

ГОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

БОЛЬНИЦА

№ 8
1998

**НАУКА И
ПРАКТИКА
МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ
КАРДИОАНГИОЛОГИИ**

стр. 3 - 10

**Лекарства
для лечения
сердечно-
сосудистых
заболеваний**

стр. 11 - 16



**Н. Коростелев
Не только
лекарства**

стр. 18 - 19



Д. Г. Иоселиани: “Мы располагаем уникальным для нашей страны опытом эндоваскулярного (катетерного) восстановления кровоснабжения мышцы сердца при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии”.

Во всем мире сердечно-сосудистые заболевания стали "убийцей № 1". Сегодня уже достоверно известны основные причины возникновения самого распространенного из них - ишемической болезни сердца (ИБС): курение, дислипидемия, артериальная гипертония. Во многих региональных, национальных и международных исследованиях изучаются распространенность и факторы риска, разрабатываются программы, способные прогнозировать заболеваемость и смертность, внедряются методы профилактики.

Возможности сердечно-сосудистой хирургии позволяют предотвратить до 40 процентов случаев гибели пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца. В США, например, рассчитывают увеличить к 2010 году инвестиции в решение этой проблемы до 86 млрд. долларов (сейчас расходуется 46 млрд.).

Российским специалистам принадлежит приоритет в разработке методов кардиохирургического лечения, однако пока оно недоступно большинству наших пациентов. В Европе ежегодно на 1 миллион жителей проводят около 600 подобных операций, в США - более 1500, у нас же - в сто раз меньше.

Сердечно-сосудистая хирургия - медицина высоких технологий, она может развиваться только получая необходимое финансирование.

ПРОМЕДЛЕНИЕ СМЕРТИ ПОДОБНО...

Как и во всех развитых странах, сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре заболеваемости Москвы. За последние пять лет удельный вес болезней системы кровообращения в общей структуре заболеваемости по обращаемости остается примерно на одном и том же уровне.

Коечный фонд по официальной статистике на 01.98 г. составил 4106, в том числе для больных инфарктом миокарда - 2133. Динамика изменений коечного фонда связана с проводимыми ремонтами кардиологических отделений.

Имеется тенденция к увеличению объема госпитализации в кардиологические отделения (с 0,66 в 1993 г. до 0,73 в 1997 г.) Обеспеченность кардиологическими койками, в том числе для больных инфарктом миокарда, остается на прежнем уровне.

Отмечается значительное снижение летальности, как в кардиологических отделениях, так и в отделениях для больных инфарктом миокарда. В 1993 г. летальность в кардиологических отделениях была 3,6%; в 1997 г. - 2,2%; в кардиоинфарктных отделениях соответственно - 3,8 и 2,2%.

Снизилась летальность от всех болезней системы кровообращения в 1997 г. - 9,1% (1993 г. - 11,3%), в том числе от острого инфаркта миокарда (1993 г. - 25,9; 1997 г. - 22,2%).

Сократилась средняя длительность пребывания больного на койке.

В течение последних пяти лет продолжается реорганизация стационарного этапа. Существовавшие ранее 6-коечные блоки интенсивной терапии при кардиологических отделениях для больных инфарктом миокарда не соответствовали современной стратегии и тактике лечения кардиологических больных. В связи с этим многие из них были преобразованы в отделения неотложной кардиологии на 50 коек с блоком кардиореанимации на 12 коек (ОНК с БКР). С введением специальности "врач-кардиореаниматолог" и "медицинская сестра кардиореанимации", реорганизация проведена в больницах города (им. С. П. Боткина, №№ 52, 81, 15, 68, 67, 51, 7, 13, 36, 29, 79, 40, 57, 59, 4, 55, 11, 23, 20, 63, Спасо-Перовский госпиталь мира и милосердия).

В связи с окончанием трехлетнего экспе-



римента Комитетом здравоохранения передано ходатайство в Минздрав РФ о создании новой организационной структуры по оказанию экстренной кардиологической помощи в стационарах города, а также введению в перечень медицинских профессий и врачебных должностей постоянной специальности "врач-кардиореаниматолог" и "медицинская сестра кардиореанимации".

Предварительный анализ данных эксперимента показал, что в больницах, участвующих в эксперименте общая летальность в среднем снизилась на 20%; летальность от острого инфаркта миокарда на 20%; количество пролеченных больных в среднем увеличилось на 72%; койко-день в блоке кардиореанимации возрос в 2 - 3 раза. Реорганизация дает возможность организовать непрерывное динамическое наблюдение даже в случаях отсутствия одного из врачей (консультация, прием больного, и т. д.); вдвое увеличить объем проводимых мероприятий, внедрить новые методики, улучшить качество обслуживания и лечения пациентов, профилебельность поступления больных.

(Из доклада Комитета здравоохранения о состоянии здоровья населения Москвы в 1997 году).

От редакции. Ходатайство Комитета здравоохранения Москвы о создании эффективной организационной структуры, призванной существенно улучшить медицинскую помощь больным кардиологического профиля, передано в Минздрав РФ в конце прошлого года. До сих пор на него нет ни положительного, ни отрицательного ответа... Причины для оправдания этой ответственности у чиновников, наверное, найдется много. Жаль только, что жизнь тысяч людей, для которых промедление смерти подобно, в расчет не принимается.

Московский научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии

Центр был образован два года назад, но несмотря на “молодость” уже успел заслужить уважение коллег по врачебному цеху и искреннюю признательность многих пациентов.

В июне в Центре прошла научная конференция “Эндоваскулярная терапия больных с разными формами ишемической болезни сердца (опыт разных регионов России)”.

Она совпала с 55-летием со дня рождения и 30-летием научной и практической деятельности директора Центра, председателя секции интервенционной кардиоангиологии Московского научного общества кардиологов им. А. Л. Мясникова, лауреата Государственной премии СССР, профессора Давида Георгиевича Иоселиани.

Редакция газеты “Больница” присоединяется к поздравлениям коллег.

Директор Московского научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Давид Георгиевич Иоселиани прямо перед нашей беседой установил пациенту протез сосуда сердца. Операция прошла успешно, врачебная бригада работала слаженно. Настроение у профессора, доктора медицинских наук, было хорошее.

- То, что мы сейчас сделали, поможет больному вести нормальный образ жизни, избежать приступов стенокардии. Также мы предупредили развитие острого инфаркта миокарда. Пациент поступил к нам в предынфарктном состоянии. Мы провели ангиографию и оказалось, что один сосуд, снабжающий кровью сердце, практически закрыт. Сначала сделали баллонное расширение, однако оно принесло недостаточный эффект, после чего был установлен протез фирмы “Джонсон и Джонсон”.

Должен заметить, что подобные операции не нечто экстраординарное, а почти рутинное для Центра дело. Если где-то в стране подобные вмешательства только-только начинаются, то у нас уже накоплен большой опыт как баллонных ангиопластик, так и установки протезов. В данном случае примененная нами методика позволила избежать аортокоронарного шунтирования - операции сложной, сопровождающейся общим наркозом, большой кровопотерей. После нее полностью восстанавливается через два-три месяца, а наш пациент послезавтра в принципе смог бы уйти домой. Мы держим несколько дольше, так как первые пять-шесть дней существует опасность тромбоза этого протеза, и в этом случае нет гарантии, что “скорая” привезет его именно в наш Центр.



На Западе, где подобные накладки - редкость, больной больше двух дней после подобного вмешательства в клинике, как правило, не проводит.

- Если не секрет, сколько лет вашему пациенту? Каков вообще возрастной состав больных, попадающих в Центр кардиоангиологии, какова их основная патология?

- Сегодня протезировали шестидесятирехлетнего. Но есть среди наших пациентов и восьмидесятилетние, есть, к сожалению, и те, кому тридцать с небольшим - неправильный образ жизни, стрессы не щадят в наше время и сравнительно молодых людей.

Спектр заболеваний, при которых Центр оказывает помощь, достаточно широк - от впервые возникшей стенокардии и тяжелых форм инфаркта миокарда до заболеваний сосудов, кровоснабжающих основные органы и ткани. Мы располагаем уникальным для нашей страны опытом эндоваскулярного (катетерного) восстановления кровоснабжения мышцы сердца при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии.

- Как я понимаю, применяемая в Центре методика - щадящая, позволяющая больному как можно скорее оправиться от недуга, стать практически здоровым...

- Скажу больше - метод в определенной степени альтернативен операции с искусст-





венным кровообращением. Однако если полностью закрыт сосуд, он неприменим. Необходимое условие для успешного лечения - мы должны иметь возможность провести через сосуд тоненький проводник, по которому направляется баллонный катетер, ликвидирующий атеросклеротическую бляшку или тромб.

В противном случае хирургического вмешательства не избежать. Именно поэтому сейчас готовимся выполнять операции по аортокоронарному шунтированию. Необходимо лишь дооснастить оборудованием и пригласить еще двух-трех высококвалифицированных специалистов.

Выбирая ту или иную методику лечения, мы пользуемся собственными диагностическими исследованиями сосудов и левого желудочка. Коронарография определяет нашу тактику - рекомендовать больному лекарства, делать ему ангиопластику или протезирование, или же хирургическую операцию.

- Образовался Центр сравнительно недавно - два года назад. Какова его предыстория?

- Я в течение почти тридцати лет работал в институте имени Бакулева, где руководил всей службой неотложной кардиологии, в том числе и интервенционной. База наша находилась в московской больнице № 15. Очень хорошо было налажено сотрудничество между федеральным научным учреждением и городской клиникой. Когда мы в начале восьмидесятых открыли там отделение, это было самое начало применения интервенционной кардиологии у нас в стране. Ездили в командировки за рубеж, учились, накапливали собственный опыт. И к какому-то времени появилась возможность перевести этот в некотором роде экспериментально-научный метод на рельсы более обыденные, поставить на поток, если можно так выразиться. Обратились к мэру Москвы Юрию Михайловичу Лужкову с предложением создать городской Центр. Взаимопонимания достигли сразу, получили средства на покупку современного ангиографического оборудования. Сначала планировали создать Центр на базе все той же 15-й больницы. Но аппетит приходит во время еды, поэтому, не теряя того, что уже имели (66 коек в ГКБ № 15), начали подыскивать отдельное помещение с большим количеством коек и большими возможностями. Терапевтический корпус больницы № 6 в Сверчковом переулке, где сейчас находится наш Центр, требовал безотлагательного капитального ремонта, так как здание почти рассыпалось. Но его месторасположение позволяло охватить еще один большой район города. Нам его отдали. Комитет здравоохранения города выделил средства на его реконструкцию. Оборудовали операционные, поставили диагностическую аппаратуру, подготовили палаты для больных, общей численностью на 200 коек, и два года мы принимаем здесь пациентов. Вдо-

бавок к этому нам выделили реабилитационный центр в подмосковном Быково на 90 коек. При разумной постановке дела этого вполне достаточно, чтобы обеспечить нуждающихся в кардиоангиологической помощи по всей столице. Потребность города в наших процедурах составляет 3,5 - 4 тысячи в год. При наличии пяти оборудованных операционных планируем в ближайшие несколько лет выйти на этот уровень.

- Содержать такую разветвленную инфраструктуру не просто, да и операции дорогостоящие. Из каких источников финансируется работа Центра?

- Получаем деньги из бюджета города. К нашим проблемам с пониманием относится Правительство Москвы, Комитет здравоохранения.

Есть вещи, без которых обходиться просто невозможно. Если у меня не будет хорошей операционной, я не смогу работать. На сегодняшний день наилучшие из них делают три фирмы - "Сименс", "Филипс" и "Дженерал электрик". В свое время мы отдали предпочтение первой фирме. При незначительной разнице в самом оборудовании продукция "Сименс" оказалась дешевле почти в два раза. Средства на ее приобретение выделил муниципалитет.

Должен заметить, что лечение в Центре для москвичей при наличии полиса обязательного медицинского страхования - бесплатное. А если учесть, что тот же протез стоит порядка полутора тысяч долларов - средства на закупку идут из бюджета, - становится ясно, что забота о здоровье горожан для мэрии - не пустой звук. Получаем деньги и от страховых компаний.

Когда нашему Центру отошел санаторий в Быково, там одновременно проходили ле-



чение лишь 10 - 15 человек. И это при наличии 150 коек. Предприятие было убыточным. Сократили количество коек до 90 и сейчас все они заняты. Во-первых, туда поступают на долечивание пациенты нашего Центра, а также помещаем туда и больных по направлениям поликлиник. Отделение реабилитации стало рентабельным за счет средств, поступающих нам по страховой медицине.

Есть небольшой процент и платных больных - не москвичей.

- Можете ли поделиться своими наблюдениями о состоянии кардиопомощи в московских поликлиниках, ведь именно оттуда к вам поступает большая часть пациентов?

- Не хотелось бы обижать коллег из поликлиник, но те больные, которые попадают к нам, зачастую пребывают в крайне запущенном состоянии. В свое время огромные деньги были потрачены на создание мощных консультативно-диагностических центров и при больницах, и вне их. К сожалению, приходится перепроверять все данные, полученные оттуда. Причина проста - устарела аппаратура, считавшаяся на момент их создания передовой, да и врачи там работающие, далеко не всегда в курсе всех новейших методов.

Особый талант в данном случае не требуется. Необходимо знание современных стандартов - если у человека стенокардия, врач должен выписать либо антагонисты кальция, либо пролонгированные нитраты, либо бетаблокаторы. А если он начинает изобретать велосипед - лечить чуть ли не гликозидами, что противопоказано (а на моей памяти были и такие случаи), или же назначает препарат, устаревший 15 - 20 лет назад, это уже элементарная некомпетентность.

Повысить их квалификацию, думается, можно было бы путем ротации. Поясню, что имею в виду. Врачи больниц должны консультировать коллег в поликлиниках, определенное количество времени вести

совместный прием, а пос-

ледним в свою очередь не стало бы лишним определенный период поработать в стационарах. А пока полного взаимопонимания нет, и это вполне может привести к непоправимым последствиям.

Вот трагический случай. Мы поставили больному протез, а после этого тридцать - сорок дней пациент просто обязан принимать препарат тиклид. Он придуман специально для того, чтобы не тромбировались протезы. Пациента мы выписали, дали четкие рекомендации. Он пришел в поликлинику, и там ему назначили лечение другим препаратом, с абсолютной уверенностью в собственной правоте и непогрешимости. Через двадцать дней больной попал к нам с обширнейшим инфарктом миокарда и спасти его уже не было никакой возможности.

- Не удивительно, что многие обладающие большими деньгами люди предпочитают поправлять здоровье в иностранных клиниках...

- Если человек принял решение лечиться за рубежом, никогда его не разубеждаю. Но приведу один пример.

У моего хорошего знакомого тяжелая форма стенокардии. Несколько месяцев назад назрела ситуация, когда ему пора было делать ангиографию и решать, как лечить болезнь далее. Он человек состоятельный и, как я понял из беседы, предпочитает лечиться за рубежом. Отговаривать его не стал, так как по уровню сервиса западные клиники наши, как правило, превосходят, а опыт в проведении ангиопластики накоплен немалый. Он уехал в Швейцарию, где ему сделали ангиографию и поставили протез. Однако на сей раз еще там возникли осложнения, и в Россию он прибыл с обширной гематомой, повышенной температурой и долечивать его пришлось уже мне. С большим трудом удалось это сделать.



Через месяц заболевает его сын. Ему 41 год, тоже стенокардия. Проводим исследования у нас в Центре - наблюдаем резкое сужение сосуда. Ставим протез и через четыре дня он уходит домой. Сейчас работает и о болезни почти забыл.

Что в этом случае было интересно для меня - и у отца, и у сына были выявлены практически идентичные повреждения сосудов - и это позволило провести достаточно редкие научные наблюдения.

- В июне на базе вашего Центра прошел научный семинар. Каковы его итоги?

- В конференции по теме "Эндovasкулярная терапия больных с различными формами ишемической болезни сердца" приняли участие представители разных городов России. Количество московских докладов было невелико. В основном слушали, как обстоят дела в области ангиопластики в регионах. И это не случайно. Ведь на любом чисто столичном форуме мы обмениваемся мнениями с коллегами, достижения которых в большой степени известны. Здесь же был взгляд со стороны. Любопытными оказались выступления докладчиков из Иваново, Екатеринбург, Новосибирска, Санкт-Петербурга. И это еще раз показывает, что интервенционная кардиоангиология в стране развивается. Конечно, до уровня, скажем США, где ежегодно проводится около трехсот тысяч ангиопластик, нам еще далеко, но метод получает все большее распространение не

только в столице, но и в России в целом.





Как театр начинается с вешалки, так и первое знакомство с Центром начинается с **приемного отделения** (заведующая - врач первой категории А. Б. Левандовская).

Здесь больного принимают опытные врачи и медицинские сестры, готовые при необходимости оказать первую медицинскую помощь. Сюда поступают пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Их направляют в плановом порядке городские поликлиники и другие лечебные учреждения для специализированного обследования или уточнения диагноза, коррекции терапии, проведения ангиографии или ангиопластики венечных и других сосудов, кровоснабжающих жизненно важные органы, а также для выполнения сосудис-

БЛИЖАЙШИЙ ПУТЬ К СЕРДЦУ...

тых операций. Другая категория больных доставляется бригадами скорой и неотложной медицинской помощи.

“С сожалением должна констатировать, - замечает заместитель директора по лечебной работе Галина Викторовна Шишкина, - что бригады “неотложки” может быть в силу привычки, может еще по каким-либо причинам отвозят “инфарктников”, в ос-

Чтобы попасть на лечение в Московский научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии от пациента требуются:

направление участкового терапевта поликлиники по месту жительства, полис обязательного медицинского страхования, электрокардиограмма, краткая выписка из истории болезни.

новном, в НИИ скорой помощи имени Склифосовского. Нам же они поступают не так часто, как могли бы. Между тем все условия для оказания экстренной по-

мощи в нашем Центре созданы. Скажу больше - мы располагаем уникальным для на-



шей страны методом эндоваскулярного (катетерного) восстановления мышцы сердца при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии”.

Именно для этих целей в Центре действует **кардиологическое отделение для лечения больных острым инфарктом миокарда**, которое возглавляет кандидат медицинских наук С. В. Роган. Главная задача отделения - оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам с наиболее тяжелыми формами ишемической болезни сердца - ост-

рыми расстройствами венозного кровообращения (острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия), а также научная разработка современных подходов к лечению этих заболеваний. В отделении проводят лабораторно-инструментальное обследование и лечение пациентов. Наряду с “классическими” медикаментозными средствами лечения здесь используют эффективный метод эндоваскулярного восстановления нарушения венозного кровообращения - транслюминальную баллонную ангиопластику и внутрикоронарный тромболитис. В этом же отделении определяют показания к хирургическому лечению больных с острыми состояниями. Располагая наибольшим в стране опытом эндоваскулярных методов лечения пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, сотрудники отделения разработали рациональную тактику ведения этих больных. Она нашла применение в некоторых кардиологических и кардиохирургических клиниках нашей страны.



В отделении ангиологии и сосудистой хирургии (руководитель - кандидат медицинских наук А. С. Ярошук) оказывают помощь больным с врожденными и приобре-



тенными заболеваниями сосудов: аорты, артерий, питающих головной мозг и внутренние органы, сосудов верхних и нижних конечностей, венозной системы (посттромбофлебитический синдром, варикозная болезнь нижних конечностей). Проводится также лечение больных с артериальной гипертензией. В случаях артериальной гипертензии сосудистого генеза выполняются процедуры ангиопластики и операции на соответствующих сосудах. Вра-

чи используют также мало-травматичные оперативные вмешательства - транслюминальную баллонную ангиопластику и стентирование сосудов. При патологии венозной системы применяется склерозирующая терапия, что позволяет избежать травматичности хирургических вмешательств и значительно сокращает время пребывания больного в стационаре.

Отделение кардиологии № 6 (и. о. заведующей отделением, врач первой катего-

Участковым врачам-кардиологам следует помнить, что сегодня кроме коронарографии, другого метода точной диагностики патологии коронарных артерий нет. Суть процедуры в следующем. Катетер через сосуды проводится в пораженную атеросклерозом коронарную артерию. Далее она заполняется контрастным веществом и производится киносъемка, на которой точно локализуется пораженный участок, который может привести больного к инфаркту миокарда.

рии И. Е. Чернышева) с блоком интенсивной терапии (на базе ГКБ № 15) в какой-то степени является alma

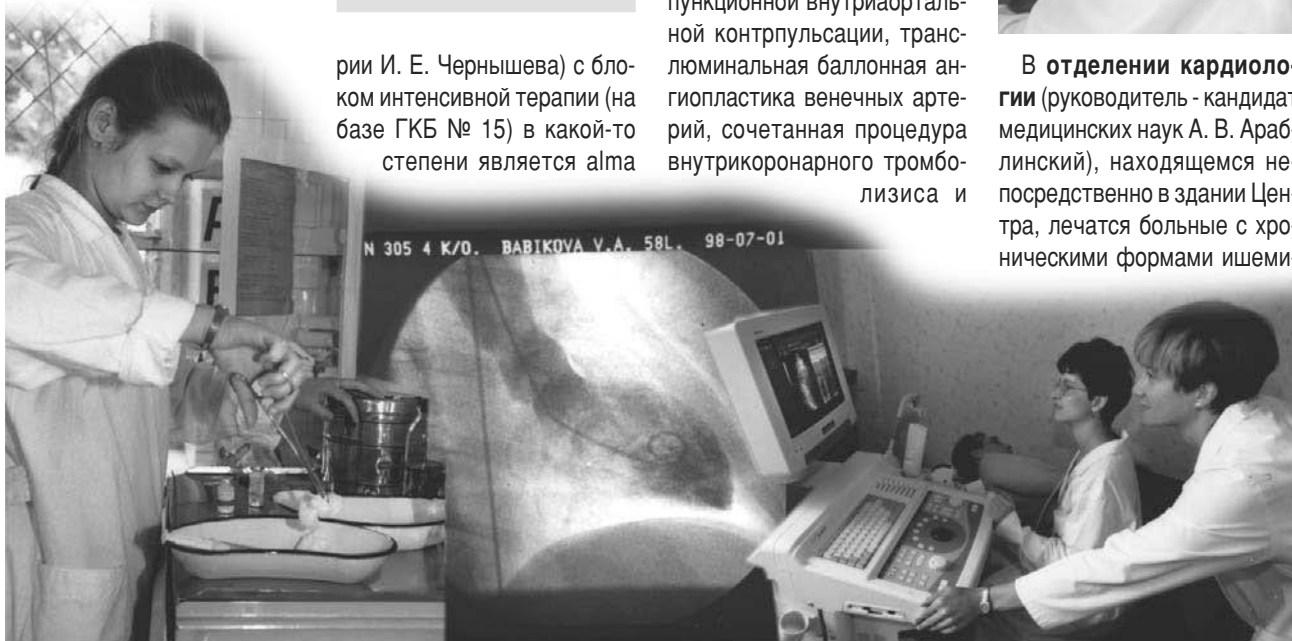


mater всего Центра. Созданное по инициативе академика РАМН В. И. Бураковского, оно предназначалось для внедрения в практическое здравоохранение самых современных достижений кардиологии и кардиохирургии в лечении ишемической болезни сердца вообще и острого инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии в частности. Отделение, возглавляемое со дня его открытия (1986 г.) нынешним директором Центра профессором Иоселиани за годы существования превратилось в одну из ведущих клиник страны по лечению неотложных состояний в кардиологии. Впервые в России больным острым инфарктом миокарда здесь были выполнены процедуры пункционной внутриаортальной контрпульсации, транслюминальная баллонная ангиопластика венечных артерий, сочетанная процедура внутрикоронарного тромблизиса и

внутриаортальной контрпульсации, протезирование инфарктзависимой венечной артерии. В отделении выполняются сложнейшие эндоваскулярные и хирургические процедуры у больных с разными формами ишемической болезни сердца и высоким риском серьезных осложнений.



В отделении кардиологии (руководитель - кандидат медицинских наук А. В. Араблинский), находящемся непосредственно в здании Центра, лечатся больные с хроническими формами ишеми-



Специалисты Центра напоминают, что факторы риска ишемической болезни сердца делятся на две группы: те, изменить которые невозможно, и те, на которые можно повлиять. К первой группе относятся пол, возраст и наследственность. Чаще ИБС болеют мужчины. С возрастом опасность заболевания увеличивается и для мужчин, и для женщин. Лица, у которых ближайшие родственники страдают ИБС (особенно если перенесли инфаркт миокарда до 50 лет), имеют неблагоприятную наследственность и повышенный риск заболеть ИБС.

Из факторов риска, на которые можно повлиять, наибольшее значение имеют курение сигарет, гиперхолестеринемия, и артериальная гипертензия. Менее доказано влияние на развитие ИБС сахарного диабета, низкой физической активности, избыточной массы тела.



ческой болезни сердца, с различными формами кардиомиопатий, с пороками сердца. Основным практическим направлением отделения является обследование и лечение больных с разными формами ИБС и их подготовка к проведению коронарографии и транслюминальной баллонной ангиопластики и к другим эндоваскулярным процедурам. Врачи определяют показания к выполнению операции прямой реваскуляризации миокарда и к другим хирургическим вмешательствам на сердце. Среди научных задач - изучение ближайшего прогноза больных и функционального состояния сердца после медикаментозного лечения, эндоваскулярных и хирургических вмешательств, разработка профилактических мероприятий по предупреждению рестенозов и реокклюзий сосудов после эндоваскулярных и хи-

рургических вмешательств.

Название **отделения рентгенологии и рентгенохирургических методов диагностики и лечения** (науч-

ный руководитель - профессор Д. Г. Иоселиани) говорит само за себя. Здесь осуществляют рентгенохирургические лечебные процедуры восстановления нарушенного кровообращения сердца при остром инфаркте миокарда в первые часы заболевания.

Центр в этом направлении занимает лидирующее положение не только в Москве, но и в России. Ангиопластика применяется не только у больных с разными формами ИБС, но и у пациентов, страдающих атеросклеротическими сужениями или окклюзиями артериальных сосудов различной локализации (повздошно-бедренные, почечные, плечеголовые артерии).

Предупреждение грозных осложнений и стабилизацию функциональных систем

организма пациента обеспечивают **отделы реаниматологии** (заведующая Л. А. Трифонова) и **анестезиологии** (заведующий И. С. Арабаджан). Так же как и лечение больных в первые сутки после эндоваскулярных и хирургических вмешательств. В отделе работают специалисты с большим опытом по оказанию экстренной помощи и лечению крайне тяжелых больных инфарктом миокарда, поступающих со сложными нарушениями ритма сердца, в состоянии кардиогенного шока и с другими грозными осложнениями.



«Основная задача **клинико-биохимической лаборатории**, - рассказывает ее ру-





ководитель, заместитель директора Центра по науке, профессор В. С. Ефимов, - это поиск возможностей профилактики тромбозов протезов сосудов путем коррекции свертывающей системы крови. Состояние внутренних средств организма, оцениваемое в лаборатории определяет тактику и эффективность проводимого лечения, помогает формировать прогноз дальнейшего состояния пациентов. Применяя самые современные методики и компьютерные системы, наши специалисты за короткий срок определяют все существенные показатели состояния крови (электролиты, разнообразные ферменты, липиды, клетки и белки крови, их тромбообразующую, иммунологическую, метаболизующую активность), а

также необходимые показатели других биологических жидкостей. Мы используем быстровыполнимые гемокоагуляционные методики - основу организации безопасности кровотечения или тромбоза на любом из этапов лечения".

Не менее важные задачи и у **отделения функциональной диагностики** (руководитель М. В. Дягилева). Здесь



проводят электрокардиографические исследования с функциональным и фармакологическими тестами и суточное мониторирование ЭКГ с компьютерной обработкой данных. Велозргометрические исследования, выявляя изменения ЭКГ при нагрузке, позволяют объективно оценивать эффективность проводимой терапии и то, как от-

носится организм пациента к физическим упражнениям. УЗИ позволяет судить о зонах поражения миокарда, степени его сократительной способности и диагностировать поражения клапанного аппарата сердца при врожденных и приобретенных пороках, а также приносят неоценимую помощь при диагностике и оценке результатов лечения различных заболеваний сосудов. Выполняется также реовазография и доплерография.

В зеленой зоне столицы (в поселке Быково) расположен четырехэтажный корпус **отдела восстановительного лечения**. В нем два отделения - для больных, перенесших острый инфаркт миокарда (заведующий - кандидат медицинских наук Б. К. Шамота), и пациентов после эндоваскулярных и хирургических вмешательств на сердце и сосудах (заведующий - кандидат медицинских наук Э. О. Самвелян).

В отделе есть своя клинико-диагностическая лаборатория, есть возможность снять электрокардиограмму. Опытный персонал проводит сеансы рефлексотерапии, физиотерапии. Работают ингаляционный, стоматологический и массажный кабинеты.



Специально, чтобы напомнить об определенных правилах поведения, требуемых от пациента после пребывания в Центре, на видеокассету, принесенную им из дома врачи записывают процесс ангиографии, баллонной ангиопластики или стентирования (если они проводились). Уходя из лечебного учреждения, пациент забирает кассету с собой. И, как свидетельствуют многие из них, процесс просмотра собственных сосудов помогает порой избавиться от ряда вредных привычек.

Материалы из Центра подготовил Дмитрий Виноградов. Фото Владимира Афанасьева



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗА CROSSFLEX В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Д. Г. Иоселиани, доктор медицинских наук

Протезирование венечных артерий сердца находит все большее распространение. Это заставляет клиницистов тщательно изучать ближайшие и отдаленные результаты этой процедуры с тем, чтобы определить ее истинное место в лечении больных с окклюзионными поражениями артерий. Представляется крайне важным разобратся и во множестве разнообразных протезов, используемых в клинической практике. Известно, что в настоящее время в мире применяют протезы более чем 40 наименований. Конструкция, дизайн и материал большинства из них позволяют интервенционным кардиохирургам, владеющим методом баллонной ангиопластики, технически довольно легко и с высоким процентом успеха их имплантировать. Но выявить преимущества и особенности предлагаемых новинок может лишь скрупулезный анализ ближайших и отдаленных результатов этих имплантаций.

В Центре мы проводим серию исследований, которые помогут определить эффективность и долговечность предлагаемых протезов, роль каждого из них в лечении больных с ишемической болезнью сердца. Уже завершена работа по изучению клинической эффективности протеза нового поколения Crossflex фирмы Кордис (Джонсон и Джонсон), изготовленного из стали 316LVM. Мы проанализировали данные по имплантации этого протеза 53 пациентам с разными формами ИБС.

В подавляющем большинстве нашими пациентами были мужчины, перенесшие один или несколько инфарктов миокарда, имеющие три и более факторов риска развития атеросклероза и ИБС. У 93% больных велоэргометрическая проба была положительная, с низким порогом толерантности.

Протез был имплантирован 17 пациентам на разных этапах острого инфаркта миокарда, еще в 14 случаях - пациентам с диагнозом нестабильной стенокардии. Здесь следует отметить тот факт, что, по принятой в нашем Центре тактике, эндоваскулярные процедуры при нестабильной стенокардии мы стараемся выполнить после максимальной медикаментозной стабилизации состояния больного. Лишь в тех случаях, когда не удается стабилизировать клиническое состояние пациентов, мы им выполняем процедуры в состоянии нестабильности.

У 22 больных, которым был имплантирован протез, имелась стабильная стенокардия. Почти у половины из них был поражен один венечный сосуд, еще у 38% наблюдали поражение двух сосудов, а у оставшихся пациентов наблюдали поражение трех и бо-

лее сосудов. Примерно у 15% больных имелась полная окклюзия сосуда, подлежащего протезированию.

Всего нами было имплантировано 60 протезов. Наибольшее их количество было установлено в ПМЖВ ЛВА и ПВА. Трех больным было выполнено протезирование двух и более сосудов. Шести больным установили более одного стента в один сосуд.

У 90% больных процедура протезирования венечных артерий протекала гладко и без осложнений. Летальность во время процедуры и в ближайшем послеоперационном периоде составила 3,7%. На госпитальном этапе у 96% больных отмечалось отсутствие приступов стенокардии, ни у одного пациента не развился острый инфаркт миокарда. Все они были выписаны в течение первой недели после процедуры.

Все больные, которым выполнено протезирование венечных артерий протезом Crossflex, подлежат повторному исследованию спустя шесть месяцев после установки протеза. К настоящему времени повторно обследованы 19 пациентов. Примерно у 60% больных приступы стенокардии отсутствуют, еще у 30% они появлялись только лишь при больших физических или эмоциональных нагрузках. У двух пациентов наблюдали нестабильную стенокардию. Ни один из этих пациентов не перенес за это время инфаркт миокарда. У 15 пациентов была выполнена велоэргометрия, у 53,3% из них она была положительной. Повторная контрольная селективная коронарография выявила гемодинамически значимый (> 50%) стеноз стента у 36,8%. Всем им была выполнена успешная баллонная дилатация с хорошим клиническим эффектом. Отсюда можно сделать вывод: протез Crossflex возможно легко имплантировать больным с разными формами ИБС, в том числе и при остром инфаркте миокарда; у подавляющего большинства больных с имплантированным протезом Crossflex наблюдается неосложненное клиническое течение, в ближайшем госпитальном периоде достигается хороший клинический эффект - исчезают приступы стенокардии; примерно у двух третей больных с имплантированным протезом Crossflex эффект успешной установки стента сохраняется, у остальных наблюдается гемодинамически значимое его сужение; не во всех случаях стенозирование протезов сопровождается клиническим проявлением гипоксии миокарда, приступами стенокардии; стенозированные венечные артерии в местах установления протезов Crossflex успешно поддаются бал-

лонной дилатации практически с полным восстановлением просвета.

Как видно из представленных данных, наиболее важной и нерешенной сегодня проблемой протезирования вообще, и протеза Crossflex в частности, является стенозирующий процесс внутри протеза. Среди лечебных мероприятий, направленных на стеноз протезов, наиболее широко применяются разные варианты ангиопластики протеза, в том числе баллонная ангиопластика, эксимерная лазерная ангиопластика, ротационная или направленная атерэктомия, операция прямой реваскуляризации миокарда, медикаментозная терапия. По мнению ряда авторов, в подавляющем большинстве случаев баллонная ангиопластика существенно увеличивает или даже полностью восстанавливает изначальный просвет сосуда в месте протезирования, при этом ангиографически отмечаются ровные и гладкие края внутреннего просвета и практически не бывает острой окклюзии сосуда. Механизм такого положительного воздействия заключается, во-первых, в растяжении протеза и тем самым в восстановлении его адекватного просвета, и во-вторых, в выдавливании в процессе ангиопластики тканей из стента. Профилактика стенозирования протезов венечных артерий в основном должна осуществляться посредством тех мероприятий, которые будут направлены на уменьшение или ликвидацию патогенетических механизмов возникновения этих сужений. Одним из важных моментов этой профилактики является максимальное подавление местной воспалительной реакции в стенке сосуда в результате внедрения "инородного" тела и ее баллонной ангиопластики, а также уменьшение пролиферативных процессов в неointиме сосуда. С этой целью предлагаются разные варианты медикаментозной терапии, но в последнее время определенные надежды мы связываем с местным облучением протезов, уже после их имплантации, радиоактивными веществами - для подавления пролиферации и воспалительной реакции. В недавних исследованиях было показано, что локальное облучение протезов Иридием-192, дает неплохие результаты. У 53 пациентов, пролеченных таким образом, был достоверно более широкий просвет сосуда в месте протеза, нежели у больных получавших плацебо. У них в меньшей степени проявлялся процесс разрастания ткани внутри протеза, реже наблюдались стенозы стентов. Однако исследование в этом направлении следует продолжить.

РеоПро - МОЩНЫЙ АНТИАГРЕГАНТ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

проф. М. Я. Руда, Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

РеоПро (ReoPro) или абциксимаб - это название препарата, представляющего собой активные участки (фрагменты) химерных мышечных - человеческих моноклональных антител к гликопротеиновым рецепторам Пв/Ша (GP Пв/Ша) тромбоцитов человека (с 7E₃ Fab').

РеоПро взаимодействует с GP Пв/Ша рецепторами тромбоцитов, препятствует присоединению к ним адгезивных молекул (в частности, молекул фибриногена) и за счет этого ингибирует агрегацию пластинок и образование тромбоцитарного тромба.

РеоПро имеет высокое сродство и к рецепторам витронектина, снижая таким образом, прокоагулянтные эффекты тромбоцитов и способность к пролиферации гладкомышечных и эндотелиальных клеток.

Максимальное ингибирование агрегации отмечается при блокировании РеоПро не менее 80% рецепторов GP Пв/Ша. Этот результат обычно достигается внутривенным введением (болюс) РеоПро в дозе 25 мг/кг массы тела.

Введение препарата по схеме "болюс-инфузия" (болюс 0,25 мг/кг + инфузия со скоростью 10 мкг/мин или 0,125 мкг/кг/мин - но суммарно не более 10 мкг/мин) позволяет достаточно стабильно поддерживать концентрацию препарата в плазме в течение всего периода инфузии. При введении РеоПро по этой методике до 96 часов удается поддерживать высокую степень блокады GP Пв/Ша рецепторов (~80%) и обеспечить выраженное снижение агрегационной способности - агрегация тромбоцитов в ответ на индукцию 5 мМ или 20 мМ АДФ составляет ≤20% от исходной, а время кровотечения удлиняется до 30 и более минут.

После прекращения инфузии РеоПро функция тромбоцитов постепенно возвращается к нормальной. Время кровотечения укорачивается до 12 минут и менее через 12 часов у 75%, а через 24 часа - у 90% больных. Агрегация в ответ на воздействие 5 мМ АДФ возвращается к ≥50% от исходной в течение 24 часов после окончания инфузии у 34%, а через 48 часов у 72% больных. Если в качестве индуктора взять 20 мМ АДФ, то эти цифры составят соответственно 62% и 88%.

Показания для применения РеоПро:

- чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика (в том числе в комбинации со стентированием и/или атерозктомией);
- рефрактерная к медикаментозной терапии нестабильная стенокардия, если в течение ближайших 24 часов планируется чрезкожная внутрикоронарная манипуляция (баллонная ангиопластика и/или стентирование и/или атерозктомия).

Введение РеоПро по вышеперечисленным показаниям осуществляется на фоне гепаринотерапии и - если нет противопоказаний - лечения аспирином.

Уже первые клинические испытания РеоПро (исследование EPIC; в него включались больные, у которых чрезкожная транслюминальная ангиопластика сопровождалась особенно высоким риском постоперационной окклюзии коронарной артерии) показали, что:

1. В группе леченых с использованием РеоПро неблагоприятные исходы (смерть, инфаркт миокарда или необходимость в неотложном радикальном вмешательстве) наблюдались в полтора раза реже, а по такому показателю как инфаркт миокарда - даже на 68%;
2. Наилучшие результаты были получены в подгруппе, лечившейся РеоПро по схеме "болюс-инфузия";
3. Улучшение прогноза после лечения РеоПро достоверно прослеживается не только в ближайшее время, но и через месяц, шесть месяцев и даже через 3 года после 12-часовой инфузии!

Вместе с тем в группе леченых РеоПро достоверно чаще наблюдались кровотечения. Противопоказания к применению РеоПро:

1. Активное внутреннее кровотечение;
2. Клинически значимое желудочно-кишечное или урогенитальное кровотечение в течение предыдущих 6 недель;
3. Нарушения мозгового кровообращения в течение последних двух лет или выраженные остаточные явления ранее перенесенного инсульта;
4. Предрасположенность к кровотечениям;
5. Применение непрямых антикоагулянтов на протяжении предшествующей недели, если протромбиновое время ≤1,2 раза превышает контрольное;
6. Тромбоцитопения (≤100 000 клеток/мл крови);
7. Серьезное хирургическое вмешательство или травма на протяжении предыдущих 6 недель;
8. Внутречерепное новообразование, артериовенозная фистула или аневризма;
9. Тяжелая, плохо поддающаяся контролю артериальная гипертензия;
10. Указания на перенесенный васкулит;
11. Внутривенное введение декстрана перед вмешательством или планируемое его применение в процессе ангиопластики.

Специально следует подчеркнуть потенциальную опасность геморрагических осложнений на фоне РеоПро у лиц с пункцией

некомпрессируемых сосудов (например, подключичной вены). Поэтому если планируется использование РеоПро (так же, как и в случаях, когда высоко вероятно применение тромболитической терапии), не следует использовать эти доступы для введения инфузионных катетеров и т. п.

Мероприятия по снижению вероятности кровотечений сводятся к следующему:

а) используется относительно небольшая доза гепарина с учетом массы тела. Если активированное время свертывания крови (АВС) перед началом антикоагулянтной терапии менее 150 сек, внутривенно вводится болюс гепарина 70 ед/кг; если АВС 150 - 190 сек., доза гепарина 50 ед/кг; при АВС ≥200 сек. гепарин не вводится. В последующем для поддержания АВС на терапевтическом уровне (200 - 300 сек.) дополнительно вводится гепарин 20 ед/кг;

б) следует избегать дополнительных пункций артерий и вен, в/м инъекций, назотрахеальных интубаций, катетеризации мочевого пузыря, измерения АД с помощью автоматических приборов. При необходимости дополнительной пункции вены избежать использования некомпрессируемых сосудов (см. выше). Тщательно документировать и контролировать места пункции сосудов;

в) в процессе манипуляции прокалывать только переднюю стенку бедренной артерии, избегая методики SELDINGER,

г) введение гепарина прекращается сразу же по окончании ангиопластики,

д) удаление интродьюсера осуществляется через 4 - 6 часов после окончания манипуляции, как только АЧТВ станет ≤50 сек или АВС ≤175 сек;

е) после удаления интродьюсера обеспечивается тщательный локальный гемостаз (прижатие места артериальной пункции не менее чем на 30 мин);

ж) после окончания ангиопластики соответствующую ногу следует фиксировать и соблюдать такое положение не менее чем в течение 6 - 8 часов после удаления интродьюсера. Этого правила следует строго придерживаться, даже если для его соблюдения потребуется введение анальгетиков из-за болей в спине, обусловленных вынужденным положением.

Таким образом, РеоПро - весьма эффективное средство, существенно улучшающее прогноз при чрезкожных транслюминальных коронарных вмешательствах. Сегодня - он единственный препарат из группы блокаторов GP Пв/Ша рецепторов тромбоцитов, разрешенный к клиническому применению.

АМЛОДИПИН - АНТАГОНИСТ КАЛЬЦИЯ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Д. В. Преображенский, Медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва

В течение более трех десятилетий в клинической практике используются антагонисты кальция - группа лекарственных препаратов, общим свойством которых является конкурентный антагонизм в отношении потенциалзависимых кальциевых каналов. Для лечения артериальной гипертензии и стенокардии применяются главным образом антагонисты кальция L-типа, первым представителем которых является синтезированный в 1962 г. препарат верапамил. В 60 - 80-е годы было синтезировано несколько десятков соединений различной химической структуры со свойствами антагонистов кальция L-типа, но лишь некоторые из них нашли клиническое применение. Создатели новых антагонистов кальция стремились к тому, чтобы внедрять в клиническую практику только те препараты, сохраняя высокую эффективность антагонистов кальция первого поколения, превосходили бы их по силе и продолжительности действия или тканевой селективности.

Многообразие антагонистов кальция L-типа обуславливает необходимость их классификации. Одна из таких классификаций недавно была предложена Т. Тоуо-Ока и W. Nayler (см. таблицу)

Амлодипин (норваск) относится к антагонистам кальция третьего поколения. Он имеет ряд важных фармакологических особенностей. Прежде всего, это предсказуемая эффективность, обусловленная высокой биодоступностью (60 - 80%) и незначительными различиями между максимальной и минимальной концентрацией препарата в плазме крови на протяжении суток; сверхдлительное действие препарата - на протяжении более 24 - 36 ч, что делает ненужным создание его ретардных форм. По фармакокинетическим и фармакодинамическим характеристикам амлодипин (норваск) — "идеальный" лекарственный препарат для монотерапии гипертонической болезни, стабильной стенокардии напряжения и ангиоспастической стенокардии. Это единственный антагонист кальция третьего поколения, разрешенный для применения у больных с гипертонической болезнью и стабильной стенокардией напряжения.

Амлодипин при гипертонической болезни. Как и все антагонисты кальция, ам-

лодипин (норваск) обладает высокой антигипертензивной эффективностью, связанной с его выраженным вазодилатирующим действием. Он вызывает значительное и равномерное снижение АД за счет уменьшения общего периферического сосудистого сопротивления, при этом сердечный ритм или ударный объем практически не изменяется. Максимальный антигипертензивный эффект препарата обнаруживается через 4 - 8 недель, поэтому начальную дозу амлодипина (5 мг 1 раз в день) не следует удваивать ранее чем через 2 недели после начала терапии.

(в сравнении с плацебо) оценивались антиишемические эффекты амлодипина у 315 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения. После 2-недельного контрольного периода 202 больным был назначен амлодипин в дозе 5 мг/сут., через 4 недели терапии дозу препарата увеличили до 10 мг/сут. Остальные 113 больных получали плацебо. Двойное слепое исследование продолжалось 8 недель. По данному амбулаторному мониторингованию ЭКГ, терапия амлодипином привела к достоверному уменьшению частоты эпизодов ишемии миокарда по сравнению с исходной (в среднем на 60%)

и по сравнению с больными, получавшими плацебо ($p=0,025$). Общая продолжительность эпизодов ишемического снижения сегмента ST за 48 часов уменьшилась под влиянием амлодипина в среднем на 56% по сравнению с исходными значениями, однако различия в эффектах амлодипина и плацебо не достигали статистической значимости ($p=0,066$).

Частота приступов стенокардии у больных, леченных амлодипином, снизилась в значительно большей степени, чем у больных, получавших плацебо (на 70% против 44% в контроле; $p=0,0001$). Потребление таблеток нитроглицерина уменьшилось на 67% в группе больных, леченных амлодипином, и на 22% в контрольной группе ($p=0,0006$).

В контролируемом исследовании доказана эффективность амлодипина у больных ИБС с ангиоспастической стенокардией. По сравнению с плацебо терапия амлодипином (10 мг/сут.) у 22 больных с ангиопластической стенокардией привела к уменьшению частоты приступов на 70%. Благоприятный эффект сохранялся в течение 1 года у 19 больных, которые по открытому протоколу получали 5 - 15 мг препарата в сутки.

Таким образом, амлодипин является эффективным антиангинальным (антиишемическим) препаратом, который может использоваться при лечении как стабильной стенокардии напряжения, так и ангиоспастической стенокардии. Антиангинальная эффективность амлодипина значительно возрастает при его комбинировании с β -адреноблокаторами.

Группа (специфичность)	Первое поколение	Второе поколение		Третье поколение
		Ia	Ib	
Дигидропиридины (артерии >> сердце)	Нифедипин	Нифедипин SR/GITS Исрадилин SRO Нисолдипин SR Фелодипин ER	Бенидипин Исрадилин Манидипин Никардипин Нимодипин Нисолдипин Нитрендипин	Амлодипин (?) Лацидипин (?) Лерканидипин (?) Цилнидипин
Бензотиазепин (артерии = сердце)	Дилтиазем	Дилтиазем SR	Клентиазем	
Фенилалкаламины (артерии < сердце)	Верапамил	Верапамил SR	Анипамил Галлопамил	

Примечание. ER - extended release, GITS - gastrointestinal therapeutic system; SR - sustained release, SRO - sustained release oral.

От многих эффективных антигипертензивных препаратов амлодипин отличается превосходной переносимостью. По сводным данным 16 исследований, касающихся 12 831 больного (у 75% из них была гипертоническая болезнь), побочные явления при лечении амлодипином встретились примерно у 15%. Только в 3% случаев терапии пришлось прекратить из-за непереносимости.

Хотя безопасность применения амлодипина, верапамила, лацидипина и нисолдипина во время беременности нельзя считать доказанной, именно эти препараты являются наиболее безопасными антагонистами кальция у женщин детородного возраста.

Амлодипин при ИБС. Существует мнение, что все антагонисты кальция оказывают антиангинальное действие, но это не совсем верно. В США, например, где FDA определяет показания к использованию того или иного лекарственного препарата, амлодипин (норваск) один из немногих антагонистов кальция, который сочетает свойства антиангинального и антигипертензивного препарата.

В международном рандомизированном исследовании CAPE (Circadian Antiischemia Program in Europe) двойным слепым методом

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛЕНДИЛА (ФЕЛОДИПИНА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

**Б. Я. Барт, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии
лечебного факультета РГМУ, Москва**

Среди основных гипотензивных препаратов, широко применяющихся в настоящее время для лечения больных с артериальной гипертонией, одно из ведущих мест занимают антагонисты кальция. В зависимости от химической структуры все антагонисты кальция подразделяются на три группы: производные фенилалкиламина, бензотиазепина и дигидропиридина.

Плендил (фелодипин) - препарат шведской фирмы "Астра" - относится к группе дигидропиридинов, второму поколению и классу II а. В целом антагонисты кальция второго поколения отличаются от препаратов первого поколения улучшенным фармакокинетическим профилем. Кроме того, препаратам дигидропиридиновой группы, в отличие от двух других, свойственна большая тропность к сосудам, а не к миокарду. Это позволяет рассматривать их как препараты, обладающие высокоселективным действием на сосуды. Антагонисты кальция класса II а, во-первых, по сравнению с препаратами первого поколения обладают меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов, связанных с вазодилатацией. Объясняется это удлинением времени достижения максимальной концентрации препарата в плазме крови. Во-вторых, выраженная продолжительность действия препаратов за счет сочетания длительного периода времени до достижения максимальной концентрации и продолжительного периода полувыведения из плазмы.

Гемодинамический эффект Плендила заключается в том, что, являясь антагонистом кальция с высокой вазоселективностью, он снижает артериальное давление за счет уменьшения периферического сосудистого сопротивления. Гипотензивный эффект при приеме Плендила носит дозозависимый характер. В большинстве случаев снижение артериального давления происходит через 2 часа после приема первой дозы препарата и сохраняется в течение 24 часов, что было зафиксировано при обычном и суточном мониторинговании артериального давления. Концентрация Плендила в плазме крови положительно коррелирует со снижением сосудистого периферического сопротивления и уровнем артериального давления.

Плендил представляет собой таблетированную ретардную форму, имеющую оболочку из гидрофильного геля, что способствует постепенному освобождению активного вещества и позволяет принимать всю суточную дозу всего один раз в день. Каждая таблетка

содержит 5 или 10 мг активного вещества.

Плендил может назначаться больным с артериальной гипертонией любого генеза, но чаще всего при эссенциальной гипертонии, ее мягкой и умеренной формах. Вначале, в зависимости от степени выраженности гипертонии, он может назначаться в виде монотерапии. Начальная суточная доза обычно 5 мг, однократно, в утренние часы, независимо от времени приема пищи. При отсутствии гипотензивного эффекта от этой дозы, она может быть увеличена до 10 мг или добавлен гипотензивный препарат других групп (диуретики, β -адреноблокаторы или ингибиторы АПФ). Обычная поддерживающая эффективная доза Плендила составляет 5 - 10 мг в сутки.

При длительном назначении Плендила при эссенциальной гипертонии удается достигнуть не только снижения уровня артериального давления до оптимального для конкретного больного, но и достоверной регрессии гипертрофированного миокарда левого желудочка. После нескольких месяцев лечения у больных уменьшились масса миокарда, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки этого желудочка (по данным эхокардиографии). Это весьма важно, ибо общепризнано, что гипертрофированный миокард при артериальной гипертонии является самостоятельным фактором риска развития нарушений ритма сердца, порой фатальных, хронической сердечной недостаточности.

Следует отметить и такой факт, что у больных с артериальной гипертонией и нарушением функции почек назначение Плендила позволяет добиться как гипотензивного эффекта, так и улучшения клубочковой фильтрации почек.

Плендил, благодаря своим фармакодинамическим свойствам, обладает способностью не только снижать артериальное давление, но и оказывать благоприятное воздействие на коронарный кровоток, баланс кровоснабжения - потребление кислорода в миокарде, эффективно устраняет коронарospазм. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что Плендил повышает переносимость физической нагрузки у больных со стабильной стенокардией, уменьшает у них частоту возникновения ангинозных приступов.

Плендил отличается от ряда других гипотензивных препаратов, в частности, β -адреноблокаторов, тем, что его применение возможно у пациентов любого возраста, включая пожилую и старческую, и у тех из них, кого имеется сопутствующая артериальной ги-

пертонии патология в виде бронхообструктивного синдрома, сахарного диабета, облитерирующего эндартериита, синдрома или болезни Рейно.

К числу положительных качеств Плендила относится то, что он не оказывает неблагоприятного влияния на толерантность к углеводам, метаболизм глюкозы, липидов и пуриновых оснований. Это делает возможным его назначение больным эссенциальной гипертонией, страдающим одновременно сахарным диабетом, атерогенной дислипидемией и подагрой. Плендил, в отличие от ингибиторов АПФ и блокаторов АТ₁ - ангиотензиновых рецепторов, не вызывает задержки калия, что делает безопасным его применение у больных с хронической почечной недостаточностью.

Побочные эффекты Плендила выражены не часто и их появление редко требует отмены препарата. Наиболее частым из них, как и при применении других препаратов дигидропиридиновой группы, является появление отеков стоп. Возникают они вследствие повышенного гидростатического давления в капиллярах, связанного с преимущественным расширением прекапиллярных артерий по сравнению с посткапиллярными венами. Редко у больных, принимающих Плендил, могут возникать головная боль, приливы, учащенное сердцебиение, чувство усталости. В большинстве случаев эти побочные, неблагоприятные явления носят дозозависимый характер, появляются обычно сразу после начала лечения, имеют временный характер. В очень редких случаях могут быть сыпь, кожный зуд.

Таким образом, Плендил (фелодипин), относящийся ко второму поколению антагонистов кальция, может быть с успехом применен в виде монотерапии и в комбинации с другими препаратами, обладающими гипотензивным эффектом, у больных, имеющих только артериальную гипертонию или сопутствующие заболевания - сахарный диабет, ИБС, подагра, бронхообструктивный синдром и другие.

Более подробную информацию о препарате можно получить в представительстве фирмы "Астра" по адресу: 129090, Москва, Краснопресненская наб., офис 903, тел.: 258 1400, факс: 258 1442.

ASTRA
Astra Russia

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 предсер-

дий, антиовентрикулярного соединения 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 пароксизмаль-

ной тахикардии и мерцательной аритмии, а также при лечении суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии. Он эффективен также в лечении аритмий при синдроме 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) 194 1987.

ЭДЖЗАДЖИБАШИ



Синоприл (лизиноприл) - ингибитор АПФ II поколения, применяемый для лечения артериальной гипертензии и застойной сердечной недостаточности. В Великобритании лизиноприл получил новое показание: диабетическая нефропатия. Препарат снижает ОПСС без возникновения рефлекторной тахикардии. Снижение АД отмечается через час после приема, максимальный антигипертензивный эффект на-

блюдается через 6 часов, а общая продолжительность действия - 24 часа. Поэтому Синоприл назначается один раз в сутки независимо от приема пищи; его применяют в качестве монотерапии, либо в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Синоприл вызывает регрессию гипертрофии миокарда. У пациентов с застойной сердечной недостаточностью препарат снижает постнагрузку на сердце, увеличивая ударный объем, а также уменьшает преднагрузку.

Фармакокинетическая особенность Синоприла: вследствие низкой липофильности, препарат не метаболизируется в печени, а значит, может применяться больными с заболеваниями печени (тогда как остальные ингибиторы АПФ II поколения не обладают собственной активностью - они разрушаются в организме с образованием неактивных метаболитов).

Синоприл хорошо переносится больными. Характерную побочную реакцию, свойственную ингибиторам АПФ - развитие сухого кашля - на-

СИНОПРИЛ

блюдали только у 1,5 - 3% больных, принимавших Синоприл.

Противопоказания. Ангioneвротический отек в анамнезе; беременность и лактация; повышенная чувствительность к препарату.

Форма выпуска: упаковки по 20 табл., содержащих 10 мг лизиноприла.

Более подробную информацию о препарате Синоприл можно получить по адресу: 129090, Москва, Грохольский пер., 19-27, стр. 2 или по тел.: 755 9171, 72, 73, 74, 75; факс: 755 9176.

ФАРМАК ПЛЮС



Корвалдин (фенобарбитал и этилбромизовалерианат) - комбинированный препарат, обладает седативными и мягким снотворным эффектами, которые связаны с синергидным действием фенобарбитала и этилового эфира α -бромизовалериановой кислоты (при применении их в малых дозах). Этилбромизовалерианат обладает также спазмолитическим действием. Входящее в состав пре-

парата мятное масло обладает рефлекторной сосудорасширяющей и спазмолитической активностью.

Принимать Корвалдин, как успокаивающий и сосудорасширяющий препарат, рекомендуется при неврозах, бессоннице, тахикардии, стенокардических и псевдостенокардических болях. Длительное применение Корвалдина способствует улучшению функционального состояния сердечной мышцы.

Обычная дозировка препарата составляет 15 - 30 капель 2 - 3 раза в день до еды. При тахикардии и спазмах со-

судов сердца разовая доза может быть увеличена до 40 - 50 капель.

Побочное действие. При длительном применении препарата возможно развитие лекарственной зависимости и бромизма. Возможны побочные действия со стороны желудочно-кишечного тракта; аллергические реакции (обычно на бром).

Противопоказания. Повышенная чувствительность к бромиду, тяжелые нарушения функции почек и печени.

Как ясно из описания, Корвалдин - это полный аналог широко известного Валокор-

КОРВАЛДИН

дина. Единственное отличие - существенно (в несколько раз) более низкая цена.

Обращаем внимание оптовых фармацевтических фирм, складов и руководителей аптечных учреждений, что по вопросам закупки Корвалдина, так же как и других препаратов производства ОАО "ФАРМАК" (Нафтизин, Валидол, Корвалол, Диазолин и др.) Вы можете обращаться по адресу: г. Москва, 1-я Бухвостова ул., д. 12/11, ООО "ФАРМАК-ПЛЮС" или по телефону отдела сбыта: (095) 962 6383, 962 6419, 963 9651, 963 9647.

САНОФИ-ХИНОИН

sanofi

Фраксипарин - это низкомолекулярный гепарин со средней ММ 4,5 кД. Качественное отличие низкомолекулярного гепарина (НМГ) от среднемолекулярного (СМГ) состоит в том, что на фоне достаточно высоких доз (до 17500 ICU в сутки) мало изменяются обычные показатели свертывания крови, при этом антитромботический потенциал крови в целом оказывается высоким.

Максимальная концентрация достигается через 3 ч. после введения препарата,

период полувыведения - 3,5 ч. Анти-Ха активность проявляется в течение 18 ч. 98% препарата присутствуют в крови в биологически активной форме. Это позволяет использовать Фраксипарин всего 1 раз в сутки. Хотя НМГ обычно применяют подкожно, Фраксипарин может использоваться и внутривенно.

Для предупреждения глубокого флеботромбоза после общехирургических и онкологических операций Фраксипарин вводят по 7500 ICU за 2 часа до операции и затем в такой же дозе через 12 ч. после завершения операции с

последующим введением на протяжении 7 дней.

Клинические данные показывают преимущества Фраксипарина у больных, перенесших чрезкожную коронарную ангиопластику, для профилактики реокклюзии: 7500 ICU утром в день операции и 7500 ICU ежедневно в течение 4 недель после успешной коронарной ангиопластики. В той же дозе препарат может быть использован в терапевтической клинике у больных с высоким риском тромбоэмболических осложнений (ограниченная подвижность, после инфаркта миокарда, пожилой

возраст). Отсутствие трансплацентарного пассажа позволяет применять Фраксипарин у беременных женщин.

Даже при использовании доз Фраксипарина в 400 - 600 ICU/кг МТ большого изменения АЧТВ малозначимы. Это позволяет рекомендовать препарат в широкую практику медицины критических состояний без специального контроля.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве "Санofi-Хиноин" по адресу: 103045, Москва, Последний пер., 23/3, тел.: 721 1400.

ФРАКСИПАРИН

ГЕКСАЛ



Сотагексал (соталол гидрхлорид) является неселективным β -адреноблокатором длительного действия. Обладает выраженным антиаритмическим действием, связанным с увеличением длительности потенциала действия и удлинением абсолютного рефрактерного периода во всех отделах проводящей системы сердца. Не влияет на скорость проведения импульса. Уменьшает ЧСС и проводящую способность миокарда, замедляет АВ проводимость. Блокируя β_2 -адренорецепторы, повышает тонус гладкой мускулатуры бронхов. Все это позволяет широко применять препарат как **средство для профилактики и лечения различных нарушений ритма сердца.**

Препарат используется при симптоматических суправентрикулярных тахикардиях (предсердные, узловые тахикардии, тахикардии при синдроме WPW или пароксизмальные мерцательные тахикардии); тяжелых желудочковых симптоматических аритмиях и, при доказанном эффекте, их профилактике.

Следует отметить, что в каждом конкретном случае доза подбирается индивидуально. Начальная доза составляет от 40 до 80 мг 2 - 3 раза в сутки.

Препарат выводится из организма исключительно через почки, почечный клиренс его равен общему клиренсу креатинина и составляет 120 мл/мин. Поэтому пациентам с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 10 - 30 мл/мин.) дозу уменьшают вдвое. У больных с КК меньше 10 мл/мин назначение составляет 25% от суточной дозы.

Противопоказания: хроническая сердечная недостаточность 2 - 3 стадии; кардиогенный шок; АВ блокада 2 - 3 степени; артериальная гипотония; синдром слабости синусового узла; брадикардия; удлинение QT-интервала; облитерирующие заболевания легких; гипокалиемия; метаболический ацидоз; повышенная чувствительность к препарату.

Нежелательно применение Сотагексала в комбинации с антагонистами кальция (нифедипин, дилтиазем).

У больных ИБС совместное применение нитратов и соталола приводит к артериальной гипотензии и, иногда на этом фоне, к приступам стенокардии.

При совместном применении Сотагексала и антиаритмиков 1 класса (в особенности хинидина) велика опасность возникновения жизнеугрожающих желудочковых аритмий (за счет удлинения QT-интервала).

Следует соблюдать осторожность при назначении Сотагексала пациентам, недавно перенесшим острый инфаркт миокарда, при сахарном диабете, феохромоцитоме (одновременно назначаются α -адреноблокаторы), при наличии у больного или в семейном анамнезе псориаза, при нарушении функции почек.

Очень осторожно следует назначать препарат беременным и отменять его за 48 - 72 часа до предполагаемых родов.

Ограничено применение Сотагексала в группах людей профессий повышенного риска и внимания. Исключен одновременный прием препарата и алкоголя.

При длительной терапии Сотагексалом необходимо внимательно следить за ЭКГ-изменениями, раз в две недели необходим ЭКГ-контроль в стандартных отведениях, раз в два месяца - суточное мониторирование ЭКГ. Удлинение QT более чем на 500 мсек или более чем на 50% является показанием как минимум к постепенному

(не быстрее чем за 2 недели) снижению дозы или отмене препарата.

Особый интерес представляет **Сотагексал-инъект**. Препарат может успешно применяться как в плановой, так и в ургентной терапии нарушений ритма сердца.

Особенно эффективно в/в введение Сотагексала-инъект при суправентрикулярных пароксизмальных нарушениях ритма.

Начальная доза составляет 20 мг. Препарат разводится физраствором или дистиллированной водой в пропорции 1:5. Первые 20 мг вводят в течение 5 минут под контролем ЭКГ, ЧСС и АД. Через 20 минут, в зависимости от эффекта и состояния пациента, вводят остальные 20 мг со скоростью 1 мг/мин. Общая доза составляет максимально 1,5 мг/кг веса и может вводиться в течение 5 - 15 минут в рамках проведения программной электростимуляции.

Форма выпуска: таблетки по 80 и 160 мг по 20, 50, 100 таблеток в упаковке; раствор для инъекций - 1 ампула содержит 4 мл (40 мг) Сотагексала по 5 ампул в упаковке.

Более подробную информацию о препарате можно получить по тел.: (095) 952 9591; факс: (095) 952 8489.

СОТАГЕКСАЛ

ТОНОКАРДИН (ДОКСАЗОЗИН) – α_1 -АДРЕНОБЛОКАТОР ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Д. В. Качалков, кандидат медицинских наук

Актуальность проблемы лечения артериальной гипертонии не вызывает сомнений. Существование большого разнообразия гипотензивных препаратов с различным механизмом действия позволяет назначать их с учетом индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания и сопутствующей патологии.

Для систематизации гипотензивной терапии экспертами ВОЗ был разработан и утвержден список жизненно важных препаратов, в который вошли 8 гипотензивных лекарственных средств, относящихся к различным клинко-фармакологическим группам. Список этот постоянно обновляется и в настоящее время действует его 10-е издание. Из числа сердечно-сосудистых средств, и, в частности, гипотензивных препаратов для длительного перорального лечения (3 подраздел 12 раздела) в список вошли:

- *Atenolol tablet 50 mg, 100 mg;
- *Captopril scored tablet 25 mg;
- *Hydralazin tablet 25 mg, 50 mg;
- *Hydrochlorthiazide scored tablet 25 mg;
- Methyldopa (7) tablet 250 mg;
- *Nifedipine (10) sustained release formulations tablet 10 mg;
- *Reserpine tablet 100 mg.

Неконкурентные средства:

- *Doxazosin (B) tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg.

Звездочки, стоящие перед названиями лекарств, объясняют, что данные лекарственные средства являются наиболее часто используемыми представителями клинко-фармакологических групп. Другие препараты, входящие в эти группы, также могут использоваться врачами.

В конце названий некоторых средств в скобках указаны цифры или буквы. Конкретный пример: после "метилдопа" стоит цифра 7. Она объясняет, что побочные эффекты этого препарата снижают соотношение успех/риск лечения, а цифра 10, стоящая после препарата "нифедипин", объясняет, что следует использовать пролонгированные формы препарата, действие которых в этом плане доказано.

Доксазозин - селективный конкурентный постсинаптический α_1 -адреноблокатор длительного действия (максимальный эффект препарата - через 8 - 10 часов, длительность действия - 24 часа) входит в этот список как неконкурентное средство для лечения артериальной гипертонии. Буква "B", стоящая в скобках после названия препарата, объясняет, что его следует использовать в случаях:

а) неэффективности препаратов других групп,

б) если другие препараты не подходят для лечения данного конкретного больного (из-за побочных эффектов и сопутствующих заболеваний).

Особенностям действия доксазозина и его эффективности было посвящено очередное заседание Всероссийского терапевтического общества, проводившееся в Москве 28.05.98 г. В рамках этого заседания под председательством главного терапевта г. Москвы проф. Л. Б. Лазебника был проведен круглый стол, посвященный обсуждению места доксазозина, выпускаемого Хорватской компанией "ПЛИВА" под торговой маркой **Тоникардин**, в лечении артериальной гипертонии. В дискуссии приняли участие известные специалисты в области фармакотерапии артериальной гипертонии: профессор Ю. Б. Белоусов, профессор А. Л. Сыркин, профессор В. В. Чельцов, д. м. н. Е. В. Ощепкова, д. м. н. М. Г. Глезер, профессор П. А. Воробьев и др.

В своих выступлениях участники круглого стола отметили, что в России группа α_1 -адреноблокаторов пока не нашла должного распространения, несмотря на появление препаратов нового поколения. Однако интерес к этой группе препаратов в мире достаточно велик. Только в США за последние годы доля больных гипертонией, принимающих доксазозин, достигла 8%. Это очень высокий процент, учитывая большое количество гипотензивных препаратов различных клинко-фармакологических групп.

Основная цель гипотензивной терапии - это снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Не случайно, в самое большое исследование о влиянии гипотензивной терапии на прогноз, которое будет завершено в 2001 - 2002 годах, наряду с препаратами известных в нашей стране групп (β -блокаторы, тиазидные диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ), включен доксазозин - The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). Это двойное слепое, многоцентровое, плацебоконтролируемое исследование, в которое будет включено 40 000 больных артериальной гипертонией старше 55 лет, за которыми будет проводиться наблюдение в течение 5 лет.

В настоящее время, как было отмечено в дискуссии, уделяется большое внимание использованию препаратов с многонаправ-

ленным действием. Помимо гипотензивного эффекта эти препараты должны положительно влиять как на липидный, так и на углеводный обмен. Такой препарат также может назначаться больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при которых препараты других фармакологических групп часто противопоказаны или не оказывают желаемый эффект (заболевания бронхолегочной системы, заболевания почек, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, гиперлипидемия, инсулиннезависимый сахарный диабет, пожилой возраст и др.).

Многонаправленность действия одного лекарственного препарата тесно связана с фармакоэкономикой и уверенностью врача в точном выполнении большого его рекомендаций. Как правило, одному больному с целью коррекции гипертонии и различных сопутствующих состояний часто приходится назначать несколько препаратов из различных групп, а лечение артериальной гипертонии - длительное, пожизненное. Поэтому, прием "горстей" препаратов в течение длительного времени невыгоден с экономической точки зрения и с точки зрения выполнения больным предписаний врача.

Определенное место в решении этой проблемы, как отметили участники круглого стола, может быть отведено Тоникардину. Его гипотензивная эффективность не зависит от возраста, расы и функции почек. Препарат обладает хорошей переносимостью, эффект первой дозы минимален. Результаты клинических испытаний, проведенных в ведущих кардиологических учреждениях, позволили клиницистам отметить положительное влияние препарата на факторы риска ИБС (улучшение липидного профиля, уменьшение гипертрофии левого желудочка, улучшение метаболизма глюкозы). Все это может сделать Тоникардин препаратом выбора для лечения артериальной гипертонии.

Более подробную информацию о препарате Тоникардин и о возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы "Плива" по тел.: 143 0390; тел/факс: 232 1549.



НОВАЯ ТЕХНИКА ФИРМЫ “ДРЕГЕР” В КАРДИОЛОГИИ

А. Дядюрко, врач высшей категории

Немецкая фирма “Дрегер” хорошо известна в мире как крупнейший производитель наркозной и дыхательной техники для отделений анестезиологии и реанимации. Около 30 лет назад ее приборы впервые появились в России и с тех пор пользуются неизменным успехом у наших специалистов. В некоторых клиниках функционируют аппараты Ромулюс, Сулла, Бэбилог, установленные около 20 лет назад. Есть ли более яркое свидетельство надежности этой техники?!

Для обеспечения медицинских учреждений нашей страны оборудованием фирмы “Дрегер” и организации его сервисного обслуживания шесть лет назад была учреждена российская фирма “Стромед” (лицензия Министерства здравоохранения РФ 30-03/235 выдана 15 мая 1996 года и действительна на всей территории РФ). Ее сотрудники - опытные врачи-анестезиологи и высококвалифицированные инженеры по обслуживанию и ремонту медицинского оборудования, прошедшие специальную подготовку на заводе-изготовителе - могут дать исчерпывающие ответы на любые вопросы по оборудованию фирмы “Дрегер”, придут на помощь в любое время дня и ночи. Кроме того, фирма “Стромед” предлагает свои услуги в области проектирования, установки и обслуживания систем централизованного газоснабжения в новых и подлежащих реконструкции медицинских учреждениях.

Оборудование фирмы “Дрегер” приобретают лучшие медицинские центры страны. Недавно оно установлено в Научно-практическом центре интервенционной карди-

оангиологии, в больнице МПС № 2 им. Семашко в Москве, в кардиохирургическом отделении областной больницы Благовещенска, в кардиологическом центре Волгограда; в кардиоцентре Тбилиси и во многих других.

Расскажем поподробнее о новинках фирмы “Дрегер”.

Рабочее место анестезиолога “ЮЛИАН” - универсальный наркозный аппарат со встроенным монитором. Аппарат предназначен для проведения любых методов анестезии, включая ингаляционную анестезию по полностью закрытому контуру с использованием низких и минимальных потоков. Аппарат можно использовать для проведения анестезии как у взрослых, так и у детей, причем, у больных с самой разнообразной патологией, в том числе и при многочасовых оперативных вмешательствах, включая операции на открытом сердце.

Самой последней разработкой в области наркозной техники фирмы “Дрегер” является наркозный аппарат “ФАБИУС”. Универсальность, экономичность и низкая стоимость прибора обеспечили ему ведущее место среди наркозных аппаратов, применяемых для рутинной работы в отделениях анестезиологии широкого профиля. Одним из главных преимуществ аппарата является его конструкция с электровентилятором и электронным управлением, встроенным монитором дыхательных параметров пациента. “Фабюс” позволяет проводить любые методы анестезии, в том числе и ингаляционную анестезию по полностью закрытому контуру с использованием низких и минимальных потоков.

Одним из новых аппаратов ИВЛ фирмы “Дрегер” является аппарат “ЭВИТА 2 ПЛЮС” для интенсивного лечения. Этот аппарат предназначен для всех видов респираторного замещения и поддержки функций дыхательной системы пациента - как взрослых, так и детей. Возможно проведение контролируемой вентиляции по объему с ограничением давления на вдохе (PLV) и контролируемой вентиляции по давлению (PCV). Поддержка дыхания пациента осуществляется с помощью создания вспомогательного давления на вдохе с триггерным механизмом (режим ASB). Аппарат обеспечивает давление под двухфазным положительным давлением (BIPAP), этот режим является оригинальной разработкой фирмы “Дрегер”. Метод сочетает черты вспомогательного дыхания и контролируемой вентиляции по давлению. Смена уровней давления сопрягается со спонтанным дыханием больного с помощью включения триггерного механизма. Возможно включение других режимов (MMV, Apноэ вентиляция), позволяющих проводить отсоединение пациента от искусственной вентиляции. В комплектацию аппарата входит увлажнитель и медикаментозный распылитель.

Все эти аппараты можно увидеть в рабочем состоянии в демонстрационном зале фирмы “Стромед”, который расположен по адресу: Москва, ул. Большая Дмитровка, дом 7/5, офис 22, телефон: 229 3306, факс: 232 6650.

Фирма **Стромед**

Облик от “АРТ-Альянс”

Профессиональное оформление помещений живописными и графическими работами - специализация этой студии. Служебное помещение банка или холл санатория, офис фармацевтической фирмы или кабинет участкового врача преобразуются под умелой рукой художников-дизайнеров. Строго выдержанный стиль и цветовая гамма создают в помещении хорошее настроение и сказываются на самочувствии тех, кто в них работает или отдыхает. Живопись, скульптура малых форм, постеры, фотографии и фитокомпозиции - арсенал художественных возможностей “Арт-Альянс” велик, что помогает наиболее полно учитывать предпочтения заказчиков.

Для оформления используется около 200 видов багета производства Англии, Италии, Германии, Швеции из пластика, различных пород дерева и металла, а также широкий выбор паспарту, от простого до музейного.

Помимо медицинских учреждений студии доверяли выполнение своих заказов представительства фирм “PFAFF” и “IVB” (Германия), “ICG Universal” (Китай), Троицкое отделение Мосбизнесбанка, Компания “Совтрансавто”, АО “АПС”, строительные фирмы “Артур Вануни Студио”, “Комплит”, Российско-американская фирма “Станбет”, а также ряд других организаций и частных лиц. Предложенные живописные полотна, а также оформленные помещения можно увидеть в интерьерах, помещенных в журнале “SALON”.

Адрес студии “Арт-Альянс”: 105203, Москва, 11-я Парковая ул., 14, тел./факс: (095) 465 5448.



Не только лекарства

На нашей старой даче рос дуб, к которому был прилажен скворечник. Туда ежедневно, в одно и то же время, прилетал дятел и начинал свой концерт. Он выбивал то длинные, то короткие дробы, стучал старательно, и звуки разносились далеко по окрестностям. Все, кто присутствовал на этих импровизированных концертах, заводили разговор об их возможной биологической подоплеке. Однако, перебрав все возможные варианты объяснения феномена, приходили к единой точке зрения: никакой "биологии" в стуке дятла нет, но есть его собственная потребность в гармонии...

Голосам животных, птиц, насекомых посвящено множество работ. Замечено, что в одних случаях они отличаются лишь ритмом: стук дятла, мурлыканье кошки, треск сверчка, в других - прослушивается мелодия: пение соловья, жа-



воронка - яркие тому примеры. Исследователи обратили внимание и на то, что особенно часто встречаются парные звуки типа цвинь-цвинь (синица), карр-карр (ворона), мур-мур (кошка). Первый лепет ребенка состоит опять-таки из парных звуков: гу-гу, ги-ги, да-да, ма-ма... Такие парные звуки есть и в языке многих примитивных народов.

Как это можно объяснить? Находясь еще в чреве матери, ребенок (плод) слышит звуки, сопровождающие биеение ее сердца: лаб-дапп, лаб-дапп... Звуки эти могут иметь разный ритм. В комнате, где находилось много новорожденных, воспроизвели с помощью

магнитофона биеение сердца отдыхающей матери. И что же? Большинство детишек вскоре заснули, а остальные спокойно лежали в кроватках. Магнитофон выключили. И тотчас многие младенцы проснулись, а некоторые начали кричать. В следующий раз спящим малышам поставили запись учащенных ударов сердца взволнованной женщины, причем той же громкости, что и в первом случае. Все тут же заволновались, будто испугавшись чего-то. Но стоило воспроизвести первую запись, как в детской воцарилась полная тишина. Биологические ритмы оказывают огромное влияние на жизнь всего живого. "Образцовым" коротким ритмом как раз и является биеение сердца, или сердечный ритм - это как бы метроном человеческой жизни.

“Дар Богов” В ЦЕЛЯХ ЛЕЧЕНИЯ...

Беседа четвертая

Когда я был маленьким мальчиком, в комнате, где мы жили, висели настенные часы. Под их громкое тиканье я засыпал и был счастлив. Но вот однажды арестовали моего отца. Часы продали, а с ними ушло и ощущение покоя. С тех пор минуло 60 лет. Но порой я физически ощущаю острую потребность в знакомых ритмичных звуках. Может быть, именно поэтому меня так успокаивают капли дождя, ударяющие по крыше деревянного дома...

Периодичность ритмичных звуков очень важна. Под звуки марша мы можем идти очень долго (ум-па - левой, ум-па - правой), если темп оркестра оказывается чуть медленнее, чем биеение сердца. На парадах этот темп усиливают до 72 шагов в минуту - в результате марш выглядит более эффектно, но становится более изнурительным - так долго не прошагаешь.

Ритм оказывает на человека более сильное воздействие, чем мелодия. Еще на заре человеческой цивилизации использовалось это его "волшебное" свойство. У многих народов под громкие ритмичные звуки барабана, бубна бурно пляшущие шаманы доводили себя до экстаза, чтобы пророчествовать и лечить.

Начиная с XVII - XVIII века на музыкотерапию обратилось самое пристальное внимание медицины. Этому способствовало и то обстоятельство, что христианство поддерживало идею Божественного влияния музыки на очищение души. В храмах звучали хоровое пение и органная музыка. Крупнейшие западные и отечественные композиторы сочиняли духовную музыку, созда-

вая подлинные шедевры. К счастью, и нам теперь доступно высокое наслаждение от соприкосновения с ними.

Как же врачи объясняли благотворное влияние музыки? В XVI веке доктор Кичер полагал, что музыкальный инструмент при игре вызывает колебание частиц воздуха. Они, в свою очередь, приводят к колебанию частиц тела человека и нагреванию всего организма. В результате происходит "испарение" болезнетворных "ядов и соков". Конечно, в настоящее время такая теория интересна лишь с точки зрения истории медицины. Развитие же ее естественных основ, характерное для всего XIX века, привело к тому, что музыкотерапию сочли шарлатанством. И только в самом конце прошлого и начале нынешнего века, с бурным развити-

ем физиологии и психологии, стали известны новые особенности жизнедеятельности организма, что и заставило ученых вновь вспомнить о музыкотерапии.

Обратимся к некоторым рекомендациям отечественного ученого, академика В. М. Бехтерева. "Чтобы вывести человека из того или иного настроения - наставлял он - надо дать ему послушать музыку, соответствующую этому настроению. Затем сменить характер музыки, чтобы достичь желаемого настроения. Однако в сложном музыкальном произведении, насыщенном разными темпами, сменяющимися порой контрастными по настроению мелодиями, практически невозможно предугадать, каким окажется его окончательное воздействие на человека. Вот почему для лечебных целей лучше делать подборку фрагментов из разных произведений на определенную тему, а также использовать произведения малых форм: романсы, песни, фортепьянные пьесы". Особенно мне близко суждение этого великого ученого о благотворнейшей роли колыбельных песен.

В последние 30 - 50 лет музыкотерапии посвящено множество книг (в основном, за рубежом). Однако уже не раз случалось, что увлечение одним каким-нибудь лечебным средством возводило его в ранг панацеи от всех болезней. Не избегала этой участи и музыкотерапия. Так, в Америке, Гавен Шоффлер создал "музыкальную фармакопею", где перечислены основные виды психических расстройств и указания, какие музыкальные произведения гарантируют излечение от них. На-

пример, от депрессии рекомендуется "Король гномов" Шуберта, от нервного истощения - "Утро" Грига, от меланхолии - "К радости" Бетховена и т. д. В медицинском мире поднялась буря. Одни врачи упрекали Шоффлера в излишней категоричности предписаний и в том, что он не учитывает личность больного, игнорируя его музыкальную культуру, вкус, индивидуальные особенности воспитания, возраст и т. д. Другие, напротив, с азартом ухватились за свежую идею. В результате в ход пошли "рецепты" музыкальных произведений для стоматологии, акушерства, педиатрии, наркологии, сексопатологии...

Научно обосновано и четко разработано применение музыки в качестве психотерапевтического средства. Методика эта сложная, она учитывает характер заболевания, индивидуальные особенности пациента, а также требует большого количества специально подобранных произведений, аппаратуры, соответствующего помещения, мебели, подготовленного персонала.

Что касается других медицинских специальностей, то впервые музыка стала применяться хирургами (по-видимому, в годы первой мировой войны). Вот одна из методик. Перед началом операции пациент просматривает имеющиеся записи и выбирает определенные произведения на свой вкус. Если операция проходит под общим наркозом, то музыка не только помогает легче адаптироваться к самой обстановке в операционной (больному там страшно), но и способствует гладкому протеканию первой стадии - "возбуждения". При проведении операции под местной анестезией музыка сначала звучит во всей операционной, а затем отключается и продолжает звучать только в наушниках пациента. Она отвлекает его от тяжелых мыслей, заглушает переговоры хирурга с его ассистентами, "поглощает" звон инструментов на подносе и другие неприятные шумы.

Особенно широкое применение нашла музыка во время сеансов лечебной физкультуры.

Если лечебное воздействие музыки определяется как музыкотерапия, то ее психогигиенический эффект вполне можно назвать музыкалогией. Десятки прекрасных специалистов разработали "музыкалогические" приемы, предназначенные, в частности, для производственной сферы. Вот не-

которые практические советы. Для прессовых и других очень шумных цехов необходимо подбирать ритмы, соответствующие производственным, и передавать их через специальные наушники. Музыка как бы нивелирует производственный шум, снижает утомляемость и благотворно воздействует на производительность труда. При работе на конвейере (например, на часовом заводе) рекомендуется наоборот, не ритмичная, а мелодичная музыка, причем, желательно, легко усваиваемая, чтобы не отвлекала внимания.

Ну а в обычных, так сказать, житейских условиях? Сравнительно часто мне приходится выступать перед врачевными и учительскими аудиториями, и я всегда спрашиваю, что делают мои слушатели в первые десять минут после возвращения с работы. Увы, ответы слышу стандартные: "Включаю телевизор", "Передеваюсь", "Готовлю обед или ужин", "Узнаю, где отсутствующие члены семьи", "Разбираю сумку с купленными продуктами".

А вот многие мои студенты-медики отвечают иначе. Дома, после занятий, они слушают современную танцеваль-

шению слуха, шуму в голове и т. д.), которые раньше наблюдались только у пожилых людей, работавших с пневматическими отбойными молотками.

В течение нескольких десятилетий, приходя домой, я включал проигрыватель и ставил пластинки со старинными танго, ариями из "Травиаты", режизера - из "Пиковой дамы". Моя музыкалогическая десятиминутка отлично помогала снять все накопившиеся за рабочий день негативные эмоции. В последние два года я слушаю почти исключительно радиостанцию "Орфей", поскольку ее музыкальная программа способствует психологической разрядке...

В условиях больницы использовать музыкалогическую технику довольно сложно. И все-таки, исходя из биологических ритмов, которым подчинена наша жизнедеятельность, с учетом медленно улучшающегося оснащения стационарных лечебных заведений и назначаемых больным процедур, хочу посоветовать следующее. В утренние часы - бодрящая музыка, в обед - музыка разного характера ("по заявкам радиослушателей"), вечером - лирическая и спокойная. Конечно, нельзя

забывать, что восприятие у людей бывает самое неожиданное - одно и то же музыкальное произведение одного может взбодрить, а у другого вызовет приступ резкого раздражения. Поэтому музыку необходимо сделать "индивидуальной", то есть обеспечить ее прослушивание через наушники (как это давно уже делается на многих авиалиниях). Вот почему следует только приветствовать тех пациентов, которые приносят с собой маленькие приемники с наушниками и наборы кассет с любимыми записями, - они никому не мешают, но при этом

отвлекаются от больничной, будничной жизни.

Хотелось бы напомнить в этой связи слова академика Бехтерева, мечтавшего, "чтобы потомки наши могли не только наслаждаться прекрасной музыкой, как и мы, но чтобы они с эстетическим наслаждением могли руководствоваться при слушании музыки и интересами своего здоровья и в то же время могли бы владеть стихией звуков, этим удивительным "даром Богов" в целях лечения, могли бы смягчить ими свои страдания и воспитать в детях лучшие черты человеческой натуры".

Н. Коростелев



Пульс

издательство

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

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- 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 фото-корреспонденты 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.

Подписка оформляется в почтовых отделениях:

по каталогу **Роспечати**индекс - 71759

по каталогу **Деловой Прессы**индекс - 41978

по **объединенному каталогу гос. комитета Российской Федерации по связи и информатике**

.....индекс - 87092

В редакции Вы можете оформить подписку с любого месяца

Стоимость подписки на 1 месяц - 50 руб., на 1 год - 600 руб.

Реквизиты для оплаты: ООО "НИИ

Медико-Экономических Исследований", ИНН 5007032106, р/с

40702810840080100160 в ОСБ

№2561 МОБ СБ РФ г.Москва, к/с 30101810900000000323, БИК

044652323. В графе платежного поручения необходимо указать Ваш точный почтовый адрес.

Адрес редакции:

103460, г.Москва а/я 81, контактные телефоны: 530-59-26, 533-27-10



ТОО "РАНДА" АО "ДЕМИ"

Тел.: (09656) 434 82 Факс 417 09

Защита

радиационная

- ✓ Свинец листовой 1-2-3-4 мм
- ✓ Барит молотый
- ✓ Резина рентгенозащитная.
- ✓ Стекло рентгенозащитное

А так же: фартуки, перчатки, касеты, экраны, пленка, хим. реактивы, фонари, негатоскопы, флюороскопы, эхогель, бария сульфат.

141120, Московская область, г. Фрязино-5, а/я 49

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854, 465 4445

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

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

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

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

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

Главный редактор Г. Денисова Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445

www.dataforce.net/~hospital;

E-mail - hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

Цена
договорная