Многие страны, например Финляндия, уже доказали, что способны за счет изменения образа жизни снизить показатели заболеваемости и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях на 50%!

Оптимальный вариант профилактики состоит из стратегии массовой профилактики и стратегии высокого риска. Цель стратегии массовой профилактики - не допустить появления факторов риска, негативно влияющих на здоровье. В ее реализации огромная роль принадлежит средствам массовой информации: воздействовать надо в целом на все население страны. Эффект будет виден не сразу, но он обязательно будет, ибо формируется благоприятное обще-

ственное мнение, среда, в которой медикам гораздо легче проводить конкретные профилактические мероприятия. Например, если сформировано общественное мнение, что курить - это очень плохо, то антикурительные кампании врачей будут плодотворны. Так это случилось в США. Никому, кроме государства, такая задача не по силам. Стратегия высокого риска ближе к медицине, к врачам. Мы должны выявить людей, у которых высок риск развития тех или иных заболеваний, понять причину повышения этого риска и скорректировать его. Роль нашего центра как раз и заключается в том, чтобы изучать распростра-

Так уровень холестерина гораздо сильнее влияет на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у нас, чем в США. Этому есть объяснение. Но я говорю о том, что эпидемиологические исследования надо проводить самостоятельно, корректируя базисные мировые данные.

Гораздо интереснее так называемые проспективные исследования, когда за когортой людей в пять-десять тысяч человек, прошедших предварительное обследование, наблюдают в течение 15 лет. Следят, что с ними происходит, чем они болеют, от чего умирают. Затем, на основании первичной инфор-

тываем и проводим профилактические программы разного уровня, чтобы как-то исправить положение. На крупных предприятиях, например, на ЗИЛе мы внедрили программу по борьбе с артериальной гипертензией. За пять лет там удалось на 50% снизить смертность от мозгового инсульта. Неплохо у нас идет и интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (мы ее называем английской аббревиатурой SINDI). Эта программа до недавних пор проводилась в семи городах - Электросталь, Тверь, Новосибирск, Мирный, Ростов-на-Дону и Томск. А сейчас к нам присоединились еще пять городов. Два города в Карелии - Питкоранта и Костомукша, а также Санкт-Петербург, Оренбург и Краснодар. Мы не получаем ни одной копейки из централизованных федеральных источников, все программы финансируются администрациями на местах.

Давайте несколько конкретизируем. Что входит в программу борьбы, скажем, с гипертонической болезнью? Прежде всего, речь идет об обучении населения методам здорового образа жизни. Сюда входит слежение за собственным весом на основе рационального питания, ограничения в употреблении соли и алкоголя, физическая активность. Именно такая первичная профилактика позволяет уменьшить количество заболевших гипертонией. Второй, очень важный момент - выявление лиц с артериальной гипертензией и их обучение правильному питанию, приему лекарств и т. д. Наша задача научить врачей своевременно выявлять таких больных, регулярно их наблюдать, грамотно подбирать терапию. Начать надо с малого: каждому человеку, обратившемуся в поликлинику, измерить артериальное давление. Эта простая процедура позволяет за два-три года охватить 70% населения.

Профессор А. Н. Бритов:

- На первом месте среди факторов риска развития гипертонической болезни стоит неумеренное потребление поваренной соли. При норме потребления натрия - 60 ммоль/л в сутки москвичи употребляют около 160 ммоль/л. Привычку сильно солить я бы сравнил с наркоманией, с алкоголизмом, с курением. Это очень вредная привычка.

И как у всякой вредной привычки есть определенные структуры в мозге, которые ее поддерживают. Гипертоникам над этим следует серьезно подумать. Тем более что сейчас появились и наши, и импортные заменители соли с низким содержанием натрия. Они бывают профилактические (с 60% содержанием натрия) и лечебные (с 30% содержанием).

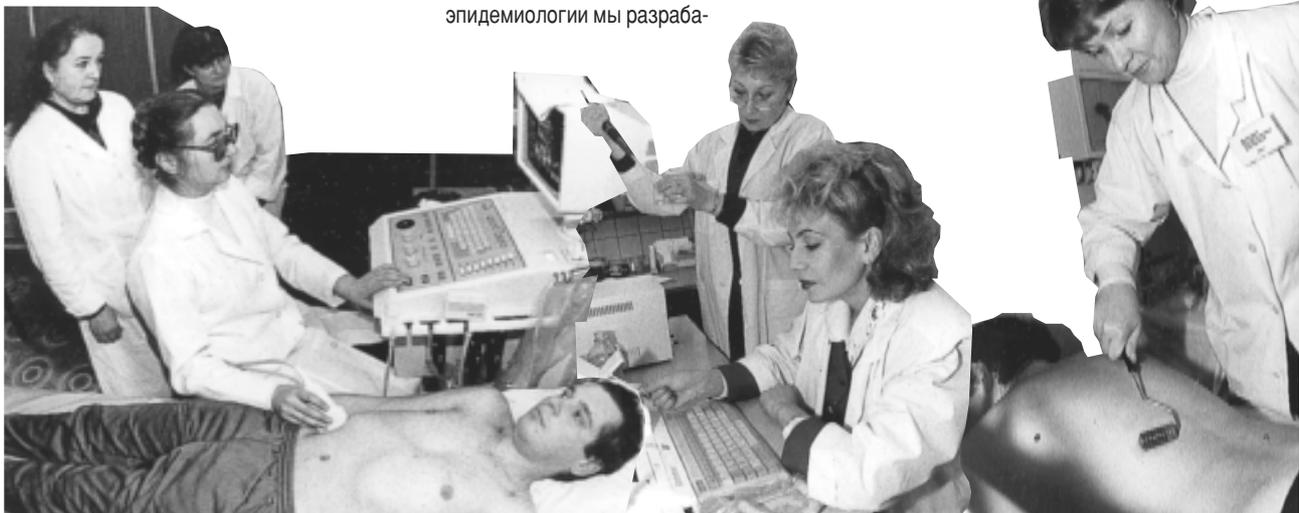
ненность различных неблагоприятных факторов и их влияние на здоровье населения. Мы берем, в основном, биологические и поведенческие факторы и не изучаем, к сожалению, экологические, так как методически к этому не готовы. Хотя, это было бы очень хорошо - изучать одновременно и эти факторы, их распространенность и связь с заболеваниями.

В чем сложность нашего направления? Клиницисты могут изучить операцию, разработанную, например, в США и воспроизвести ее на своих пациентах. А профилактическую программу так просто перенести нельзя: факторы риска развития заболеваний в разных странах могут существенно отличаться.

мации и данных о судьбе этих людей составляют программу, с помощью которой можно прогнозировать здоровье других групп населения, принимая, естественно, соответствующие меры профилактики.

Мы отслеживаем связь между факторами риска и заболеваниями не только сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт, инсульт), но и онкологическими заболеваниями различной локализации, сахарным диабетом. Ведь факторы риска во многом общие - курение, ожирение, гиподинамия. И профилактика, естественно, та же.

И все же оценка деятельности нашего центра проводится именно по сердечно-сосудистым заболеваниям. На основе данных эпидемиологии мы разработа-



В ОТДЕЛАХ И ЛАБОРАТОРИЯХ

В Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины работают 17 докторов и около 100 кандидатов наук. Здесь 14 отделов, своя консультативная поликлиника и стационар. Основная задача центра не столько лечение, сколько обследование и наблюдение больших контингентов людей. Сейчас здесь, например, наблюдаются около 2500 человек - ликвидаторов Чернобыльской аварии. Москвичи тоже могут обратиться к специалистам центра за консультативной и лечебной помощью. Телефон для справок: 921 2554.



Доктор медицинских наук В. М. ШАМАРИН:

- По данным ВОЗ заболеваемость и смертность только в 10% зависит от усилий медиков, 40% от наследственности и экологии, остальные 50% - от самого больного. Вот пример. В Японии лет тридцать тому назад была очень высокая заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки, онкологией ЖКТ. Японские врачи забили тревогу и нашли выход. Они обязали каждого человека от 25 лет и старше дважды в год, весной и осенью, проходить гастроскопию. Проблема была решена: начальные формы рака желудка стали выявляться полностью, заболеваемость язвенной болезнью в Японии стала самой низкой в мире. Вот что дает профилактический подход!

В таких обследованиях заинтересованы прежде всего страховые компании. При заключении с пациентом договора о добровольном страховании, они проводят его обследование по определенному протоколу, позволяющему отсеять наиболее грубую патологию, резко снизить страховочный риск.

Эта система адаптируется и для практического здравоохранения. В поликлинике она могла бы действовать в минимально доступном варианте - в виде проведения первого скринирующего уровня. Для этого нужен один врач, одна медсестра, лаборант и компьютер. Второй уровень обследования проводится в стационаре или в диагностическом центре. Жить по принципу "Пока гром не грянет, мужик не перекрестится" можно, но очень опасно.

Мы начнем наш репортаж из отдела массовых исследований, которым руководит доктор медицинских наук Владимир Михайлович Шамарин. Внешне кабинеты отдела напоминают хорошо оборудованную поликлинику. Но это только первое впечатление. Основным науч-

ным направлением этого подразделения центра является разработка систем скрининг-диагностического комплекса для массового обследования населения. Предполагается два уровня исследований. Первый - осмотр людей с предприятий и организаций с проведением элементарных манипуляций. Например, автоматизированный опрос: пациент сам выбирает ответ на заданный вопрос, на-

жимая на соответствующую клавишу компьютера. Тесты касаются заболеваний основных систем: сердечно-сосудистой, бронхолегочной, эндокринной, почек, желудочно-кишечного тракта, гинекологии. Потом пациенту делают ЭКГ, берут кровь на исследование основных липидных групп и глюкозы, определяют весоростовые показатели, измеряют артериальное давление и т. д. На основании полученных данных пациенты распределяются на четыре группы. В первую входят условно здоровые люди, у которых не выявлено никаких болезненных симптомов и нет факторов риска. Их обычно бывает не больше 4,5% среди мужчин и 5,5% среди женщин. Вторую группу также составляют люди условно здоровые, но с одним или несколькими факторами риска. В третьей группе люди, у которых после скринингового обследования (скрининг англ. - отбор, отсеивание) четко видны проявления тех или иных заболеваний. Они идут на второй уровень скрининга, в результате которого компьютерная система поможет врачу составить для каждого человека индивидуальный протокол дальнейшего исследования. Рассмотрим пример. Пациент дал положительный ответ на анкету Розуза - у него стенокардия напряжения. Этому больному делается мониторинг ЭКГ в течение суток, что позволяет выявить признаки ишемии миокарда во время обычной для него физической нагрузки, еды, сна, психологической нагрузки и т. п. Для определения реакции на нагрузку (толерантность) проводится велоэргометрия, благодаря которой пациенту можно дать четкие рекомендации по поведению на работе и в быту. А дальше, уже в стационарных условиях, делается ангиография, проводится лечение.

При обнаружении повышенного артериального давления протокол соответственно изменяется. Гипертония - многоликий Янус, а причины ее возникновения, к сожалению, не всегда удается выявить. Многие наши врачи считают, что эссенциальная (первичная) гиперто-



ния есть классический вариант невроза. Чаще всего гипертоников можно встретить среди операторов ЭВМ, диспетчеров, учителей, летчиков. В коллективах, где работают на компьютерах не по 4 - 5 часов, как в США, а по 8 - 10, уровень гипертоников может достигать 60% среди женщин и 64% среди мужчин. Эти дан-

консультация окулиста, анализы мочи - это все для того, чтобы исключить заболевания почек и эндокринных желез. Далее делается велоэргометрия: определяется нагрузка, при которой начинает резко подниматься АД. Больной должен знать этот порог!

Обязательно проводится суточное монито-

ходит не столько скрининг, хотя он тоже имеет значение, сколько планомерная профилактическая деятельность врачей. Комплекс мер, предложенный, в частности, одной из поликлиник Черемушкинского района Москвы, позволил существенно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Оказалось, что больше всего удалось помочь тем людям, у которых при массовых осмотрах были выявлены симптомы ишемической болезни и гипертонии, то есть, группе наивысшего риска. Это достаточно печальный факт, так как он говорит о том, что практическое здравоохранение не в состоянии обеспечить работу на опережение и лишь "тушит пожар", а не предупреждает трагическое обострение болезни. Пользуясь методиками для активного выявления больных, разработанными в отделе многофакторной профилактики, удается уменьшить число инфарктов и на 40% снизить смертность по этой группе больных.

Сейчас в отделе наблюдаются 139 больных со стенокардией без инфаркта миокарда в анамнезе, которые имеют сочетание факторов риска, около 200 человек с избыточной массой тела, гипертонией и нарушением липидного обмена, около 200 курильщиков. В отделе разрабатываются новые методики по коррекции курения и поддержке таких пациентов в период абстиненции.

Ведь если курильщиков не лечить, то только 17% из них могут самостоятельно и стойко избавиться от этого недуга, который приравнивается к малой наркомании. А если человек прошел через лечение по методикам, предлагаемым отделом, успех превышает 70%.

Отделом профилактики внутренних болезней заведует профессор Анатолий Николаевич Бритов. Отсюда вышли работы по профилак-

Доктор медицинских наук А. М. КАЛИНИНА:

- Мало указать человеку на факторы риска - надо помочь их исключить. Без специалиста он нередко сам справиться не сможет. Конечно, врачам в поликлинике этим заниматься некогда. В нашем центре не только дают рекомендации, но и с помощью различных методов лечат нарушения липидного обмена, ожирение, курение. Удастся достоверно снизить смертность у больных с серьезными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Задача медицинских работников - обеспечить доступную для каждого человека профилактическую помощь. В настоящее время Министерство здравоохранения активно занято созданием службы медицинской профилактики, одной из задач которой и является оказание помощи желающим укрепить свое здоровье, бросить курить, похудеть и т. д. Врач-специалист поможет создать мотивацию к отказу от курения и будет постоянно сопровождать больного на этом пути. Мы готовы поделиться своими методиками и организовать учебу кадров. Диапазон возможностей сегодня очень широк. Главное - начинать работать с больным как можно раньше: как только у него появились единичные приступы стенокардии - помогите ему избавиться от вредных привычек, скорректируйте питание и режим нагрузок, то есть уменьшите факторы риска. Человек будет болеть гораздо реже, а то и вовсе избавится от заболевания. Врачей этому надо учить и, повторяю, наш центр вполне для этого приспособлен.



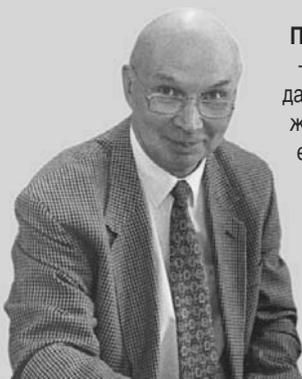
ные получены сотрудниками центра при обследовании одного из московских предприятий. Уровень повышенного артериального давления обнаружился у людей утром, после ночного отдыха! То есть, здесь явное влияние постоянного психо-эмоционального напряжения.

Что входит в протокол исследования человека, у которого обнаружено повышенное артериальное давление? Ультразвуковые исследования почек, надпочечников, щитовидной железы, сердца,

рирование артериального давления. Суточный ритм АД очень индивидуален. Если больному, у которого давление ночью самопроизвольно снижается, назначить эффективный гипотензивный препарат, действующий в течение суток, то давление у него может упасть во время сна слишком низко, а в результате, если у пациента есть ишемическая болезнь сердца, может случиться приступ стенокардии покоя и даже инфаркт миокарда. Такой больной может умереть во время сна. Вот как все это важно.

Доктор медицинских наук Анна Михайловна Калинина возглавляет отдел многофакторной профилактики. Здесь на первый план вы-





Профессор В. И. МЕТЕЛИЦА:

- Меня пугает, что врачи сегодня очень мало читают. На лекциях залы переполнены, приезжают и из дальних областей, задают массу вопросов. И вдруг выясняется, что практические врачи не читают ни журнал "Терапевтический архив", ни "Кардиологию". Если врач не получает регулярно информацию, то его знаний, полученных в институте, хватает максимум на пять лет, даже если он был отличником. Американского врача в этом плане государство жестко контролирует, там стандартные подходы и требования, которым он должен следовать. У нас демократия - что хочу, то и читаю, хочу - не читаю вовсе, что хочу - назначаю. А ведь речь идет о безопасности здоровья населения! Главная проблема сейчас не в отсутствии лекарств (препараты есть все, многие из них прекрасные), а исключительно в уровне врачебной подготовки.

Каждый препарат имеет свои плюсы и минусы, есть методики, которые помогают выяснить его влияние на больного. Если врач не в состоянии сделать это в поликлинике, он должен направить больного в стационар! Но сейчас в поликлиниках не заинтересованы отпускать от себя больных.

Мои сотрудники ходят по поликлиникам и просят: "Передайте нам на обследование несколько сложных больных. Мы не только проведем обследование, но и подберем лечение, будем контролировать его в течение длительного времени, а результаты вам сообщим". Нет, не направляют!

А ведь сегодня, я могу сказать это с уверенностью, большинство больных с гипертонией не лечится, даже если знают, что у них высокое давление. Стенокардия - не лечится! Больного надо убедить принимать лекарства, но если он видит, что назначение делают "с налету" и чувствует что-то не то - он лечиться не будет. Поэтому богатые пациенты ищут специалиста, который возьмется их контролировать, а основная масса населения не получает современной лекарственной помощи.

Стало модно при ишемической болезни сердца делать операцию. А ведь правильно подобранное медикаментозное лечение дает очень хорошие результаты и без риска осложнений. У нас есть больные, которые наблюдаются по 10 - 12 лет. Это тяжелые больные, многим из которых за 70 лет.

Сегодня для врача-специалиста счастливое время - у него есть прекрасная возможность помочь больному медикаментозными средствами. Такого раньше никогда не было.

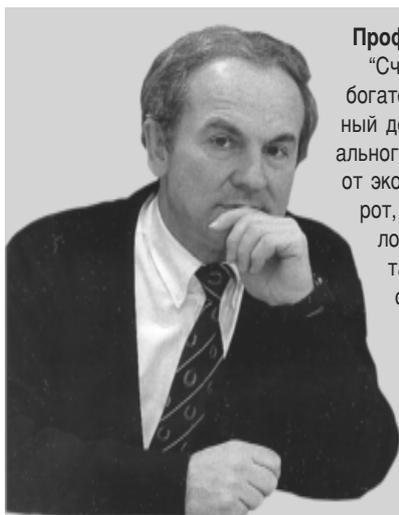
тике бронхиальной астмы, методам плазморефа при астме и ряде других заболеваний. Но главное научное направление - профилактика артериальной гипертонии. В отличие от других отделов здесь больше внимания уделяют немедикаментозным методам профилактики, воздействию на те факторы риска, которые инициируют гипертонию. Многие врачи до сих пор считают, что основной причиной артериальной гипертонии являются стрессы. В отделе, не умаляя неблагоприятной роли стресса, ищут иные причины. К ним, помимо наследственных, генетических факторов, относят образ жизни и питание людей. По мнению сотрудников отдела, наши главные враги - умеренное потребление натрия (пищевая соль), переизбыток и низкая физическая актив-

ность. В последнее время к факторам риска развития гипертонической болезни стали относиться курение и алкоголь. Несмотря на умиротворяющие разговоры о пользе малых доз алкоголя, для российской действительности это не актуально. У нас в ходу только две дозы: стакан и бутылка. Как бы ни ругали горбачевскую антиалкогольную кампанию, но смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в тот период снизилась, а сейчас наблюдается ее лавинообразный рост. Это беспокоит не только наших врачей, но и медиков других стран: на международном конгрессе в Швеции, проходившем в августе этого года, известный английский эпидемиолог Майкл Мармот выступил с докладом о стремительном росте смертности в Восточной Европе.

Другая проблема, интересующая профессора Бритова и его коллег - качество пищи. Раньше об этой проблеме не принято было говорить из-за нехватки пищи, теперь - из-за нехватки денег. Но говорить об этом надо: несмотря ни на что, число людей, страдающих ожирением, очень велико. Едят много, но не то, что можно считать здоровой пищей. Вопрос - что следует рекламировать в средствах массовой информации? Конечно, не шоколад, не леденцы и не жвачку. Кондитерские изделия здоровые люди едят не часто и не понемногу, непрерывно жевать организм тоже не приспособлен. За счет чего следует покрывать потребность в белке? Рыба, нежирное отварное мясо, мясо птицы, но не "ножки Буша", набитые холестерином, а грудки, бобовые -

Другая проблема, интересующая профессора





Профессор И. А. ГУНДАРОВ:

“Счастье у всех народов всегда ценилось выше богатства. Означает ли сказанное, что материальный достаток исключается из перечня целей социального прогресса? Нет, поскольку счастье зависит от экономического благополучия, а нищета, наоборот, порождает ощущение несчастья. Поэтому в условиях нищеты увеличение материального достатка имеет в основном позитивное влияние: снижаются инфекционная заболеваемость, детская и материнская смертность, растет уровень жизни. Однако при переходе от среднего достатка к большому богатству начинают преобладать негативные свойства “золотого тельца”: растут преступность и самоубийства, увеличивается смертность от инфаркта и злокачественных новообразований, травм и отравлений...”

В итоге формируется U-образная зависимость между материальным достатком и несчастьем, когда уровень последнего растет влево от зоны оптимального благополучия. Закон U-образной связи универсален и для других сфер жизнедеятельности общества. В переводе на язык народной мудрости это означает: “Все хорошо в меру”. Плохо, когда избыток государственной власти или рынка, сплошное бессребреничество или эгоизм.

В целом качество жизни зависит от денег примерно на 30%. Остальные 70% - от причин не материального, а идеального свойства.

Из вышесказанного следует, что стратегической целью устойчивого развития должен стать не уровень жизни, а ее качество: рост удовлетворенности жизнью, увеличение ее продолжительности, обеспечение духовной гармонии. И именно перечисленные показатели должны использоваться в качестве главных критериев прогресса цивилизации. Близкая идея была высказана еще М. Ломоносовым, который, выстраивая систему государственных приоритетов, в числе первых трех назвал: “размножение и сохранение российского народа, исправление праздности, исправление нравов и большее народо-просвещение”.

(Из книги “Парадоксы российских реформ” УРСС Москва, 1997 год)

фасоль, горох, соя. Появилось хорошее кукурузное и оливковое масло, маргарины. А сливочного масла достаточно пять граммов в день. Обязательно надо есть свежие овощи и фрукты, хоть это и дорого. Они основной источник поступления в организм калия, который благотворно действует на сосудистую гипертензию, нейтрализует пагубное воздействие натрия. Если человек не может воздержаться от соленого, то нужно компенсировать это яблоками, свежей капустой, огурцами. Вот такие простые и понятные всем советы.

Отдел профилактической фармакологии возглавляет профессор Владимир Исакович Метелица. Недавно он выпустил в свет прекрасный справочник по клинической кардиологии, который можно назвать настоящей энциклопедией. Из него врачи смогут узнать не только о многочисленных препаратах, но и принципах их индивидуального подбора, противопоказаниях, побочных действиях и даже примерную стоимость лекарств.

Отдел занимается, прежде всего, изучением новых лекарственных средств, проведением клинических испытаний. Здесь дают заключения о возможности использования препара-

тов на территории страны, ведут постмаркетинговый контроль. В ходе многоцентровых исследований препарат изучается самостоятельно или в комбинации с другими на многих сотнях больных.

При чем же здесь, вы спросите, профилактика? Оказывается в задачу отдела входит не только изучение действия препарата, но и поиск его места в системе лечения и профилактики осложнений у больных с сердечно-сосудистой патологией. С этой целью здесь организовано и проведено семь многоцентровых исследований. В начале 80-х годов, была проведена огромная работа, посвященная изучению не просто влияния антигипертензивных средств на снижение давления, но и их воздействия на качество жизни человека. По сути, отдел одним из первых в мире занялся этой проблемой. Что же понимают ученые под таким воздействием? Прежде всего влияние препарата на психическое и физическое состояние, на работоспособность, на сексуальную функцию, на социальные контакты. Оказалось, что одно и то же

лекарство в разных популяциях может по-разному влиять на качество жизни. А ведь задача врача в лечении гипертензии состоит в том, чтобы выбранное средство стойко снижало давление, исключало кризы, не губило другие органы и системы, а главное - давало человеку уверенность в том, что болезнь можно победить. Тогда у него будет меньше поводов бросать лечение. В беседе с руководителем отдела очень часто произносилось слово “индивидуально”. В самом деле, нельзя правильно подобрать лекарство гипертонику без учета, скажем, циркадного ритма, или больному с ишемией - без гарантии полного исключения приступов безболевой ишемии, опаснейшего состояния, приводящего к внезапным инфарктам. Несмотря на огромное количество новых препаратов, а может быть и благодаря этому, врач должен быть крайне осторожен и внимателен в использовании медикаментозной терапии, четко и длительно контролировать ее ход.

Завершить свой репортаж из Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины я хочу рассказом о группе связи с прессой, которую возглавляет врач, кандидат медицинских наук Галина Тимофеевна Холмогорова. Дело в том, что роль пропаганды здорового образа жизни очень велика и, увы, не всегда положительна. Вспомним, например, как отрицательно повлияла на рост заболевания дифтерией дискуссия о прививках, развернутая несколько лет назад в СМИ. На совести этой дискуссии многие сотни смертей как детей, так и взрослых. А чего стоит реклама алкоголя и табачных изделий, слава Богу, недавно запрещенная. Между тем положительный опыт пробивается на телеэкраны и страницы газет с большим трудом. В том, что это случается - большая заслуга Галины Тимофеевны, которая прекрасно владеет информацией по всем проблемам профилактики. Хочется пожелать и ей, и всему коллективу центра успехов в их нелегком, но таком нужном деле.



Г. Т. Холмогорова



Профессор Н. В. ПЕРОВА

САМ СЕБЕ ДИЕТОЛОГ

- Наталья Владимировна, как можно уменьшить риск развития атеросклероза?

- Ответ один - снизить уровень факторов риска развития заболеваний, связанных с атеросклерозом. В числе основных факторов - гиподинамия. Как с ней бороться? Всеми доступными средствами. Не можешь ходить в спортзал - работай на садовом участке, займись ремонтом квартиры, играй в подвижные игры с ребенком, гуляй с собакой, то есть веди активный образ жизни. Кстати, хорошо держать дома животное еще и потому, что оно избавит вас от потребления лишнего жира. Я знаю российский характер: хозяйка, разделывая мясо, жалеет выбрасывать жирные куски, а если в доме собака или кошка - они достаются им.

Второй наш враг - холестерин. Он имеет вид наструганной свечки. Холестерин попадает в организм с продуктами питания; его много в животных жирах, печени, мозгах, различных паштетах, яйцах. У него есть особенность: без жира он почти не всасывается! Поэтому, если человек ест яйца или печень, они должны быть приготовлены без жира! Это очень важная деталь. Как обойтись без жира, ведь он дает в два раза больше калорий, чем белки и углеводы? У нас вышла книга "Сам себе диетолог", где мы даем людям конкретные практические рекомендации. Обратите внимание на средиземноморскую диету. Среди живущих там людей очень мало больных атеросклерозом. Их любимейший продукт - макаронны, но их едят не со шкварками и жиром, а с томатами, продуктами моря - мидиями, моллюсками и употребляют только растительное масло. Часто в меню бобы, фасоль, горох, соя. Что еще можно включить в наш рацион? Дешевые крупы, у которых сохранилась верхняя часть: геркулес (не "Экстра"), овсянка, перловка, гречка, серый рис.

Кроме круп и хлеба грубого помола, лучше всего выводят холестерин фрукты, которые дают желе - яблоки, сливы. Фруктовое желе, содержащее пектин и псиллим, связывает в кишечнике холестерин и желчные кислоты и выводит их из организма. В день нужно съедать минимум два яблока!

Сейчас мы говорим об антиатеросклеротической диете и диете, которую человек должен соблюдать, если у него определили повышенный уровень холестерина. В некоторых случаях одной диеты бывает недостаточно. И тогда врач назначает медикаменты, которые активно снижают уровень холестерина крови. Наиболее сильные - статины и фибраты, менее сильные - препараты никотиновой кислоты и секвестранты (поглотители желчных кислот), препараты эффективные, но не безразличные для организма. А вот липостабил, фосфолипиды эссенциальные полиненасыщенные, антиоксиданты могут рассматриваться как пищевые добавки. То есть вреда они не приносят, но польза будет сравнима с эффектом хорошо налаженной диеты. Снизить холестерин серьезно они одни не могут, мы это исследовали. Но что интересно. Вот, на-

- Сейчас очень много всевозможных сжигателей жира, других средств, позволяющих похудеть мгновенно и без труда. Как вы к ним относитесь?

- Похудание не вредно, если у вас избыточная масса тела. Каков здесь универсальный эпидемиологический показатель? Индекс массы тела Кетле: вес в килограммах нужно разделить на рост в метрах в квадрате. Идеальный показатель - до 25; 27 и выше - избыточная масса тела; 29 и выше - ожирение. Есть еще один показатель - отношение окружности талии к окружности бедер. Если у женщины талия тонкая, а бедра широкие - это нормально, она может себе позволить избыточную массу тела. А если талия одинакова с бедрами, что чаще встречается у мужчин с животиками, то это самое опасное ожирение - абдоминальное. Здесь жир откладывается внутри брюшной полости - в сальнике и брыжейке. И тогда во время любого стресса по воротной вене жирные кислоты выбрасываются прямо в печень.

Что касается способов похудения, то здесь преимущество за постепенным уменьшением массы тела. Голодание себя не оп-

**Уровень холестерина в крови в ммоль/л:
до 5,2 ммоль/л - норма; 5,2 - 6,5 - легкая гиперхолестеринемия (действуют немедикаментозными мероприятиями); 6,5 - 7,8 - умеренная (лечат сочетанием немедикаментозных средств с лекарственной терапией, особенно при сочетанных факторах риска); свыше 7,8 ммоль/л - немедленная медикаментозная терапия.**

пример, препарат гуарем, поглотитель холестерина. За рубежом он описан как очень слабый: снижает холестерин в пределах 10%. Это как раз тот предел, который может достигнуть хорошо налаженная диета. У нас же лекарство вызывало гораздо больший эффект. Почему? Менталитет российского человека таков, что он не будет соблюдать диету до тех пор, пока мы ему не дадим лекарство! И тогда эффект суммируется.

Для чего нужно соблюдать холестеринснижающую диету? Чтобы сократить дозу лекарственного препарата и уменьшить вероятность побочных реакций.

равдывает - происходят очень большие колебания в уровне липидов. Что касается препаратов, действующих через нервную и гормональную систему, то они повышают артериальное давление. А ведь артериальная гипертензия тоже фактор риска.



БЕТА-БЛОКАТОРЫ (КОРДАНУМ) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

*В. И. Малахов, кандидат медицинских наук, Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова
Научно-производственного кардиологического комплекса МЗ РФ*

В оценке результатов антиаритмической терапии важное место занимает способность препарата при длительном лечении влиять на отдаленные результаты, прежде всего на смертность больных.

В этой связи именно бета-блокаторы, проявляющие благоприятные соотношения риска и пользы антиаритмического лечения, а кроме того, обладающие гипотензивным и антиишемическим действием, рассматриваются как средство выбора для начальной терапии хронических форм желудочковых и наджелудочковых аритмий.

Однако из-за отсутствия полной ясности в механизме достижения положительного терапевтического действия этих препаратов, возникают трудности в выборе критериев эффекта и определения достаточной их дозировки.

Больные, перенесшие инфаркт миокарда, подвержены риску внезапной аритмической смерти. Именно в этой группе профилактическое действие бета-блокаторов наиболее выражено: по сравнению с плацебо смертность при их применении снижается на 20 - 30%, причем здесь не имеет значения их прямое антиаритмическое действие. Очевидно, на предупреждение развития инфаркта миокарда и внезапной смерти (ВС) влияет способность бета-блокаторов нейтрализовать усиление симпатической активности за счет адекватной блокады бета-рецепторов, проявлением чего служит снижение частоты сердечного ритма, вне зависимости от различия их индивидуальных свойств.

Впрочем, бета-блокаторы, не снижающие частоту сердца в покое должны быть исключены для профилактики ВС у постинфарктных больных, а для других препаратов критерием должно быть снижение частоты ритма сердца в покое на величину 10 - 20% от исходного уровня. Так как все же эффективность бета-блокаторов в лечении желудочковой экстрасистолии оценивается как умеренная, ведутся поиски возможности ее предсказания при конкретной форме аритмии, связанные с выявлением так называемых адренергически зависимых форм аритмии, при которых действие данных препаратов должно быть наиболее выраженным и патогенетически обоснованным. Мы в своих поисках адренергических форм желудочковой эктопической активности (ЖЭА) обрати-

лись к феномену зависимости частоты экстрасистолии от частоты ритма сердца, применив при этом метод оценки вероятности появления экстрасистол после интервала RR определенной продолжительности, основанный на компьютерном анализе результатов холтеровского мониторирования. Наш опыт позволил создать классификацию частотной зависимости ЖЭА, где наблюдаются три ее типа: 1 - простая зависимость от тахикардии, 2 - простая зависимость от брадикардии и 3 - сложная зависимость от частоты сердечных сокращений. Была выдвинута гипотеза, согласно которой адренергические формы ЖЭА должны принадлежать к первому типу частотной зависимости. Для проверки данной гипотезы была обследована группа больных с желудочковой экстрасистолой (25 пациентов) и в этой группе оценены эффекты селективного β_1 -блокатора **талинолола (Корданум)**. После обследования больных у 11 была диагностирована ИБС, у 4 - артериальная гипертензия, у 5 - пролапс митрального клапана, у 2 - постмиокардитический кардиосклероз и у 3 - идиопатическое нарушение ритма сердца. Были отменены все антиаритмические препараты и проведено контрольное 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой частоты ритма сердца, а также частоты и градации ЖЭА. Далее, в условиях открытого протокола назначали Корданум-50 в дозе 100 (15 пациентов) и 150 мг/сутки (10 пациентов) и на 5 - 7 сутки приема холтеровское мониторирование повторяли. Об антиаритмическом действии препарата судили по степени снижения частоты желудочковой экстрасистолии и ее градации. Под антиаритмическим эффектом понимали снижение общего числа ЖЭС/час более 70%, уменьшение парных ЖЭС более чем на 90% и полное устранение пробежек желудочковой тахикардии.

Под проаритмическим эффектом понимали увеличение общего числа ЖЭС более чем в 4 раза, появление или нарастание числа имевшихся в контроле парных экстрасистол и/или пробежек ЖТ более чем в 10 раз.

Результаты. Под действием препарата происходило удлинение интервала PQ. Длительность желудочковых комплексов не изменялась, а продолжительность скорректированного интервала QT имела тенденцию к укорочению. Под действием Корданума про-

исходило снижение частоты синусового ритма. Оказалось, что степень снижения частоты желудочковой экстрасистолии наибольшая в подгруппе 1 типа (57%), в то время как у пациентов 3 типа ЖЭА он был достигнут лишь в 14%, наряду с одним случаем проаритмического эффекта и вовсе отсутствовал при втором типе. Антиаритмическая эффективность Корданума при первом типе частотной зависимости статистически достоверно выше в сравнении с таковой в двух других подгруппах вместе взятых ($\chi^2 - 5,855$ $p < 0,025$).

Обсуждение. Полученные результаты указывают на возможность выделения с помощью анализа частотной зависимости ЖЭА группы больных, желудочковая экстрасистолия у которых особо чувствительна к действию бета-блокаторов. Если в целом по обследованной группе антиаритмическая активность Корданума оказалась невысокой, то внутри подгруппы, характеризующейся свойствами выделяемого нами первого типа частотной зависимости ЖЭА, она приближается к максимальным значениям, которых можно достичь данным классом препаратов. Поэтому для случаев, когда важно предсказание антиаритмического эффекта бета-блокатора (лечение доброкачественных желудочковых аритмий) следует применять предлагаемую методику оценки частотной зависимости ЖЭА. Однако пока преждевременно подходить к назначению бета-блокаторов больным после инфаркта миокарда, поскольку речь идет не об обязательном достижении антиаритмического эффекта, а о многофакторном терапевтическом воздействии.

Более подробно информация изложена в статье, опубликованной в "Южно-Российском журнале" №1/1997 стр. 31-38.

По вопросам приобретения препарата Корданум 100 обращаться в Представительство фирмы по тел.: (095) 232 0042; факс: (095) 232 0037.

**ASTA
MEDICA**

ИНГИБИТОРЫ АПФ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

М. В. Шестакова, Эндокринологический Научный Центр РАМН, Москва

В настоящее время одной из центральных проблем клинической диабетологии являются сосудистые осложнения сахарного диабета (микро- и макроангиопатии). Именно эти осложнения определяют прогноз заболевания и обуславливают высокую инвалидизацию и смертность больных диабетом. Диабетическая нефропатия (ДН) является основной причиной смерти каждого второго больного инсулинзависимым диабетом (I типа) и каждого пятого больного инсулиннезависимым диабетом (II типа). Ишемическая болезнь сердца поражает до 75% больных как I, так и II типом сахарного диабета. Развитие "диабетической стопы" приводит к ампутациям конечностей у 45 - 70% больных диабетом.

Одним из наиболее мощных факторов прогрессирования как микро-, так и макроангиопатий является гипертония. Основной причиной развития артериальной гипертонии при сахарном диабете I типа служит ДН, в то время как при диабете II типа преобладает эссенциальная гипертония, которая часто предшествует развитию патологии почек. Вне зависимости от причины ее вызвавшей, артериальная гипертония существенно ускоряет прогрессирование сосудистой патологии при сахарном диабете. Поэтому крайне важным в профилактике и лечении поздних сосудистых осложнений сахарного диабета является своевременное назначение адекватной антигипертензивной терапии.

Выбор антигипертензивной терапии у больных сахарным диабетом не прост, поскольку основные доступные группы гипотензивных препаратов имеют целый ряд побочных эффектов, ограничивающих их применение при сахарном диабете. Так, например, неселективные бета-блокаторы и тиазидовые диуретики неблагоприятно воздействуют на углеводный и липидный обмен, способствуя развитию инсулинорезистентности и гиперлипидемии, в связи с чем они не рекомендуются в качестве препаратов первого ряда выбора у больных сахарным диабетом. Антагонисты кальция дигидропиридиновой группы (нифедипин) не безопасны у больных с ИБС, могут вызывать проаритмогенный эффект, а также способствовать прогрессированию ДН.

В связи с вышесказанным встает вопрос о выборе в качестве антигипертензивного средства для больных сахарным диабетом препаратов, не обладающих указанными побочными эффектами, не влияющими на (или улучшающими) углеводный и липидный обмен и тормозящими прогрессирование сосудистой патологии. К таким средствам в настоящее время относятся препараты из группы инги-

биторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ): каптоприл, рамиприл, эналаприл и другие.

Самой главной чертой, выделяющей ингибиторы АПФ из всей группы антигипертензивных средств, является их органопротективный эффект. Ингибиторы АПФ не только эффективно и стойко корректируют артериальное давление, но и при этом оказывают специфическое защитное воздействие на органы-мишени - сердце, почки, крупные магистральные сосуды.

Одним из наиболее активных средств из группы ингибиторов АПФ, обладающим как кардиопротективным, так и нефропротективным эффектом у больных сахарным диабетом, является препарат **Тритаце** (рамиприл, "Hoechst-Marion-Roussel"). Этот препарат при минимальной активной дозе (2,5 - 5,0 мг/сутки) оказывает мощное антигипертензивное действие, равное по силе 10 - 20 мг эналаприла или 50 - 75 мг каптоприла.

Новая веха в использовании ингибиторов АПФ открылась при обнаружении непревзойденного другими препаратами специфического нефропротективного эффекта, который впервые был доказан у больных сахарным диабетом, имеющих диабетическую нефропатию. Лечение таких больных ингибиторами АПФ сопровождается снижением экскреции белка с мочой, стабилизацией скорости клубочковой фильтрации и даже обратным развитием начальных склеротических изменений почечной ткани. Иными словами, ингибиторы АПФ способны существенно затормозить прогрессирование диабетического поражения почек. Показано, что если у больного сахарным диабетом повысилось артериальное давление и появился белок в моче, и он не получает антигипертензивного лечения, то "почечная смерть" у него наступит уже через 5 - 7 лет с момента появления протеинурии. Если такой больной получает традиционную антигипертензивную терапию (бета-блокатор и диуретик), то функционирование почек может продлиться до 10 - 12 лет. Если же больной сахарным диабетом контролирует артериальное давление с помощью ингибиторов АПФ, то в этом случае темп прогрессирования ДН замедляется в 5 - 6 раз и нормальная функция почек может сохраняться более 20 лет.

Ингибиторы АПФ являются препаратами первого ряда выбора не только для лечения уже выраженной стадии ДН, но и единственной группой препаратов, способных предотвратить развитие этого осложнения. Для достижения такой цели препараты этой группы должны быть назначены чрезвычайно рано -

на стадии т. н. "микроальбуминурии", когда экскреция альбумина с мочой составляет от 30 до 300 мг/сутки, что ниже диагностического порога рутинных методов выявления белка в моче. На этой самой начальной, еще обратной стадии поражения почек, артериальное давление, как правило, не повышается. Несмотря на нормальный уровень АД, ингибиторы АПФ обязательно должны быть назначены именно на этой ранней "доклинической" стадии поражения почек для предотвращения дальнейшего прогрессирования почечной патологии, однако доза препарата в этом случае должна быть минимальной. Так например, во многих исследованиях показано, что Тритаце обеспечивает эффективную защиту почек на стадии микроальбуминурии даже при дозе 1,25 мг/сутки.

Таким образом, показаниями для назначения ингибиторов АПФ при сахарном диабете как I, так и II типа являются артериальная гипертония, микроальбуминурия даже при нормальном уровне артериального давления, протеинурия, развившаяся как на фоне нормального, так и на фоне повышенного артериального давления.

Существенным преимуществом ингибиторов АПФ перед другими антигипертензивными средствами при сахарном диабете является то, что эти препараты не только не ухудшают углеводный и липидный обмен, но и в ряде случаев даже улучшают их, повышая чувствительность тканей к инсулину и снижая атерогенность сыворотки крови (как это было показано, в частности, при использовании препарата Тритаце).

Таким образом, можно смело утверждать, что сахарный диабет как I, так и II типа, является тем заболеванием, при котором в случае развития артериальной гипертонии и/или сосудистых осложнений (особенно - диабетической нефропатии), требуется назначение в первую очередь препаратов из группы ингибиторов АПФ, поскольку только эта группа препаратов из известных в настоящее время способна не только стойко корректировать артериальное давление, но и эффективно предотвращать развитие сосудистых осложнений сахарного диабета.

Более подробную информацию о препарате Тритаце и возможности его приобретения можно получить в Представительстве компании Хехст Мэрион Руссель по тел.: (095) 232 1925; факс: (095) 232 1928.

Hoechst



ЦИНТ - ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И. Л. Алексеева, кандидат медицинских наук

Важным шагом в профилактике и лечении поздних сосудистых осложнений сахарного диабета является своевременное назначение эффективной антигипертензивной терапии, приводящей к обратному развитию факторов риска или, по крайней мере, не увеличивающей вероятность их возникновения. Актуален поиск лекарственных препаратов, повышающих чувствительность тканей к инсулину.

Выбор антигипертензивной терапии у больных сахарным диабетом не прост, поскольку бета-адреноблокаторы и тиазидовые диуретики не рекомендуются в качестве препаратов первого выбора вследствие их нежелательного воздействия на углеводный и липидный обмен: диуретики и бета-блокаторы вызывали повышение резистентности к инсулину на 15-30% и нарушение толерантности к глюкозе. Скандинавские исследования продемонстрировали, что лечение бета-блокаторами и диуретиками ассоциировалось с повышенным риском развития диабета. Это было подчеркнуто и в Финском исследовании. Для снижения риска развития диабета необходимы антигипертензивные средства, не нарушающие метаболизма глюкозы. Эффект блокаторов кальциевых каналов, альфа-блокаторов и ингибиторов АПФ в этом отношении нейтрален. Каптоприл и доксазозин продемонстрировали некоторое уменьшение резистентности к инсулину. Ингибиторы АПФ, доказавшие свою эффективность при сахарном диабете первого типа (инсулинонезависимом), требуют осторожного применения у больных сахарным диабетом второго типа, поскольку у этой категории больных нередко встречается двусторонний стеноз почечных артерий, являющийся противопоказанием для их назначения. Альфа-блокаторы достаточно часто вызывают ортостатическую гипотонию, которая нередко развивается у больных сахарным диабетом вследствие автономной нейропатии. Антагонисты кальция дигидропиридиновой группы (нифедипины) не безопасны у больных гипертонией, сочетающейся с ИБС, и в ряде случаев способствуют прогрессированию диабетической нефропатии.

В связи с вышесказанным существует огромный интерес к новому классу соединений - агонистов имидазолиновых рецепторов, не только снижающих симпатическую активность и АД, но и положительно влияющих на резистентность к инсулину и обмен глюкозы. **Моксонидин (Цинт - фирма Eli Lilly)** является первым представителем этого класса. В

настоящее время установлено, что центральный механизм снижения артериального давления связан с активацией имидазолиновых рецепторов, ведущей к понижению активности симпатической нервной системы (угнетение синтеза норадреналина). В то же время моксонидин обладает низким сродством к пре- и постсинаптическим альфа-2-адренорецепторам, с чем связано минимальное число центральных побочных эффектов. Кроме того, он снижает активность системы ренин-ангиотензин-альдостерон.

Имидазолиновые рецепторы I-1 локализованы в вентролатеральной части рострального отдела ствола мозга, которая является центром регуляции артериального давления, а также почках, надпочечниках, островках Лангерганса поджелудочной железы, окончаниях симпатических нервов.

Эндогенным лигандом имидазолиновых рецепторов I-1 является агматин - декарбоксилированная форма аминокислоты аргинин. В эксперименте установлен отчетливый гипотензивный и метаболический (снижение гликемии) эффекты агматина. Последний обладал инсулиноподобным действием. На фоне внутривенного введения агматина повышался захват глюкозы клетками и содержание в них гликогена, при этом продукция лактата снижалась. Аналогичные метаболические эффекты были выявлены у моксонидина как в эксперименте, так и в клинических условиях.

В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что селективные агонисты имидазолиновых рецепторов являются патогенетически обоснованными для лечения АГ при метаболическом синдроме X, в том числе ИНЗСД.

Так при лечении моксонидином экспериментальных животных с синдромом X (SHROB strain) отмечено отсутствие развития у них ожирения, обратное развитие гипертрофии левого желудочка, снижение экскреции белка с мочой более чем в два раза. На фоне лечения моксонидином улучшалась толерантность к глюкозе и чувствительность тканей к инсулину. Предполагаемыми механизмами этих благоприятных эффектов являются снижение активности симпатической нервной системы, стимуляция имидазолиновых рецепторов мозга, почек, поджелудочной железы.

В экспериментальной модели ИНЗСД моксонидин предупреждал развитие резистентности к инсулину и гиперинсулинемии, а также

повышение АД и ЧСС. Уровень глюкозы и инсулина плазмы на фоне лечения оставался неизменным как и у здоровых животных, тогда как в группе животных с нелеченной моделью ИНЗСД - значительно повышался. Моксонидин снижал симпатическую гиперактивность, связанную с углеводной (фруктозной) нагрузкой. Ингибирование симпатической активности сопровождалось снижением липолитической активности, гликогенолиза и повышением захвата глюкозы - механизмами, в значительной степени измененными при ИНЗСД.

Гиперактивность симпатической нервной системы является одной из причин повышенной агрегации тромбоцитов у больных ИНЗСД, что является фактором риска развития ИБС и др. сосудистых осложнений диабета. В клинических условиях моксонидин продемонстрировал антиагрегационный эффект, связанный, видимо, с его симпатолитическим действием. В одном из исследований эффективность и безопасность антигипертензивной терапии с использованием моксонидина оценивалась у 9295 больных с эссенциальной гипертонией. В исследовании приняли участие 1790 врачей. Представленные данные указывают на то, что активация I-1 имидазолиновых рецепторов - привлекательный путь к угнетению активности симпатической нервной системы через центральный, гипоталамический механизм и предупреждению формирования кластера факторов риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с инсулинонезависимым сахарным диабетом.

Таким образом моксонидин является эффективным антигипертензивным препаратом с минимальным числом побочных эффектов, патогенетически воздействующим на комплекс факторов риска у больных ИНЗСД (синдромом инсулинорезистентности), что обуславливает возможность его использования как антигипертензивного средства первого выбора у этой категории больных.

Более подробную информацию о препарате Цинт и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы по тел.: (095) 258 5001, факс: (095) 258 5005.

СЕРВЬЕ

ПРЕСТАРИУМ



ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНГИБИТОР АПФ

Вот уже несколько десятилетий гипертоническая болезнь остается одним из самых распространенных заболеваний, являясь основной причиной тяжелых сосудистых осложнений. Фармакологи всего мира ведут интенсивный поиск новых лекарственных средств, способных бороться с этим недугом. Как одну из наиболее важных и перспективных групп лекарственных средств для лечения артериальной гипертонии (АГ) и сердечной недостаточности, ученые-медики рассматривают ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ). Почему им уделяется такое внимание? Во-первых, эти препараты обладают несомненной терапевтической эффективностью. Во-вторых, они хорошо переносятся, опережая по этому признаку антигипертензивные препараты, обладающие другими механизмами действия. У них мало побочных эффектов и нет неблагоприятного воздействия на метаболизм, которые характерны, в частности, для блокаторов бета-адренорецепторов и диуретиков.

Механизмом действия ингибиторов АПФ является блокада фермента, превращающего неактивное вещество ангиотензин I в активное - ангиотензин II. Ингибиторы АПФ, снижая образование ангиотензина II, препятствуют его эффектам и в системном кровотоке, и в тканях. Это приводит к снижению симпатического выброса из сосудодвигательного центра, уменьшению высвобождения норадреналина из нервных окончаний, способности гладкомышечных клеток отвечать на вазоконстрикторные эффекты и, как конечный результат, к вазодилатации. Ингибиторы АПФ способны непосредственно и опосредованно через блокаду распада брадикинина высвободить эндотелиальный релаксирующий фактор, что усиливает процессы вазодилатации. Одновременно, воздействуя на тканевую ренин-ангиотензиновую систему, ингибиторы АПФ создают условия для регрессии гипертрофии клеток сосудов и сердца, что приводит к снижению преднагрузки.

Родоначальником этой группы препаратов является каптоприл,

который применяют очень широко и не только при гипертонической болезни, но и при ишемической болезни сердца, недостаточности кровообращения, легочных гипертензиях и т. д. Однако многолетний опыт его использования выявил целый ряд нежелательных эффектов, которые обусловлены наличием сульфгидрильной группы. Кроме того, он имеет короткую продолжительность действия и относительно невысокую силу связывания с ферментом. В последние годы появились новые препараты, из структуры которых исключена сульфгидрильная группа. Продолжительность их действия стала выше, сила связывания с ферментом больше и, следовательно, выше тканевая специфичность.

К этим препаратам относится и **Престариум** (периндоприл). Этому высокоэффективному ингибитору АПФ было посвящено 20 лет работы ученых Международного института научных исследований Сервье, одного из ведущих французских центров по терапевтическим исследованиям. На действующее вещество Престариума - периндоприл - было выдано 47 патентов в 38 странах, в том числе в США, Великобритании, Японии, Германии, Австралии. Эксперты в области артериальной гипертонии мирового уровня провели около 200 клинических и клинико-фармакологических исследований с участием тысяч пациентов, опубликовано более 150 научных работ. Мнение единодушное - ингибитор АПФ Престариум, созданный фармакологами группы Сервье, можно отнести к числу наиболее эффективных факторов в лечении АГ и сердечной недостаточности.

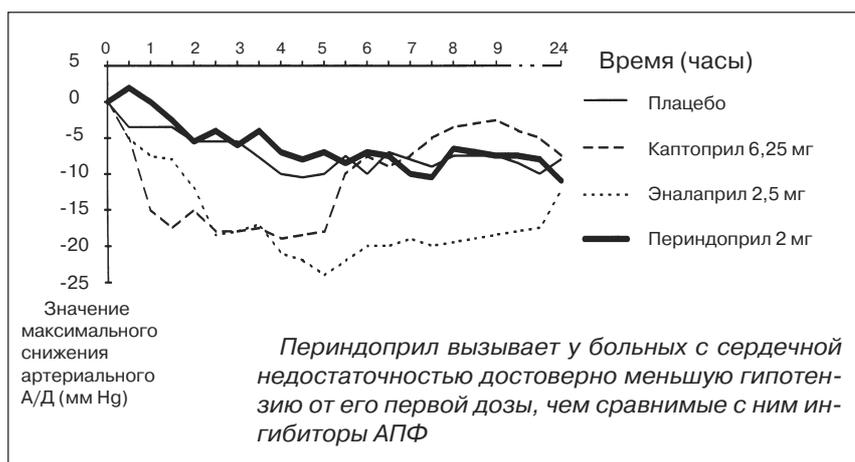
Исследования соотношения доза/антигипертензивный эффект проводились двойным слепым методом, как при однократном приеме, так и при повторных приемах; использовались также перекрестный метод и метод параллельных групп. Результаты этих исследований показывают, что Престариум при однократном ежедневном приеме 1 таблетки по 4 мг, является достоверно эффективным средством. При отмене препарата не наблюдается ни резкого повышения АД, ни изменения частоты сердечных сокращений. Эта доза эффективна как в плане общего понижения АД, так и в снижении процентного соотношения повышенных цифр диастолического давления (свыше 95 мм рт. ст.).

Антигипертензивное действие Престариума продолжается 24 часа. Причем, он не оказывает влияния на физиологические колебания АД, в том числе и ночные физиологические снижения, но контролирует утренние повышения, которые являются причиной цереброваскулярных нарушений. Это объясняет, почему препарат не вызывает ночной ортостатической гипотонии.

Престариум хорошо переносится пациентами. Он является препаратом первого выбора даже у пациентов, входящих в группу повышенного риска: люди пожилого возраста, страдающие диабетом, почечной или печеночной недостаточностью.

Более подробная информация о препарате и возможности его закупки в Представительстве фирмы Сервье:

Телефон: (095) 234 3866; факс: (095) 234 3299.





Фирма "Кнолль АГ" (Германия) поставляет на российский рынок препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (Гоптен, Изоптин, Ритмонорм, Дароб, Кливарин, Регултон, Тарка), для лечения заболеваний органов пищеварения (Панцитрат, Гептрал, Таннакомп, Дайджин), нестероидные противовоспалительные средства (Бруфен, Флугалин), препараты для коррекции обмена веществ (Активанад, Диа-Активанад, Калинор, Нейротрат форте), препараты для использования в психиатрической практике (Акинетон, Ниар), а также безрецептурные средства (Фариал, Совентол Гель) и другие.

Более подробную информацию об этих препаратах можно получить в Представительстве фирмы "Кнолль АГ" по тел.: 234 9666; факс: 234 9667.

В последние годы среди ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) появились новые препараты, применение которых значительно расширяет возможности лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Одним из таких препаратов является **Гоптен** (трандолаприл).

Метаболит гоптена - трандолаприлат является наиболее липофильным метаболитом среди ингибиторов АПФ. Это облегчает проникновение в ткани и обеспечивает максимальную ингибицию тканевых АПФ, что, в свою очередь, способствует усилению органопротекторного действия Гоптена. Элиминация Гоптена осуществляется двумя путями: примерно 1/3 через почки

и 2/3 - через желудочно-кишечный тракт. При нарушении функции почек выделения через желудочно-кишечный тракт увеличивается, поэтому применение Гоптена безопасно у больных с хронической почечной недостаточностью.

Эффективные дозы Гоптена составляют от 0,5 до 4 мг в сутки, в большинстве случаев - 2 мг/сутки (1 таблетка в сутки).

В исследовании TRACE у больных с инфарктом миокарда на фоне приема Гоптена впервые было отмечено не только уменьшение общей и сердечно-сосудистой смертности, но и статистически достоверное снижение частоты внезапной смерти (на 24%).

При лечении артериальной

гипертонии Гоптен по эффективности не уступает другим гипотензивным препаратам. Однако Гоптен при этом обладает наибольшей продолжительностью гипотензивного действия - более 2-х суток. Поэтому Гоптен обеспечивает максимальную защиту от осложнений, вызываемых повышением АД в утренние часы. Результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о способности Гоптена вызывать обратное развитие структурных и функциональных изменений в сердце, сосудах и почках у больных артериальной гипертонией.

Таким образом, можно выделить следующие основные отличительные особенности Гоптена:

ГОПТЕН

1. Самое продолжительное гипотензивное действие среди всех гипотензивных препаратов (единственный из препаратов, обеспечивающий гипотензивный эффект даже через 48 часов после приема).

2. Наиболее эффективная защита сердца, сосудов и почек за счет максимально выраженной ингибиции тканевой ренин-ангиотензиновой системы (органопротекторное действие).

3. Единственный из ингибиторов АПФ, достоверно снижающий частоту внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда.

4. Лучший препарат для лечения больных гипертонией с нарушением функции почек.

После дискуссий, связанных с публикациями Psaty и Furberg с соавт. (1995) изменилось отношение к антагонистам кальция дигидропиридинового ряда. В настоящее время коротко действующие формы нифедипина (например, коринфар) не рекомендуют использовать для длительного лечения. Наиболее эффективным и безопасным среди антагонистов кальция является верапамил (изоптин). При проведении длительного лечения артериальной гиперто-

нии предпочтение отдают пролонгированным формам антагонистов кальция. Наибольшую продолжительность гипотензивного действия имеет пролонгированная форма верапамила - **Изоптин SR**. Изоптин SR назначают в дозе 240 - 480 мг 1 раз в день.

Отличительной особенностью Изоптина SR является его способность не только снижать АД, но и уменьшать реакцию АД и ЧСС на стрессовые воздействия. На фоне приема Изоптина SR отмече-

но снижение уровня норадреналина плазмы как в состоянии покоя, так и во время стрессов. Подобным эффектом не обладают дигидропиридиновые антагонисты кальция второго поколения (например, амлодипин). В этом плане Изоптин SR превосходит даже бета-блокаторы, которые, контролируя ЧСС, не предотвращают подъема АД во время стрессов и не снижают уровень норадреналина. Изоптин SR является препаратом выбора

ИЗОПТИН SR

для лечения артериальной гипертонии у больных с повышенной ЧСС. В контролируемых исследованиях продемонстрирована также способность Изоптина SR снижать общую и сердечно-сосудистую смертность у больных ИБС. При этом наибольшее снижение смертности и частоты осложнений на фоне приема Изоптина SR отмечено у больных с артериальной гипертонией.

В исследовании CAST было выявлено, что применение антиаритмических препаратов класса I у больных с постинфарктным кардиосклерозом сопровождается повышением смертности. Поэтому препаратами выбора для лечения аритмий у больных с органическим поражением сердца стали бета-блокаторы, амиодарон и соталол.

Однако с помощью только этих препаратов далеко не всегда удается добиться клинического эффекта. У многих больных приходится использовать препараты I класса, среди которых бесспорным преимуществом обладает **Ритмонорм** (пропафенон). Он отличается от всех остальных препаратов класса I наличием бета-блокирующего

действия. Высокая эффективность Ритмонорма при различных наджелудочковых и желудочковых аритмиях показана в многочисленных клинических исследованиях. При мерцательной аритмии Ритмонорм не только купирует приступы и предупреждает их рецидивирование, но и за счет бета-блокирующего действия

РИТМОНОРМ

одновременно урежает ЧСС во время аритмии. При наличии показаний для назначения антиаритмических препаратов класса I в первую очередь целесообразно оценить эффект Ритмонорма.

Средняя суточная доза Ритмонорма - 150 мг 3 раза в день.



РАНБАКСИ

RANBAXY

Инворил (эналаприл) - блокатор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Подавляет образование ангиотензина II, тем самым устраняя его сосудосуживающее действие. Эффективно снижает периферическое сосудистое сопротивление, постнагрузку, артериальное давление, а так же уменьшает постнагрузку и давление в правом предсердии и малом круге кровообращения. После приема внутрь всасыва-

ется около 60% препарата, максимальные концентрации в плазме достигаются через 3 - 4 часа. Прием пищи не влияет на биодоступность. В организме гидролизуется до биоактивной формы - эналприлата, который является еще более мощным ингибитором АПФ. Применяют при лечении артериальной гипертонии любой формы и тяжести (в том числе реноваскулярной). Назначение Инворила больным с хронической сердечной недостаточностью (в составе комбинированной те-

рапии) приводит к улучшению клинического состояния и прогноза. Режим дозирования индивидуальный в зависимости от состояния больного. Обычная доза Инворила - 2,5 - 5 мг в сутки, средняя доза - 10 - 20 мг/сутки, в исключительных случаях дозу повышают до 40 мг/сутки, разделяя на два приема. В рекомендованных дозах Инворил очень хорошо переносится, а большинство побочных эффектов имеют преходящий характер и не требуют отмены препарата.

Противопоказаниями к на-

ИНВОРИЛ

значению препарата являются прогрессирующая азотемия при двустороннем стенозе почечных артерий, гиперчувствительность к эналаприлу и другим ингибиторам АПФ.

Форма выпуска: таблетки по 5 и 10 мг.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве компании по адресу: 129223, Москва, проспект Мира, ВВЦ, Деловой центр Технопарк, стр. 6, офис 65 - 66, тел.: (095) 974 7274, e-mail: ranbaxy@glasnet.ru.

АСТРА

ASTRA

Плендил является антагонистом кальциевых каналов и показан для лечения артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. Каждая таблетка содержит 5 или 10 мг фелодипина и позволяет поддерживать терапевтическую концентрацию препарата в течение 24 часов.

Снижение артериального давления происходит за счет снижения периферического сосудистого сопротивления.

Плендил обладает высокой избирательностью в отношении гладкой мускулатуры артериол и в терапевтических дозах не оказывает непосредственного действия на сократимость или проводимость миокарда. Препарат оказывает мягкое диуретическое действие.

Плендил эффективен при всех степенях артериальной гипертонии. Он может применяться как средство монотерапии или в комбинации, например, с бета-адреноблокаторами или диуретиками, хорошо переносится также

большими со стенокардией и застойной сердечной недостаточностью.

Плендил противопоказан при беременности и при повышенной чувствительности к компонентам препарата.

Так же как и другие вазодилататоры, Плендил может вызвать гиперемиию кожных покровов лица, головную боль, учащенное сердцебиение, головокружение, отечность в области голеностопного сустава. Проявление большинства этих реакций зависит от дозы и появляется в начале лечения или после увеличения дозы. Данные

реакции носят транзисторный характер и интенсивность их проявления уменьшается со временем.

Рекомендуется, чтобы лечение начиналось с однократного приема 5 мг. При необходимости доза может быть увеличена или добавлено другое антигипертензивное средство. Суточная доза должна приниматься однократно утром, не разжевывая, запивая водой.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы по тел.: (095) 258 1400, факс (095) 258 1442.

ПЛЕНДИЛ

ЭБЕВЕ



Седакорон (амиодарон) принадлежит к третьему классу антиаритмиков. Он является одним из самых активных антиаритмических препаратов, который к тому же обладает антиангинальным действием. Механизм действия Седакорона связан с его способностью вызывать пролонгацию потенциала действия и эффективностью рефракторного периода клеток предсердий, антиовентрикулярного со-

единения и желудочков сердца, что приводит к снижению автоматизма синусового узла, замедлению проводимости в АВ соединении, снижению возбудимости.

Препарат показан при различных аритмиях, в том числе аритмиях, устойчивых к другим антиаритмикам. Он применяется при суправентрикулярной и желудочковой пароксизмальной тахикардии; при мерцании и трепетании предсердий. Седакорон является одним из наиболее эффективных средств предупреждения пароксизмальной

тахикардии и мерцательной аритмии, а также при лечении суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии. Он эффективен также в лечении аритмий при синдромах преждевременного возбуждения желудочков (синдроме WPW и др.). Препарат дает положительный эффект при лечении аритмий, ассоциированных со стенокардией. В этом случае лечатся как аритмия, так и стенокардия. Возможно лечение нестабильной стенокардии. Доза Седакорона устанавливается индивидуально. Парентеральное введение

СЕДАКОРОН

Седакорона проводится только в стационаре.

Противопоказания: синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, синоатриальная блокада, АВ блокада, гипо- и гипертиреоз, коллапс, шок, лактация, повышенная чувствительность к йоду.

Форма выпуска: табл. по 200 мг, амп. 150 мг/3 мл.

Дополнительную информацию о применении и о возможности оптовых поставок препарата можно получить по адресу: 123060, Москва, ул. Народного Ополчения, 35; тел.: (095) 194 1987, факс: (095) 943 0448.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ. ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ

Л. И. Ольбинская, член-корреспондент РАМН, профессор, аспиранты С. А. Харитонов, Ю. В. Боченков, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

На период перименопаузы приходится около трети жизни женщины. В это время отмечаются различные отклонения деятельности органов и систем организма. Сердечно-сосудистая патология занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности у женщин в постменопаузе. До 40 - 50 лет заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертность от их осложнений, в том числе инфаркт миокарда, инсульт, у мужчин значительно выше, чем у женщин того же возраста. К 40 - 50 годам эта разница исчезает, в более позднем возрасте число женщин, страдающих ИБС, атеросклерозом, артериальной гипертензией выше, чем мужчин. Это связано с выраженной перестройкой эндокринной системы в перименопаузе. В организме женщины в репродуктивном периоде эстрогены, кроме своей основной функции, оказывают значительное влияние на сердечно-сосудистую систему. Отмечается как прямое сосудорасширяющее действие эстрогенов, влияние их на резистентность периферических сосудов к току крови, так и их опосредованное действие: эстрогены влияют на синтез нейромедиаторов, вазоактивных пептидов. Особенно важным является повышение секреции простагландинов эндотелиальными клетками и снижение выработки тромбоксанов, что приводит к значительному уменьшению баланса простагландин/тромбоксан. Недостаток синтеза эстрогенов вызывает повышенную прессорную эффективность ангиотензина II, активность ангиотензин-превращающего фермента (АПФ).

Один из возможных механизмов влияния эстрогенов на сердечно-сосудистую систему связан с недостаточностью синтеза эндотелиального фактора релаксации (оксида азота), через который опосредованно действуют многие вазодилататоры и биологически активные вещества. Эти изменения приводят к повышению артериального давления, развитию гипертонической болезни. Артериальная гипертензия отмечается у 75 - 80% женщин в постменопаузе, у 30 - 35% из них отмечается кризовое течение гипертензии.

Недостаток синтеза эстрогенов в период постменопаузы ведет к потере их вазопротективных эффектов. Повышается резистентность периферических сосудов, скорость кровотока, сердечный индекс, удельный объем крови. Изменяются показатели ЭХО-КГ: сни-

жаются минутный и ударный объем, сократительная функция миокарда. По данным некоторых авторов непосредственно низкий уровень эстрогенов (даже без повышения АД) может привести к увеличению толщины межжелудочковой перегородки сердца и стенок левого желудочка (Pines A. et al.).

Одним из нарушений в период постменопаузы, имеющих большое значение в повышении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, является изменение липидного спектра крови, связанное со снижением концентрации эстрогенов. Повышается общий холестерин, его атерогенные фракции - липопротеины низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности. В ряде случаев этому сопутствует снижение антиатерогенной фракции холестерина - липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является изменение свертывающей системы крови. У женщин в перименопаузе отмечается повышение VII фактора свертывания крови и антигенов к нему.

Для коррекции эстроген-дефицитных нарушений в период, предшествовавший появлению ингибиторов АПФ (ИАПФ) использовалась заместительная гормональная терапия, имеющая ряд отрицательных сторон. Большинство женщин неохотно идут на ее применение. Для терапии сердечно-сосудистых заболеваний, вызванных эстроген-дефицитными состояниями у женщин в постменопаузе, мы предлагаем использовать ИАПФ - капотен, ренитек, знап, эднит, моэкс и др. Они воздействуют на основные элементы в патогенезе артериальной гипертензии, связанной с дефицитом эстрогенов. Помимо снижения прессорного действия ангиотензина II, активности АПФ, они снижают артериальное давление воздействием на ОПСС, активируя гомеостатические механизмы, восстанавливая соотношение простагландин/тромбоксан, стимулируя синтез вазодилатирующих простагландинов. Кроме того, при длительном применении ИАПФ уменьшают или полностью устраняют гипертрофию миокарда левого желудочка, являющуюся основным фактором риска развития инфаркта миокарда, инсульта. ИАПФ не оказывают отрицательного воздействия на метаболические изменения в периоде постменопаузы. Даже при длительном их исполь-

зовании не повышается концентрация ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, глюкозы в плазме крови. Эти препараты оказывают положительное действие на нейровегетативный статус у женщин в постменопаузе.

При использовании ИАПФ мозксиприла (Мозкс) у женщин в постменопаузе с мягкой и умеренной артериальной гипертензией хороших и очень хороших эффекты были отмечены у 87,5% больных. При этом значимой динамики ЧСС не было. При проведении суточного мониторирования АД с интервалом измерения 15 мин. дневное и ночное систолическое и диастолическое АД, преобладание высоких цифр АД снижались, вариабельность САД и ДАД достоверно не изменялись. Важно подчеркнуть, что побочные эффекты: гипотония первой дозы, сухой кашель, сердцебиение, аллергическая реакция были достаточно редки, наблюдались у 8% больных и не потребовали отмены препарата. Биохимические показатели, в том числе липидный профиль и уровень глюкозы, за все время лечения Мозксом не изменялись.

В климактерическом периоде одним из важнейших механизмов патогенеза гипертензии является расстройство регуляции симпатической нервной системы (СНС), что способствует прогрессированию заболевания. В настоящее время в комплексной терапии артериальной гипертензии широкое применение находят агонисты имидазолиновых рецепторов. Эти препараты воздействуют на центральные и периферические имидазолиновые рецепторы, уменьшая избыточную активность СНС. При использовании препарата этой группы моксонидина (Цинт) антигипертензивный эффект наблюдался у 85% больных. Кроме того, уменьшалось высвобождение адреналина из мозгового вещества надпочечников и норадреналина из окончаний симпатических нервов, снижалась активность системы ренин-ангиотензин-альдостерон. Положительное действие на метаболические процессы (липидный и углеводный обмен) определяется снижением концентрации ЛПНП и ТГ плазмы крови, увеличивается чувствительность к инсулину, снижением толерантности к глюкозе, что важно для женщин с дефицитом эстрогенов.

Таким образом, в настоящее время имеется возможность корректировать артериальную гипертензию, а также предотвращать и лечить сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения у женщин в постменопаузе.

ТОНОКАРДИН - НОВЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Д. В. Качалков, кандидат медицинских наук

Главная задача гипотензивной терапии - снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В 2001 - 2002 годах будет завершено самое большое исследование в США по изучению прогностического влияния гипотензивных препаратов, в том числе Тонокардина - The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). В это исследование включено 40 000 гипертоников старше 55 лет, которые будут наблюдаться в течение пяти лет.

Тонокардин (доксазозин) селективно блокирует альфа-1-адренорецепторы, что приводит к снижению артериального давления за счет периферической вазодилатации и снижения общего периферического сопротивления сосудов. Это единственный гипотензивный препарат, обладающий положительным влиянием на липидный обмен, который может использоваться при любых сопутствующих заболеваниях, особенно при аденоме предстательной железы (улучшает отток мочи). Его гиполипидемический эффект подтвержден рандомизированными, двойными слепыми, кооперативными исследованиями. Препарат снижает уровень общего холестерина (от 1,2 до 4,6%) и триглицеридов (от 0,5 до 13,1%), при этом уровень ЛПВП повышается от 3,1 до 7,6%. Это влияние на липидный обмен было выявлено также при лечении больных с инсулиннезависимым сахарным диабетом, гиперхолестеринемией и у курильщиков.

Эпидемиологические исследования показали, что гипертония часто бывает связана с нарушениями толерантности к глюкозе и диабетом. Приблизительно у 50% гипертоников повышена резистентность к инсулину. При терапии Тонокардином благоприятный эффект на углеводный обмен связан с улучшением индекса чувствительности к инсулину (отношение глюкозы к инсулину), снижением уровня глюкозы и инсулина в плазме крови.

При 24-часовом мониторинговании однократная доза Тонокардина достоверно снижает артериальное давление. Пик эффекта наступает через 8 - 12 часов после приема. Длительный гипотензив-

ный эффект позволяет контролировать давление в ранние предутренние часы, когда происходит циркадное повышение активности симпатической нервной системы.

Тонокардин нивелирует вызванную курением вазоконстрикцию, увеличивая кожную температуру и кровотока.

При гипертрофии левого желудочка сердца снижается коронарный резерв, нарушается функция левого желудочка и повышается вероятность появления желудочковых аритмий, что может увеличить смертность. В нескольких международных исследованиях показано, что на фоне лечения 2 мг Тонокардина в сутки на протяжении 4 лет масса левого желудочка может существенно (от 6,8 до 13,6%) уменьшиться.

Нарушения в системе гемостаза играют важную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень фибриногена является одним из факторов риска. При лечении Тонокардином снижается уровень фибриногена и ингибитора активатора плазминогена у некурящих гипертоников и не изменяется у курильщиков. В нескольких работах было показано благоприятное влияние лечения Тонокардином на агрегационную функцию тромбоцитов.

Добавление Тонокардина к комбинированному лечению стойкой гипертонии приводит к снижению артериального давления. Тонокардин может даваться в комбинации с нифедипином, амлодипином, атенололом, каптоприлом и эналаприлом, хлорталидоном и бета-блокатором и при этом достигается желаемый гипотензивный эффект. В исследованиях у больных с гипертонией и хроническими обструктивными заболеваниями легких или бронхиальной астмой Тонокардин был эффективен без отрицательного влияния на функцию легких. Параметры легочной функции (форсированный выдох в первую секунду) не изменились или улучшились на фоне лечения.

Лечение Тонокардином достоверно снижало рассчитываемый риск появления ИБС от 15 до 45% и это в основном связано с его положительным влиянием на липидный обмен.

В настоящее время лечение гипертонии отходит от традиционных пошаговых схематических методов к более индивидуальным. Растет число специальных состояний, таких как возраст, раса, сопутствующие заболевания, качество жизни, которые могут влиять на выбор гипотензивной терапии. Эти новые положения нашли свое отражение в документах многих организаций, в том числе Всемирной Организации Здравоохранения и Интернационального Общества по Гипертонии, которые признали 5 классов гипотензивных средств (диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция и альфа-1-адреноблокаторы) как средства первой линии для лечения гипертонии.

Различия в фармакокинетических и фармакодинамических свойствах гипотензивных препаратов могут использоваться для отбора рациональной лекарственной терапии у специфических групп больных.

Гипотензивная эффективность Тонокардина не зависит от возраста, расы и функции почек. Он обладает хорошей переносимостью. Эффект первой дозы минимален, если рекомендованная доза достигается постепенно. Положительное влияние на факторы риска ИБС (улучшение липидного профиля, уменьшение гипертрофии левого желудочка, улучшение метаболизма глюкозы), делает его препаратом выбора при многих сопутствующих заболеваниях или состояниях. В сочетании с нормализацией артериального давления положительные влияния на многие метаболические процессы должны снижать риск появления ИБС и атеросклеротического поражения сосудов головного мозга.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы Плива по адресу: 117330, Москва, Ломоносовский пр-т, 38, кв. 72, тел.: (095) 143 0390, факс: (095) 232 1549.

 P L I V A

Представляем стихи ветерана центра профилактической медицины В. В. Ковальского. Это очень добрый, чуткий и отзывчивый человек, который никогда никому не отказывает в своей помощи. Сотрудникам центра очень нравятся его стихи, которыми он радовал нас в дни праздников и торжеств. Вообще-то он скромный человек и всегда стесняется, когда его просят почитать стихи, поэтому мало кто из коллег знает о его поэтическом даре. Владимир Ковальский очень любит природу, он живет ею и очень бережно переносит все переживания природы в свои стихи. У него изумительно точный живописный язык. Каждое его стихотворение, пусть даже самое маленькое, представляет собой пейзаж, натюрморт, живописную картину, которую ясно видишь перед глазами. И это неспроста, поскольку В. Ковальский помимо всего прочего еще и художник. Пусть вас, дорогие читатели поражают его стихи. Послушайте музыку слова В. Ковальского.

Г. Т. Холмогорова

ВЛАДИМИР КОВАЛЬСКИЙ



СТИХИ

* * *

Из-за леса плещет плесом
соловьиная заря.
Как сквозь пальцы, пар белесый
вьется в стеблях купыря.

На травинках паутинки -
бусы бисерной росы.
Перед лесом вдоль тропинки
колокольные овсы.

И ничем не заменить мне
красоту родной земли,
что ростовскою финифтью
прорисована вдаль.

* * *

Месяц в небе оступился,
поблуднел и в пруд свалился.
То не рыбка под водой -
тонет серпик золотой.

Рдеет даль. Редуют звезды.
Вербка в свадебной фате.
Только свежесть, только воздух, -
только кольца по воде...

* * *

Александрю Блещунову

Закат венчает алыми цветами
точенье вершины гордых гор.
Легенды-демоны над саклями витают,
и звезды продолжают разговор.

И каждый вечер на крутых откосах,
где вечных ледников дымится лед,

царица-ночь зарю вплетает в косы
и на свиданье Лермонтова ждет.

И он приходит ветровым порывом
Санкт-Петербургом проклятый поэт,
и светится во мраке над обрывом
под буркой тучи лунный эпolet!

* * *

Климу Гончаренко

Заблудилась на просеках осень.
Иней выбелил лисий лес.
В каждой луже, не выпитой лосем,
гасит проседь этюды небес.

Не без грусти кочующих листьев,
с верой в будущее тепло
облака и рябинные кисти
тайно вставлены под стекло.

* * *

Лунный луч, проклюнув тучи,
в сумерках умельцем смелым
суету травы и сучьев
на лету штрихует мелом.

Ветер свистом листья гонит
в захоластие ложбинок,
забивая в подоконник
горсть серебряных дождинок.

Карандаш в тайник блокнота
прячет строчек вереницы.
А в подлеске на болотах
плачет осени Жар-птица.

* * *

Небо тучей запеленуто
и в серебряных плащах
по дорожкам запыленным
каблочки дождя стучат.

Дачный домик по-избушечьи
завалился на бочок.
И в печи почти игрушечной
шепелявит язычок.

Я люблю тебя, Аленка! -
ты - и жизнь моя и смерть, -
как сорвавшийся с галерки
вниз башкой аплодисмент.

У крылечек все доверчивей
каблочки дождя стучат
и, ушедшими далече,
возвращаются назад.

* * *

Все крылечки снегом завалены
и дорожки заметены.
Разговаривать на завалинках
станут галки теперь до весны.

То о чем-то повздорят с сороками,
то затеют купанье в снегу,
то взлетят на березку высокую
посудачить в семейном кругу

о житье-бытье и о солнечном,
ослепительно-солнечном дне,
о таком световом паломничестве,
словно Мекка у нас на Шерне.

ТЕСТ • ТЕСТ • ТЕСТ • ТЕСТ • ТЕСТ • ТЕСТ • ТЕСТ

Глубоко ошибается тот, кто считает, что о своем здоровье должны заботиться только люди среднего, если не старшего возраста. И в молодости человек должен беречь свое здоровье. Иначе старость он встретит далеко не в лучшей форме. Гармонично развитый человек должен быть спортивным, подтянутым. Не случайно древние говорили: "В здоровом теле - здоровый дух".

Как же вы относитесь к своему здоровью? Узнать это, надеемся, поможет тест, который нам любезно предоставили сотрудники ГНИЦПМ. За каждый ответ "а" вы получите 4 очка, за "б" - 2, за "в" - 0.

1. Как известно, нормальный режим питания - это плотный завтрак, обед из трех блюд и скромный ужин.

А какой режим питания у вас:

- а) именно такой, к тому же вы едите много овощей и фруктов;
- б) иногда бывает, что вы обходитесь без завтрака или обеда;
- в) вы вообще не придерживаетесь никакого режима.

2. Курите ли вы:

- а) нет;
- б) да, но лишь 1 - 2 сигареты в день;
- в) курите по целой пачке в день.

3. Употребляете ли вы спиртное:

- а) нет;
- б) иногда выпиваете с приятелями или дома;
- в) пьете довольно часто, бывает, что и без повода, среди бела дня.

4. Пьете ли вы кофе:

- а) очень редко;
- б) пьете, но не больше 1 - 2 чашек в день;
- в) не можете обойтись без кофе, пьете его очень много.

5. Регулярно ли вы делаете зарядку:

- а) да, для вас это необходимо;
- б) хотели бы делать, но не всегда удается себя заставить;
- в) нет, не делаете.

6. Вам доставляет удовольствие ваша работа:

- а) да, вы идете на работу обычно с удовольствием;
- б) работа вас в общем-то, устраивает;
- в) вы работаете без особой охоты.

7. Принимаете ли вы какие-то лекарства:

- а) нет;
- б) только при острой необходимости;
- в) да, принимаете почти каждый день.

8. Страдаете ли вы от какого-то хронического заболевания:

- а) нет;
- б) затрудняюсь ответить;
- в) да.

9. Используете ли вы хотя бы один выходной для физической работы, туризма, занятия спортом:

- а) да, а иногда и оба дня;
- б) да, но только когда есть возможность;
- в) нет, заниматься предпочитаете домашним хобби.

10. Удачен ли ваш брак:

- а) да;
- б) не особенно;
- в) неудачен.

11. Удовлетворяет ли вас ваша интимная жизнь:

- а) да;
- б) не совсем;
- в) нет.

12. Как вы предпочитаете проводить свой отпуск:

- а) активно занимаясь спортом;

б) в приятной, веселой компании;

в) для меня это - проблема.

13. Есть ли что-то, что постоянно раздражает вас на работе или дома:

- а) нет;
- б) да, но вы стараетесь избежать этого;
- в) да.

14. Есть ли у вас чувство юмора:

- а) ваши близкие и друзья говорят, что есть;
- б) вы цените людей, у которых оно есть, и вам приятно их общество;
- в) нет.



Ответы:

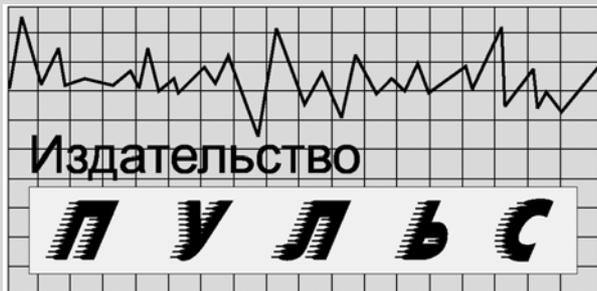
От 38 до 56 очков. У вас есть шансы дожить до ста лет. Вы следите за своим здоровьем больше, чем за чем-то другим, у вас хорошее самочувствие. Если вы и дальше будете вести здоровый образ жизни, то сохраните энергичность, активность до глубокой старости... Будьте только внимательны при переходе улиц!

Но подумайте, не слишком ли много сил вы тратите на то, чтобы поддерживать себя в форме? Не лишаете ли вы себя при этом некоторых маленьких удовольствий? Не пренебрегайте ими, без них жизнь может показаться вам слишком пресной. А радость - это тоже здоровье!

От 19 до 37 очков. У вас не только хорошее здоровье, но часто и хорошее настроение. Вы, вероятно, общительны, часто встречаетесь с друзьями. Вы не отказываетесь и от удовольствий, которые делают вашу жизнь разнообразной.

Но подумайте, не будут ли некоторые ваши привычки с годами иметь последствия для вашего здоровья? Пересмотрите ваш образ жизни, подумайте, достаточно ли вы занимаетесь спортом, не слишком ли вы увлекаетесь спиртным и сигаретами. И согласитесь, приятельские отношения можно поддерживать не только дома, в компании, но и на теннисном корте, стадионе, в походе...

От 0 до 18 очков. Ваше здоровье зависит прежде всего, от вас. Но вы слишком легкомысленно к нему относитесь. Вероятно, вы уже жалуетесь на свое здоровье или эти жалобы, увы, не заставят себя долго ждать. Не слишком надейтесь на лекарства. Если вы пока не бегаете по врачам, то эта "заслуга" только вашего здорового организма, что не может продолжаться до бесконечности. Откажитесь, пока не поздно, от сигарет и спиртного, упорядочите режим питания.



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

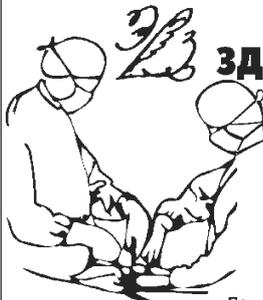
- # монографий
- # книг
- # пособий для врачей
- # брошюр
- # каталогов
- # проспектов
- # методических материалов
- # медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

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

Контактный тел./факс 465 4854.



ЖУРНАЛ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭЛИТЫ "ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"



Аналитические материалы для практиков по бухгалтерскому учету, планированию, организации в учреждениях здравоохранения.

Подписной индекс: каталога Роспечати - 71759, каталога Деловой Прессы - 41978

Контактные телефоны: 530-59-26, 979-92-09, 979-92-66, 219-75-29.



"Патофизиология". Современные научные знания о работе отдельных органов и систем человека в условиях здоровья и болезни рассмотрены в книгах этой серии с позиции фундаментальной медицинской науки - патофизиологии. Практические врачи, научные работники и студенты найдут много новых и полезных сведений, облегчающих понимание этиологии, патогенеза и клинической картины заболеваний.

В июле 1997 года вышла в свет книга Майкла Гриппи "Патофизиология легких". Монография является кратким руководством по физиологии и патофизиологии дыхания. В ней рассмотрены структура легких, механика дыхания, механизмы развития бронхоконстрикции, хронической обструктивной и интерстициальных болезней легких. Представлены сведения о газообмене и транспорте газов в организме, особенностях легочного кровообращения и механизмах развития отека легких, механизмах гуморальной и нервной регуляции дыхания, патофизиологии дыхательной недостаточности, особенностях работы легких в условиях физической нагрузки.

В книге представлено более 200 иллюстраций для освещения современных сведений о структуре и функции легких в норме и при развитии патологических процессов.

Книга состоит из 4 разделов, 20 глав. Стоимость в магазине издательства - 24 тысячи рублей.

Вышли в свет следующие книги: Ф. Циммерманн "Клиническая электрокардиография", Дж. Шейман "Патофизиология почки", В. В. Руксин "Неотложная кардиология". Готовятся к выходу - М. Вуд "Секреты гематологии и онкологии", Э. Резник "Секреты урологии", Дж. Хендерсон "Патофизиология органов пищеварения".

Более подробную информацию можно получить в Издательстве "Бином" по адресу: 103473, Москва, а/я 133, тел.: (095) 973 9063, 973 9064; факс: (095) 978 1631.



С 4 по 6 декабря 1997 г. в Государственной центральной научной медицинской библиотеке пройдет московская зимняя универсальная ярмарка на тему: "КНИГА. МЕДИЦИНА. ЗДОРОВЬЕ-97".

На ней будет представлен широкий спектр литературы по медицине, экологии, физкультуре, спорту и туризму, питанию, ветеринарии; научно-популярные книги, в том числе по нетрадиционным и народным методам лечения.

Дополнительную информацию о ярмарке можно получить в АО "Московские международные книжные ярмарки" по тел.: 452 3673, 452 3682, 120 8175; факс: 452 3673, 452 3682, 128 8739.

Газета зарегистрирована Комитетом Российской Федерации по печати
Регистрационный номер 014489 от 16.02.96 г. Издаётся 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 "Пuls"

Цена
договорная