

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS

*Не падай духом
в несчастье!*

12 • 96

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ



Сердечно-сосудистые заболевания - основная причина смертности во всем мире. В России ситуация особенно тревожная. Огромная социальная и медицинская значимость этой проблемы диктует необходимость принятия радикальных решений. На эти и другие актуальные вопросы кардиохирургии призван ответить III Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. В его работе принимают участие ведущие специалисты России и СНГ, а также представители крупнейших мировых школ кардиохирургии. Успешной работы, коллеги!

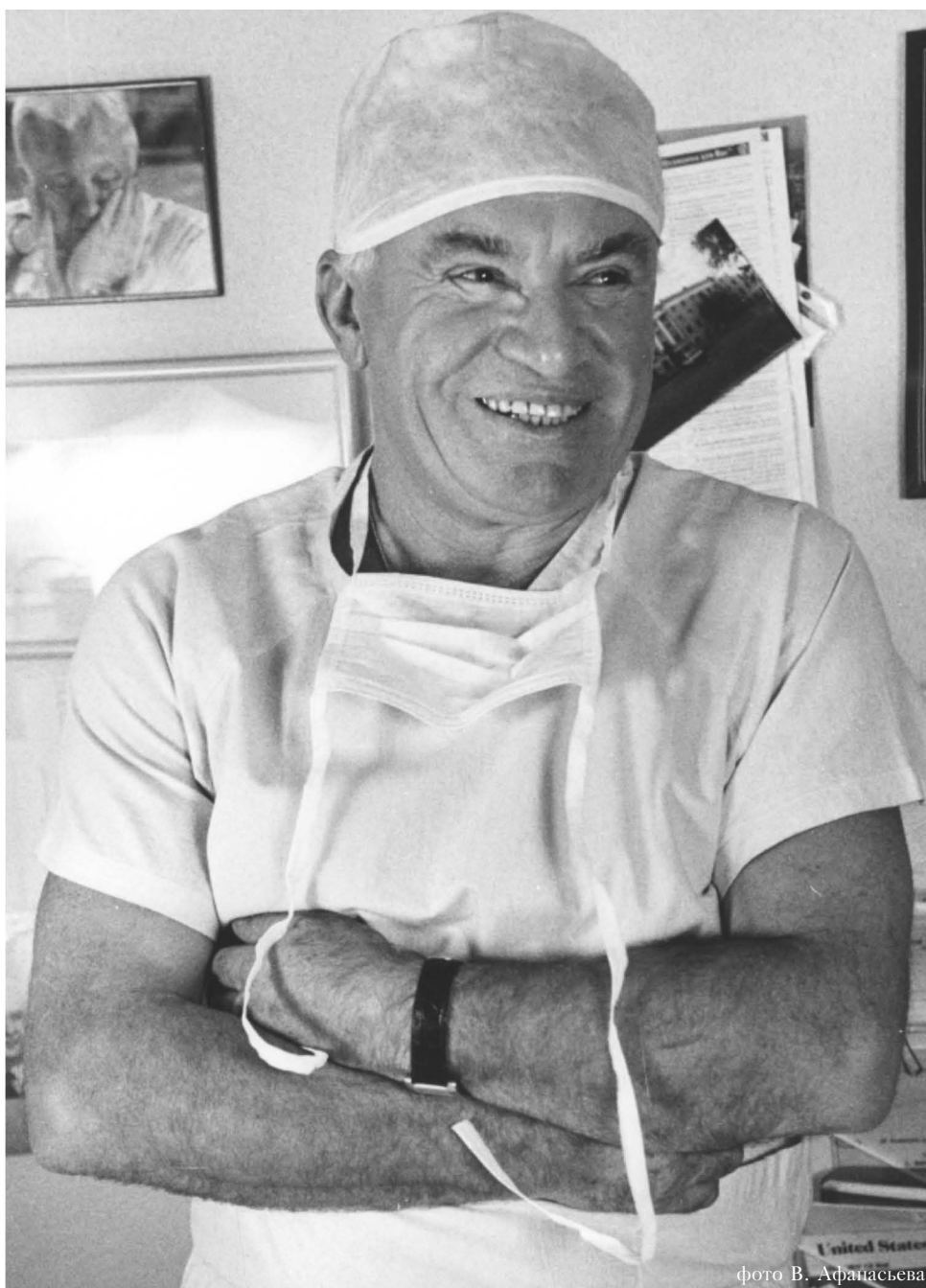


фото В. Афанасьева

"Я думаю, что нет ни одной области человеческой деятельности, где бы за четыре десятилетия возникло нечто такое же содержательное, как в хирургии сердца..."

Л. Бокерия



В старинное здание на Ленинском проспекте попадаешь, как в некую страну, по которой можно путешествовать долго и не переставать испытывать чувства восхищения, благодарности и бесконечного удивления. Это дом, где "склеивают разбитые сердца". Работают здесь Мастера - немногословные, сосредоточенные. В этих стенах у многих проходит целая жизнь - они вступают сюда молодыми врачами, набираются опыта, а потом щедро его отдают больным и своим более юным коллегам. Им нелегко приходится в наше трудное время, но они ни на сантиметр не снижают планку мастерства, а планка эта на уровне мировых стандартов.

Сегодня мы знакомим читателей с деятельностью Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. Материалы подготовил Михаил Кукулевич

Быть лучшими

Владимир Иванович Бураковский с 1966 года и до своей кончины в 1994 году возглавлял Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН.

Своими сегодняшними достижениями Центр в большой степени обязан ему. Здесь работают ученики Владимира Ивановича, которые могли бы сказать очень много теплых слов о своем учителе. Строки из его книги "Первые шаги" сегодня звучат как напутствие им.

"1960 - 63 г. г. Все молодое отделение врожденных пороков сердца института сердечно-сосудистой хирургии охвачено энтузиазмом. Мы должны быть лучшими, первыми. Для этого надо много работать, знать, бескорыстно трудиться."

О качествах характера ученого - руководителя:

"Я очень много думал, какими чертами характера должен обладать ученый-хирург, чтобы создать современную хирурги-

ческую клинику. Нужно... чтобы руководителем обладал такими качества-

ми, как принципиальность, твердость и глубокая порядочность. Если это есть, расчет на успех оправдан. Руководство Центром должно быть в первую очередь авторитетным. Во главе учреждения должны стоять профессионалы высокого класса, продолжающие повседневную научно-практическую работу. Еще одно качество, необходимое для руководителя современного типа - умение быть объективным, беспристрастным в оценке происходящего."

О профессии:

"Давно бытует определение нашей профессии: хирургия - это наука, хирургия - это искусство, хирургия - это ремесло. Я бы добавил: хирургия еще и философия, и образ жизни, и призвание. Если ты все силы отдаешь избранному делу - ты хирург. Если ты ему отдан наполовину - то ты хирург лишь наполовину."



С НОВОСЕЛЬЕМ!

В этом году Научному центру сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева исполняется 40 лет. В канун юбилея крупнейший в стране центр по лечению сердечно-сосудистой патологии справляет новоселье на Рублевском шоссе, 135. Возможности центра расширяются. А пока...

Ежегодно здесь проводится более 3500 операций: 1840 - на открытом сердце, около 500 операций по исправлению приобретенных пороков сердца.

Врожденные пороки сердца составляют более 1500 операций, около 900 из них проводится на открытом сердце.

Ежегодно здесь делают более 400 операций аорто-коронарного шунтирования, около 1000 селективных коронарографий.

В прошлом году проведено 9100 рентгенохирургических исследований и более 360 рентгеноэндоваскулярных хирургических и катетерных процедур.

Было сделано около 450 операций по поводу сосудов и 163 операции на открытом сердце по поводу нарушений ритма.

Имплантировано 100 физиологических электрокардиостимуляторов, 15 кардиовертеров-дефибрилляторов у больных с угрозой внезапной смерти.

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" 32608. Газета выходит 1 раз в месяц.

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 своем коллективе.

ОПЕРАЦИИ БЕЗ СКАЛЬПЕЛЯ

Б. Г. Алекян, профессор, руководитель отделения рентгенохирургических методов исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов

Наши пациенты - люди всех возрастов, страдающие врожденными и приобретенными заболеваниями сердца, патологией магистральных сосудов, ишемической болезнью сердца. Каждый день около 20 человек (свыше 2800 в год) проходят внутрисердечное обследование в отделении. Одним из основных видов исследования является коронарография.

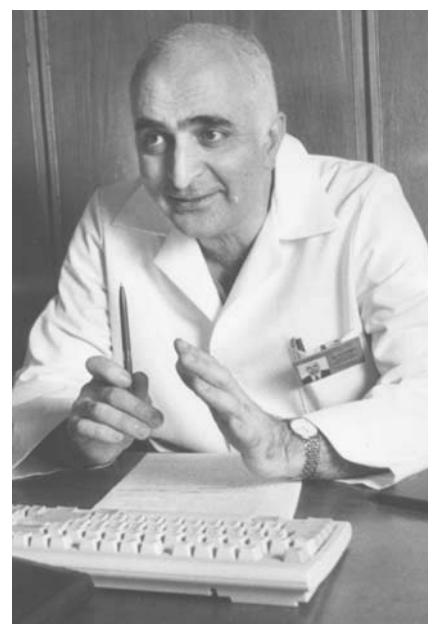
Мне часто задают вопрос - что это за процедура и как она проводится? Катетер через сосуды паховой области проводится в пораженную атеросклерозом коронарную артерию. Далее она заполняется контрастным веществом и производится киносъемка, на которой точно локализуется пораженный участок, который может привести больного к инфаркту миокарда. На сегодняшний день другого метода точной диагностики патологии коронарных артерий в мире нет. В США ежегодно выполняется коронарография у полутора миллионов больных. В настоящее время это рутинная процедура. К сожалению, в нашей стране участковые кардиологи направляют пациентов в специализированные клиники зачастую лишь тогда, когда они уже находятся на грани или даже за гранью операбельности, и мы уже не всегда можем им помочь.

Сегодня мы пытаемся изменить ситуацию, работаем с участковыми врачами - кардиологами. Приток пациентов на внутрисердечное обследование постепенно растет. Так, если в 1994 году коронарогра-

фия была выполнена у 500 больных, то уже в 1996 году к нам пришло более тысячи.

Вообще, любому гражданину России и СНГ попасть к нам на обследование не представляет каких-либо проблем. Наряду с диагностическими исследованиями мы широко внедряем в клиническую практику методы катетерного или, как его еще называют, интервенционного лечения. Это активные вмешательства, суть которых заключается в том, что при этом не вскрывается грудная клетка. Это дорогие и быстро развивающиеся технологии. На сегодня в отделении выполнены такие операции у 2750 пациентов. В основном это больные с ишемической болезнью сердца, дети с врожденными пороками сердца, заболеваниями аорты и ее ветвей.

Своевременная коронарографическая диагностика позволяет установить точный диагноз и выполнить эффективно операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) или коронарную ангиопластику. У половины пациентов с ИБС коронарная ангиопластика является альтернативой аорто-коронарному шунтированию. Основное преимущество метода - высокая эффективность при малой травматичности. Большой проводит в клинике максимум 48 часов. Сейчас разработан и широко внедрен в клиническую практику метод коронарного стентирования. Стент - это эндопротез, который имплантируется в коронарный сосуд (это очень



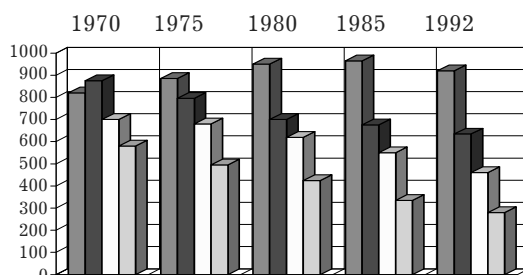
дорогое устройство, которое стоит от \$1,5 до \$2 тысяч), что позволяет уменьшить частоту последилатационного рестеноза до десяти процентов.

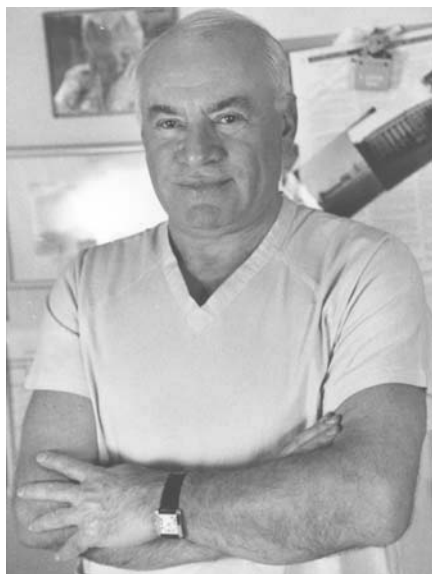
Что же касается эндоваскулярных операций у детей с врожденными пороками сердца, то тут эффект просто поразительный. Мы сделали уже более 780 операций новорожденным и детям с сужением клапана аорты и легочной артерии. Терминальные больные, в результате однократного вмешательства, уже на второй день могут быть выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Это очень серьезное направление!

Мы выполнили расширение аорты при ее коарктации и при сужениях легочной артерии у 280 больных. Впервые в нашей стране имплантировали стенты при коарктации и рекоарктации аорты, при сужениях легочных артерий, эмболизированы спиралью Гиантурко коронарно-сердечные фистулы и открытый артериальный проток. При патологии брахиоцефальных, почечных артерий и артерий, питающих нижние конечности, выполнены операции более чем у 400 больных. В отличие от ангиопластики у больных с ИБС, при которой все же почти треть пациентов возвращается к нам в связи с рестенозом коронарных артерий, у больных с рядом врожденных пороков сердца, как правило, результат окончательный.

Стандартизированный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения (на 100.000 жителей)

■ Россия
■ Финляндия
■ Англия
■ Япония





Лео Антонович Бокерия - известный кардиохирург, ученик В. И. Бураковского. Он автор многих операций на сердце, человек, внедривший в практику отечественной медицины современные методы хирургического лечения жизнеугрожающих аритмий сердца, врожденных и приобретенных болезней сердца. С его именем связано развитие операций с использованием гипербарической оксигенации, новых подходов к лечению ишемической болезни сердца и многое другое. Сегодня лауреат Ленинской и Государственной премий, академик РАМН Лео Антонович Бокерия руководит Научным центром сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева. Мы беседуем с ним о его жизненном пути, о насущных проблемах кардиохирургии.

- Лео Антонович, почему все-таки хирургия сердца, а не какая-то другая область этой профессии?

- Это, конечно, не случайно. Я вообще не люблю быть на обочине, но совсем не потому, что какой-то карьерный человек, а просто так интереснее жить! В доперестроечные времена у меня была такая шутка, что если живешь в городе, то надо жить в центре, а если этот город Москва, то надо работать директором Кремля и т. п. Поэтому, если медицина - то в ней хирургия, а если хирургия, то в ней хирургия сердца. В 1-й Московский медицинский институт поступил в 1959 году и учился с большим удовольствием. С четвертого курса начал заниматься

наукой у крупнейшего нашего ученого, тогда ректора института академика В. В. Кованова. Занимались мы наукой в малоприспособленных подвальных помещениях, материальная база института была слабая, но какой энтузиазм! Такая плеяда замечательных ученых вышла из этих подвалов - Г. М. Соловьев, В. И. Шумаков, Г. Э. Фальковский, А. М. Хилькин, Ю. Ю. Бредикис - всех не перечислить. Многого не было, но было главное - свобода творчества и доверие наших учителей к нам, молодым. Потрясающие были времена! И все же в молодости я не вполне представлял себе, как долгие пути кардиохирурга к операционному столу. Многие не выдерживают, сходят с дистанции. Мне, конечно, очень повезло с учителем. Владимир Иванович Бураковский был не только выда-

нард, гость и участник съезда, сделавший первую пересадку сердца. Сколько его поливали грязью! А он ведь не только пересадки - тысячи разных операций на открытом сердце сделал. Специалист высочайшей квалификации, высочайшей! Человек-легенда.

Несмотря на мощную техническую поддержку, всю эту технику, электронику, главным инструментом остаются руки хирурга, его опыт, интуиция. Да, перед каждой операцией еще и еще раз продумываю весь ее ход. Это очень важно. Как хирург я уверен в себе, знаю, что максимально сумею защитить сердце, но все равно есть какой-то процент людей, которые умирают на операционном столе. И когда это случается с моим больным, то знание статистики никак не успокаивает.

Очень тяжело бывает отказывать

ВРАЧ ДОЛЖЕН

ожищимся ученым и великим хирургом - он был совершенно удивительным человеком. В нем была какая-то врожденная, генетическая человечность, потрясающая преданность друзьям.

За 40 лет существования кардиохирургия прошла огромный путь. Врачи испокон века считали, что к сердцу нельзя подступиться. И вдруг к нему подступились и как!

Возникла целая индустрия для сердечно-сосудистой хирургии: аппараты искусственного кровообращения, искусственного легкого, сосудистые протезы, клапаны и, наконец, искусственный левый желудочек, механическое сердце. Думаю, нет ни одной области человеческой деятельности, где бы за четыре десятилетия возникло нечто такое же содержательное, как в хирургии сердца.

А какие люди стояли за всем этим! Потрясающие люди! Вот Уолтер Лехай. Он сделал первую операцию на сердце ребенка, используя, так называемое, перекрестное искусственное кровообращение. Сердце ребенка отключалось, а в качестве насоса действовало сердце его отца или матери, которое "крутило" кровь за двоих. И эти дети живы до сих пор! А было это в начале пятидесятых.

Или вот Мирковский, создавший первый имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор. Сделал он его потому, что в молодости у него внезапно умер друг, и он тогда поклялся, изобрести устройство, которое бы могло помешать внезапной смерти. И сделал! В устройство заложен крошечный компьютер, превосходящий по своим возможностям само сердце.

А живая легенда - Кристиан Бер-

больному в операции, когда он, по тяжести состояния, не может ее перенести. Чувствуешь свое бессилие. Но это же чувство заставляет работать мозги, когда болезнь есть, а нужной операции нет. Начинаешь думать. Вот, скажем, операция, которую я предложил при синдроме удлиненного интервала Q - T, генетически наследуемом заболевании, в 95% случаев заканчивающимся внезапной смертью, если своевременно не предупредить ее специальными методами лечения. Эту операцию можно критиковать, как любую другую, но она есть. Или вот еще пример. Тяжело шли операции по поводу синдрома WPW. А в это время появилась методика электрического воздействия на атриовентрикулярный узел. Я подумал, что этот метод можно перенести, имея в руках очень точный способ картирования сердца. Попробовали - и получили хороший результат.

- Как вы оцениваете состояние кардиохирургической помощи в нашей стране?

- Очень непростой и больной вопрос. Вот смотрите, мы можем делать в нашем Центре все, чем владеет на сегодня мировая наука. Но это наш Центр. В стране же около 40 кардиохирургических центров, но многие из них вообще не могут проводить операции с искусственным кровообращением. Нет денег. Сегодня в России делают чуть больше 40 операций на открытом сердце на миллион населения. А американцы уже ушли за 2000. ВОЗ выдвигает такое требование - на каждый миллион населения должен быть кардиохирургический стационар и он должен делать не менее тысячи операций

по коронарному шунтированию.

Почему же такая огромная разница? Вопрос, я бы сказал, философский. Кем у нас всегда был врач в глазах общества? Человеком, прибегающим на помощь. Это в корне неправильно. Врач это тот, кто лечит и излечивает. В этом суть высококвалифицированной помощи! Каждый врач должен быть нацелен на конечный результат - полное возвращение утраченного здоровья. Именно за это он должен получать деньги. Но у него должно быть все, чем владеет современная медицинская наука. Огромную роль в снижении смертности от ИБС играет аорто-коронарное шунтирование. Оно должно быть доступно всем. У нас же в стране, несмотря на широкую, разветвленную сеть медицинских учреждений, это доступно очень немногим. Живет, положим, человек в глубинке. Заболел, приходит в поликлинику, участковый врач направляет его на обследование сначала в район, потом - в область. Обследование закончено - диагноз серьезный. Где и как лечить? Полный объем помощи могут оказать

пойдем по этому пути, то наша медицина, с нашими мозгами и руками, не будет иметь себе равных в мире! Я в этом глубоко убежден.

Тяжелое положение у нас сейчас с кадрами кардиологов на местах, с их квалификацией. Врачей нельзя за это винить - без современной техники они бессильны. Ведь кардиолог - это специалист, который сам обследует больного, и, если нужно, сразу делает ангиопластику. Вот сейчас приехал мой товарищ из Германии. Он был в Гамбурге, и там у него случился сердечный приступ. Поскольку у него была туристическая страховка, его по "скорой помощи" взяли в больницу, сделали коронароангиографию и тут же - ангиопластику. На следующий день выписали, а через три дня он вернулся в Москву. И это все сделал обычный кардиолог! У нас же кардиологов, владеющих методом коронарографии - единицы. Куда же они могут направить больного, если просто не знают, о чем идет речь. Вот в этом и состоит большая проблема - насытить страну инструментальными методами

оборудование, много всего другого. Для нас пуск этого здания - долгожданное и радостное событие. Да и для пациентов, сегодняшних и потенциальных - тоже.

- Лео Антонович, расскажите немного о себе. У вас в семье есть еще медики?

- Да, я врачом стал по примеру старшей сестры. Нас было у матери трое, отец рано умер, детство было тяжелое, как и у всех ребятшек послевоенной поры. Помню 1947 год, очень голодали. А уже моя семья - чисто медицинская: жена врач, мы вместе учились в институте, обе дочери с отличием окончили 1-й медицинский институт. И зятя - тоже врач, они все вместе учились. Только внук Антоша пока еще не врач - ему только год и 5 месяцев.

- Что сегодня тревожит больше всего?

- То, о чем я уже говорил - наши руки, наше умение доступны далеко не всем пациентам. Вот был у меня недавно на приеме полковник милиции из Душанбе. Его малышу необходима операция по

ЛЕЧИТЬ И ИЗЛЕЧИВАТЬ

только в Москве, Санкт-Петербурге и еще в двух - трех городах. Б. В. Петровский это очень хорошо понимал, потому и создавал, в бытность свою министром, институты и центры по всей стране. Сколько их надо, чтобы помощь не опаздывала? В Америке 870 кардиохирургических центров, а у нас их в двадцать с лишним раз меньше. Но и это не главное. Различен подход к делу. Вот нам дают миллион рублей и говорят: сделайте на них операций столько, сколько сможете. При нормальном здравоохранении подход другой: рассчитывают потребность, т.е. сколько и каких нужно сделать операций, а потом уже ищут средства на их проведение. Основная тяжесть расходов ложиться на страховые компании. Продуманное законодательство позволяет все это правильно решить. Если мы подойдем к этому с государственных позиций, примем соответствующие законы, тогда решим проблему. Может быть, стоит пойти по пути Бисмарка, через больничные кассы: чтобы каждый имел страховку, половину которой он оплачивал бы сам, а половину - работодатель. В конце - концов, надо вернуть человеку те средства из подоходного налога, которые растворяются в общих расходах на медицину, пусть люди сами их контролируют и сами решают как использовать. Так живет весь мир, и налицо потрясающий прогресс в лечении тяжелейших заболеваний. Если мы

обследования и научить врачей ими пользоваться.

- Лео Антонович, как скажется на вашей работе ввод нового здания Центра?

- Мы сможем значительно расширить объем оказываемой помощи. Там замечательное, оснащенное современной техникой здание. Множество операционных модулей, сделанных из стали, что позволит соблюдать на высочайшем уровне санитарно-эпидемиологический режим. Установлено самое современное рентгеновское оборудова-

поводу врожденного порока сердца. Граждан России мы оперируем бесплатно, а ему за операцию нужно заплатить 30 миллионов. Он говорит: в чем я виноват, за что такое наказание? И действительно, где он возьмет такие деньги? Мы не имеем права брать ребенка бесплатно, но все же возьмем. Но это не решение вопроса, правда? А решать его надо и как можно скорее. От этого в прямом смысле зависит жизнь нации. От заболеваний сердечно-сосудистой системы мы теряем людей больше, чем на войне.





КАК МЫ БОРЕМСЯ С АРИТМИЕЙ

А. Ш. Ревивили, профессор, руководитель отделения хирургии тахикардий, лауреат Государственной премии

Основным направлением в работе нашего отделения является разработка методов хирургического лечения нарушений ритма, которые не поддаются лечению путем приема антиаритмических препаратов. Сегодня отделение располагает самым большим опытом в мире по хирургическому лечению резистентных форм тахикардий (1700 операций). Причем, в Институте выполняются сложные сочетанные операции у больных с ишемической болезнью сердца, врожденными и приобретенными пороками и сложными нарушениями ритма.

Следующим важным направлением в лечении аритмий явилась разработка методов катетерного разрушения зон, "ответственных" за формирование аритмий.

Во время проведения диагностики мы выявляем зоны, вызывающие аритмию сердца, и пытаемся воздействовать на них энергией радиочастотного тока. Дозированная, специально модулированная энергия, не вызывая фибрилляции сердца, производит точечный микронекроз. Если аритмогенная зона найдена точно, то человек полностью излечивается от аритмии. Из всех методов эндоваскулярной хирургии методика устранения врожденных аритмий с помощью катетера является истинно радикальным методом лечения - она устраняет причину болезни.

Конечно, не все виды аритмий поддаются такому лечению, но есть одна патология, которую мы устраняем только таким путем. Это синдром Вольфа - Паркинсона - Уайта (синдром WPW), названный так по именам двух американских и одного английского кардиолога. Опыт, приобретенный при лечении этого синдрома, вплотную приблизил нас к понима-

нию причин возникновения аритмий, их зарождения. Причем, именно кардиохирурги сыграли здесь решающую роль: они обнаружили анатомический субстрат - дополнительные проводящие пути. Оказывается, что многие дети рождаются с такими дополнительными пучками, но к шестимесячному возрасту у большинства из них они резорбируются (рассасываются). У других же они остаются, вызывая приступы учащения сердечного ритма, так называемую пароксизмальную тахикардию. Теперь мы таким больным в большинстве случаев можем помочь используя нашу методику.

Процесс поиска и ликвидации зон аритмий вызывает у меня, в частности, ощущение охотника, взявшего на прицел какую-то дичь. Точный выстрел - и все, болезнь кончилась! Это просто фантастика, когда на пятой секунде после включения прибора видишь результат. В этот момент и с сердцем самого хирурга что-то происходит: на мгновение оно замирает, а потом наполняется радостью.

К сожалению, есть целый ряд больных - с ишемической болезнью, с пороками сердца, которым показана только "большая" операция. Сейчас это половина из 100, а раньше оперировали всех!

Наша методика, я думаю, будет постепенно вытеснять терапевтические методы лечения, ведь она эффективнее даже чисто экономически. В основе терапии пароксизмальных тахикардий, например, лежит длительный, многолетний прием антиаритмических препаратов, совсем, надо сказать, не дешевых. Мы подсчитали, что только за счет прекращения приема этих препаратов стоимость операции окупается за три - пять лет.

Уточнение показаний для проведения операции еще продолжается, но уже совершенно ясно: когда больной жалуется на приступы тахикардии с частотой сердечных сокращений 160 - 200 в минуту, когда у него ощущение головокружения и ему приходится то и дело вызывать врача, то это наш пациент. Он должен пройти электрофизиологическое исследование, чтобы мы могли понять причину его недомогания и, если возможно, локализовать прямо во время исследо-

вания.

Вторым направлением в электрофизиологической диагностике и лечении является разработка специальных антиаритмических устройств. Здесь их потребность определили кардиологи, которые сочли, что в ряде случаев большая операция для удаления малого субстрата недопустима. Мы начали разрабатывать системы, позволяющие не лечить, а снимать проявления болезни с помощью электростимуляции, мелких разрядов и т. п. Появились физиологические сердечные стимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы - приборы, которые без помощи врача реанимируют человека, если у него вдруг остановилось сердце. У нас такой статистики нет, а в США известно, что примерно 400 000 человек в год умирает внезапно. Подавляющее большинство - от желудочковых нарушений ритма! Единственное спасение здесь - подобное устройство. Ведь далеко не всегда машина скорой помощи, имеющая дефибриллятор, приедет в течение нескольких минут. А аппарат, как говорится, всегда при тебе. Конечно, это очень дорогое удовольствие, но американская медицина это выдерживает - в 1995 году там имплантировано 22 000 таких дефибрилляторов.

В нашей стране сделано всего 45 таких операций, зато нам удалось поставить больному аппарат самого последнего, пятого поколения. Это произошло благодаря совместной работе с Институтом биомедицинской техники в Эрлангене (Германия). Это устройство может устранять все виды аритмий, оно небольшое, весит всего 100 г, ставится в подкожную клетчатку, а электрод вводится в сердце через вену. Мы поставили 45 таких устройств, в Англии ставят 80 ежегодно, то есть, от Европы не очень отстаем. Конечно, до США, где страховая медицина развита замечательно и где больной может подать в суд, если ему не сделали то, что нужно, нам далеко. Безусловно, нужна государственная программа, финансирующая разработку этих не дешевых, но, в конечном итоге, сберегающих огромные средства методов. А мы уж постараемся использовать эти методы наиболее эффективно.

Врачи знают: от чего бы ни умер человек - от инсульта, инфаркта и т. д. - непосредственной причиной смерти часто являются именно сложные нарушения ритма. Так что актуальность этой проблемы ни у кого не вызывает сомнений.

Наше отделение занимается лечением тех нарушений ритма сердца, для которых хирургический метод не применяется. Кроме того, важнейшей нашей задачей является разработка неинвазивных, то есть бескровных, безопасных для больного методов, позволяющих диагностировать и прогнозировать возможность развития серьезных сердечных заболеваний, в том числе и жизнеугрожающих аритмий. Аритмии проявляются и при ишемической болезни

Методы эти достаточно тонки, их прогресс напрямую связан как с развитием медицины и физиологии, так и с совершенствованием компьютерных технологий. Сегодня мы по одной, но специально записанной и обработанной кардиограмме, можем сказать, есть ли у больного, пришедшего к нам после инфаркта, реальный риск развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной смерти. Мы можем оценить изменения сердечного ритма, появление аритмий, ишемии миокарда в течение суток.

У нас сейчас работает система, позволяющая контролировать состояние больного в амбулаторных условиях. Человек, сидя дома, может передать по телефону свою ЭКГ и получить консультацию. Хорошая американская система,



ДИАГНОСТИКА, ПРОГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ

*Е. З. Голухова, доктор медицинских наук,
руководитель отделения неинвазивной аритмологии,
лауреат премии Ленинского комсомола*

сердца, и при врожденных и приобретенных пороках, и при кардиомиопатиях, миокардитах, и при множестве других заболеваний. Для нашей страны это особенно важно: в структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания у нас опережают все другие виды заболеваний. По этому печальному показателю мы далеко опережаем другие, тоже не вполне благополучные страны, такие как Финляндия, Англия или Япония. Кроме того, для нашей страны характерна высокая частота внезапной смерти у сравнительно молодых людей.

Сегодня практически любой человек, обратившийся к нам по поводу болей в сердце, может получить четкий ответ на вопрос: болен ли он, опасно ли его заболевание для жизни, подходят ли для его состояния работа, которой он занимается и образ жизни, который он ведет. Кроме того, исходя из предполагаемой степени риска, мы выберем для него соответствующий метод лечения: или это радикальная хирургическая операция, или терапевтическое лечение с тщательным подбором препаратов.

она проанализирует ЭКГ в автоматическом режиме, выдаст больному соответствующие рекомендации. Все полученные по телефону ЭКГ хранятся в памяти компьютера и анализируются врачом.

В чем еще сильная сторона нашего отделения? У нас собраны практически все существующие на сегодня методы неинвазивной диагностики, в том числе и ультразвуковые. Я была на стажировке в Германии и США, там, например, существуют лаборатории, которые занимаются только, скажем, поверхностным многоканальным картированием, или только ЭКГ высокого разрешения, позволяющим оценить поздние потенциалы желудочков и предсердий и т. д. Пусть у нас пока тесно, зато мы можем мгновенно получить ответ на большинство волнующих вопросов, увеличить точность прогноза, выбрать наиболее правильную тактику лечения.

Сегодня мы можем оценить и такую, безусловно важную вещь, как состояние автономной регуляции сердца, выявить, какое звено этой регуляции - симпатическое или парасимпатическое - преобла-

дает у данного пациента и назначить соответствующее лечение.

Мы никогда не скрывали своих знаний и готовы поделиться ими со своими коллегами. Недавно я выпустила специальную брошюру, в которой все это рассказываю именно для кардиологов. Есть у нас и специальный учебный курс, который прошли более 100 врачей со всего СНГ. Он называется "Курс аритмологии с основами электрофизиологии". Смотрите, какие животрепещущие циклы: наджелудочковые аритмии, синдромы перевозбуждения желудочков, внезапная сердечная смерть, желудочковые аритмии, нарушения сердечного ритма у детей, брадиаритмии. Руководит курсом директор института и руководитель нашего отдела аритмологии академик Л. А. Бокерия. В качестве преподавателей выступают не только наши ведущие специалисты, но и известные ученые в данной области из КНЦ, Медицинской академии, МОНКИ. В ноябре у нас уже прошел один из циклов, в январе предстоит другой.

Мы приглашаем всех кардиологов, которых волнуют проблемы аритмологии к нам учиться. Что же касается наших потенциальных пациентов, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи, то они могут к нам обращаться напрямую.

Контактный телефон для врачей и пациентов: 236 4613.



Официальным спонсором нынешнего съезда сердечно-сосудистых хирургов стала фирма, которую хорошо знают как в России, так и во всем мире - **St. Jude Medical Pacesetter & Daig Inc.** (США). Она разрабатывает, производит и предлагает на мировом рынке широкий спектр медицинских изделий для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Это механические и биологические искусственные клапаны сердца, электрокардиостимуляторы, имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы, эндокардиальные и миокардиальные электроды и многое другое, без чего невозможно современная кардиохирургия.

У фирмы богатая история, но особую известность она приобрела без малого 40 лет назад, в 1958 году, когда на одном из ее заводов в Стокгольме был создан первый в мире имплантируемый электрокардиостимулятор. Это была революция в кардиологии. Маленькое устройство, в котором был "спрятан" компьютер, вживлялось под кожу и, без вмешательства врача, задавало сердцу нужный ритм. В Россию эти кардиостимуляторы долгое время поступали с торговой маркой Сименс, а теперь их представляет фирма Pacesetter, которая входит в состав St. Jude Medical.

Примерно по такому же принципу были изготовлены и стали использоваться в кардиологии и другие мини-приборы. Например, дефибрилляторы - устройства, которые реагируют на внезапно возникающую фибрилляцию желудочков (гиперкинетическая оста-

новка сердца) и специальным автоматическим разрядом восстанавливают сердечный ритм. Человек защищен от внезапной смерти, ему не надо бояться, что скорая помощь не придет вовремя.

Фирма St. Jude Medical (США) - это высочайший уровень научной базы и уникальное, сверхточное производство. Она работает в тесном контакте с ведущими специалистами клиник и медицинских центров Европы и США, вкладывает огромные средства в фундаментальные исследования не только в области медицины, но и химии, физики, математики.

Многолетний поиск специфических материалов, способных находиться во внутренних органах человека, не вызывая реакции отторжения, вели ученые многих стран. Но подлинный успех выпал на долю американцев. В 1977 году в лабораториях этой фирмы был начат серийный выпуск механических клапанов сердца, отвечающих самым строгим требованиям медиков. Клапан был сделан из пиролитического карбона, материала, способного сколь угодно долго сохранять форму, обладающего необыкновенной прочностью, устойчивостью к изнашиванию, а главное - биосовместимостью с тканями сердца. Низкопрофильный дизайн, эффективная гемодинамика создавали условия для максимально удобной и легкой имплантации. Эти качества были высоко оценены кардиохирургами, именно их предпочитают сегодня использовать практически во всех клиниках мира.

В этом году ассортимент продукции фирмы расширился. Она предлагает специалистам широкий спектр электрофизиологических катетеров, интродьюсеров,

специальных электродов и проводников для высококачественной деструкции проводящих путей сердца, выпускаемых фирмой Daig A St. Jude Medical Co. Вся продукция, предлагаемая на Российском рынке, имеет сертификаты ЕС, FDA, соответствует Госстандарту России. Испытания уникальных изделий проводились в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева и Институте хирургии им. А. В. Вишневского РАМН.

Сотрудничество российских и американских специалистов постоянно развивается. Совместные семинары и симпозиумы, обмен опытом непосредственно у операционного стола взаимно обогащают, дают импульс к дальнейшим научным поискам.

В канун открытия съезда в научном центре им. А. Н. Бакулева состоялся симпозиум "Современные подходы к лечению заболеваний сердца".

По данным ВОЗ среди причин внезапной смерти первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы и, в первую очередь, нарушения проводимости и ритма сердца.

Актуальность проблемы лечения нарушений ритма сердца подтверждается статистическими данными. Так, в США (по населению они сопоставимы с СНГ) в 1991 году наблюдалось более 300 тысяч внезапных смертей аритмического генеза. Надо полагать, что и у нас в стране имеется такое же количество больных со сложными нарушениями ритма (суправентрикулярные и желудочковые тахикардии, синдромы слабости синусового узла и Вольфа-Паркинсона-Уайта).

При таких заболеваниях сердца, как полная атрио-вентрикулярная блокада и синдром слабости синусового узла, только метод

электрокардиостимуляции позволяет сохранить жизнь больному, а при использовании современных многофункциональных кардиостимуляторов значительно улучшить ее качество.

Опыт использования современных электрокардиостимуляторов (более 10 тысяч операций) представлен в докладе группы ученых из отделения хирургии нарушений проводимости и ритма сердца Института хирургии им. А. В. Вишневского.

С докладом "Двухмерная стимуляция в лечении больных с кардиомиопатией" выступил профессор из Великобритании Малькольм Кларк.

Самым большим опытом операций в условиях искусственного кровообращения располагает ведущий в нашей стране Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. Профессор Г. И. Цукерман и доктор медицинских наук Д. О. Фаминский, сотрудники Центра сердечно-сосудистой хирургии, сделали доклад об опыте протезирования клапанов сердца механическими протезами. Интересный доклад был у профессора Стивена Гандри из США. Он был посвящен отдаленным результатам применения механических протезов сердечных клапанов фирмы St. Jude Medical. Статистика долгих лет применения этих клапанов подтвердила высокую репутацию фирмы. Практически все имплантированные клапаны действуют безотказно и люди, перенесшие подобные операции, долго сохраняют способность вести полноценный образ жизни.

Эксклюзивный дистрибьютор фирмы - St. Jude Medical Pacesetter & Daig Inc. в России: ТОО Московский центр кардиостимуляции. Москва, ул. Павловская, д. 25/30.

Тел./факс: (095) 236 5867; тел.: 237 8715

АКУСОН

АКУСОН-СЕКВОЙЯ

ВИЗУАЛЬНАЯ ТЕХНИКА XXI ВЕКА

Сегодня во всех областях медицины чрезвычайно высоки требования к общим визуализирующим системам. Ультразвук зарекомендовал себя как весьма эффективный метод, который дает возможность получить диагностическую информацию обо всех анатомических особенностях и физиологических функциях организма.

Американская корпорация "Акусон" специализируется на производстве медицинских диагностических ультразвуковых систем высокого класса. Свою деятельность она начала сравнительно недавно, но, благодаря динамичности, мощному научному потенциалу, быстро стала лидером в области общей визуализации. За последние несколько лет фирменная марка "Акусон" стала синонимом Золотого стандарта качества и технологических возможностей.

Одним из главных принципов, которого корпорация придерживалась с момента своего создания, является ориентация на производство высококлассного оборудования, архитектура которого открыта для последующих инноваций. Другой концепцией в разработке нового оборудования было создание технологий, а не отдельных продуктов. Выработанная стратегия полностью оправдала себя.

Головной офис корпорации и основные мощности по производству оборудования располагаются неподалеку от Сан-Франциско, в Силиконовой Долине, в центре американской микрорадиоэлектронной промышленности.

Представительства "Акусона" действуют в 20 странах мира. В 1987 году продукция фирмы была представлена на российском рынке, а спустя четыре года было открыто прямое Представительство в РФ и странах СНГ, аккредитованное при МВЭС РФ.

Сегодня корпорация "Акусон" представляет врачам семейство ультразвуковых приборов высокого класса. Расскажем о некоторых из них.

Платформа **"Acuson 128XP™"** - универсальная система, основанная на принципе "Компьютерной Сонографии", обладает высокой разрешающей способностью, которая продолжает удерживать стандарт качества и эффективности ультразвуковой визуализации во всех областях клинического применения метода.

Система **"Acuson/Aspen™"** - новая передовая платформа с цифровой архитектурой, обеспечивающая превосходные характеристики и клиническую разносторонность. Эта система - результат конвергенции ряда технологий класса **"Sequoia™"** и других новшеств "Акусон". Представлена на рынок в октябре 1996 года.

Остановимся подробнее на системе **"Acuson/Sequoia™"** - уникальной революционной технологии, представленной на рынок весной 1996 года.

Восемь лет понадобилось ученым и инженерам "Акусона", чтобы разработать фундаментально новое направление в обработке эхо-сигнала и формирования изображения на четырех краевых

технологиях: когерентное формирование изображения, доплеровские технологии, уникальная технология датчиков, встроенная рабочая станция Dimaq™.

По мнению специалистов, это технология будущего. В новой машине число приемопередающих каналов увеличилось до 512 - невиданная доселе цифра. Во время клинических испытаний ведущие клиницисты мира получили подтверждение, что системы **"Acuson/Sequoia™"** открывают новые недоступные ранее возможности оценки коронарного кровотока транскутанным способом и сводят к минимуму необходимость дорогостоящих инвазивных и неинвазивных исследований.

Благодаря "Секвойе" в мельчайших деталях стало видно, в частности, что происходит в полостях сердца, впервые стала возможна визуализация интрамурального коронарного кровотока. Повторно удалось взглянуть и на строение печени. По существу, медики вплотную приблизились к изучению процессов, происходящих на клеточном уровне.

Технология "Секвойя" позволяет получить вдвое больше информации за половину времени. Это выгодно не только врачам и лечебно-диагностическим учреждениям, но и, в первую очередь, пациентам. Прежде всего потому, что метод УЗИ-диагностики прост и экономичен - дешевле заплатить за УЗИ, нежели за сложную томографию. При этом, это совершенно безвредная

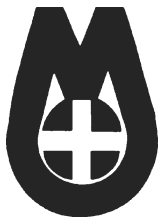
процедура, ее можно повторять сколь угодно часто.

С каждым годом все больше российских медицинских центров могут похвастаться наличием у них техники фирмы "Акусон". Сегодня в целом по СНГ приборов "Акусон 128XP" насчитывается около 200. И даже принимая во внимание, что эта аппаратура необходима в наиболее сложных случаях, такого количества явно недостаточно. Простой пример: в России более 60% детей-инвалидов становятся таковыми до рождения, а ведь многие пороки можно было бы предотвратить, зная о них врачи заранее.

Представительство корпорации "Акусон" в России и странах СНГ особое внимание уделяет подготовке врачей - пользователей этой техники. В рамках контрактных обязательств по поставке каждой системы предусматривается четырехэтапная система подготовки врачей. Она включает недельное обучение в Лондонском учебном центре и регулярные курсы повышения квалификации на базе ведущих медицинских центров в Москве. А гарантийно-сервисное обслуживание - это само собой разумеется.

По всем вопросам, касающимся покупки, клинического применения и эксплуатации систем "Акусон" просим обращаться в Московское представительство по адресу: 113184; Москва, ул. Малая Ордынка, 39, тел./факс: 956 0018, 956 0019.

ACUSON



Фирма "Меркле" является одним из старейших (основана более 115 лет назад) и крупнейших производителей лекарственных средств в Германии. В активе фирмы - как оригинальные препараты собственной разработки (Хилак Форте, Амбене и др.), и так называемые "генерические" средства - хорошо зарекомендовавшие себя в плане эффективности и безопасности медикаменты широкого повседневного спроса. В целом, номенклатура выпускаемых фирмой "Меркле" лекарств, насчитывает свыше 100 наименований.

Атенобене (атенолол) является кардиоселективным бета-адреноблокатором, обладающим выраженными антиангинальным, гипотензивным и антиаритмическим эффектами. Препарат уменьшает автоматизм синусового узла, урежает частоту сердечных сокращений, снижает сократимость миокарда, снижает потребность миокарда в кислороде, оказывает гипотензивный эффект, который стабилизируется к концу

второй недели курсового назначения препарата.

Атенобене назначают при артериальной гипертензии, профилактике приступов стенокардии, синусовой тахикардии, гиперкинетическом кардиальном синдроме функционального генеза, профилактике наджелудочковых тахикардий.

Побочные действия. В начале терапии возможны усталость, головокружение, нарушение сна, запоры, диарея, аллергические реак-

ции кожи. В отдельных случаях могут возникнуть брадикардия, гипотония, гипогликемические состояния у больных сахарным диабетом.

Противопоказания: АВ блокада II, III степени, синоаурикулярная блокада, брадикардия (ЧСС менее 50 ударов в минуту), синдром слабости синусового узла, артериальная гипотония, хроническая сердечная недостаточность IIБ - III стадии, острая сердечная не-

АТЕНОБЕНЕ

достаточность, метаболический ацидоз, бронхиальная астма.

Дозы Атенобене устанавливаются индивидуально: от 25 - 50 мг (однократно) до 100 - 150 мг в сутки при двукратном приеме. Максимальная суточная доза - 200 мг.

Форма выпуска - таблетки, покрытые оболочкой, 0,05 и 0,1 г по 20, 50 и 100 штук.

Сорбидин (изосорбид динитрат) является антиангинальным препаратом, эффект которого связан как с непосредственным коронарорасширяющим действием, так и с уменьшением потребности миокарда в кислороде за счет уменьшения преднагрузки (расширение периферических вен и уменьшение притока крови к правому предсердию) и постнагрузки (уменьшение периферического сопротивления сосудов). При применении препарата отмечает-

ся повышение переносимости к физической нагрузке у больных ишемической болезнью сердца и стенокардией.

Сорбидин применяется для профилактики и купирования приступов стенокардии, при восстановительном лечении после инфаркта миокарда; при хронической сердечной недостаточности, некоторых формах легочной гипертензии (снижает давление в малом круге кровообращения); при комбинированной терапии легочного сердца.

Побочное действие: головная боль, тахикардия, понижение артериального давления.

Противопоказания: выраженная артериальная гипотония, коллапс, шок; острый инфаркт миокарда, протекающий с гипотонией; геморрагический инсульт, черепно-мозговая травма; повышенная чувствительность к препарату.

Препарат следует с осторожностью назначать больным с выраженным церебральным атеросклерозом.

СОРБИДИН

Для купирования приступа стенокардии необходимо разжевать и подержать во рту 1 табл. по 5 мг или 10 мг. Для профилактики стенокардии или лечения сердечной недостаточности таблетки проглатывают целиком. Дозы Сорбидина и продолжительность лечения устанавливаются индивидуально. Максимальная доза - 120 мг в сутки.

Форма выпуска - таблетки 0,005 г по 50 и 100 штук в упаковке.

Празозинбене (празозин) является периферическим вазодилатором, блокирующим постсинаптические альфа₁-адренорецепторы. Препарат принимают при артериальной гипертензии и в комбинированной терапии хронической сердечной недостаточности.

Празозинбене понижает артериальное давление за счет уменьшения общего периферического сосудистого сопротивления и по-

нижает постнагрузку на сердце; улучшает системную и внутрисердечную гемодинамику у больных с хронической сердечной недостаточностью, снижает давление в малом круге кровообращения. Максимальная концентрация препарата в крови отмечается через 1 - 3 часа после приема внутрь.

Побочные действия: артериальная гипотония (особенно в ортостатическом положении), головокруже-

ние, головная боль, бессонница, слабость, утомляемость, тошнота, сердцебиение, учащенное мочеиспускание. При длительном применении возможны отеки нижних конечностей. В редких случаях может возникнуть ортостатический коллапс, особенно при приеме первой дозы препарата.

Противопоказания: артериальная гипотония; хроническая сердечная недостаточность, возникшая на

ПРАЗОЗИНБЕНЕ

фоне констриктивного перикардита, тампонады сердца, пороков сердца со сниженным давлением наполнения левого желудочка; беременность, лактация, детский возраст (до 12 лет).

Средняя терапевтическая доза Празозинбене составляет 4 - 6 мг в сутки, максимальная доза 20 мг в сутки.

Форма выпуска - таблетки по 0,001, 0,002 и 0,005 г.

Более подробную информацию о препаратах и возможности их закупки можно получить в Представительстве фирмы Меркле по тел.: 291 9039, 291 7604; факс: 290 3640.

РОЦЕФИН В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Роцефин - это длительно действующий цефалоспориин 3-го поколения для парентерального применения, обладающий рядом уникальных фармакокинетических особенностей, благодаря которым препарат с 1993 года является наиболее часто применяемым цефалоспорином в мире.

Роцефин активен в отношении практически всех клинически значимых грамотрицательных, многих грамположительных аэробов, а также некоторых анаэробов (*Peptococcus* spp., *peptostreptococcus* spp.), что позволяет в большинстве клинических ситуаций назначать препарат эмпирически для терапии угрожающих жизни инфекций.

Цефалоспорины 3-го поколения, к которым относится Роцефин, в большинстве случаев могут применяться в виде монотерапии. Лишь при наличии резистентных возбудителей необходимо начинать лечение в комбинации с антибиотиком специфического действия, например, с амикацином при синегнойной инфекции или с тейкопланином при резистентной стафилококковой инфекции (начальная терапия).

В отличие от всех других бета-лактамовых антибиотиков, Роцефин обладает уникальной фармакокинетикой с периодом полувыведения равным 8 часам. Сильное, но обратимое связывание с белками приводит к тому, что высокие концентрации цефтриаксона в сыворотке и тканях сохраняются более 24 часов, что дает преимущество введения препарата один раз в сутки. Вследствие этих свойств, важных для врача, среднего медицинского персонала и больного, Роцефин стал самым часто назначаемым антибиотиком во всем мире.

Роцефин в дозе 1 - 2 г один раз в сутки пригоден для эмпирической терапии таких тяжелых инфекций, как послеоперационные и внутрибольничные пневмонии, внебольничные пневмонии у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, септицемия и нейтропеническая лихорадка, бактериальный менингит, инфекции брюшной полости (перитонит, инфекции желчевыводящих путей), инфекции почек и мочевыводящих путей,

инфекции костей, кожи и мягких тканей.

Эффективным является использование Роцефина в хирургии для периоперационной профилактики инфекций. В сердечно-сосудистой хирургии развитие послеоперационной инфекции, например, эндокардита или медиастинита, может привести к катастрофическим последствиям. В настоящее время профилактика антибактериальными препаратами рекомендуется для всех больных, которым проводятся операции на открытом сердце, включая протезирование сердечных клапанов и аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Исследования, проведенные в США, показали, что у большинства больных Роцефин дает стабильные сывороточ-

циальные исследования американских клиницистов, в ходе операции у больных при СЛШ свободная фракция Роцефина (которая представляет его биологически активную часть) увеличивается, а системный клиренс препарата снижается. Как следствие, и без того большой период полувыведения Роцефина становится еще более продолжительным и достигает у этих больных примерно 15 часов (по сравнению с 8 часами у здоровых лиц). Отсюда было сделано заключение, что фармакокинетические изменения, возникающие вследствие сердечно-легочного шунтирования, могут усилить эффективность антибиотика в ходе критического операционного и послеоперационного периодов.

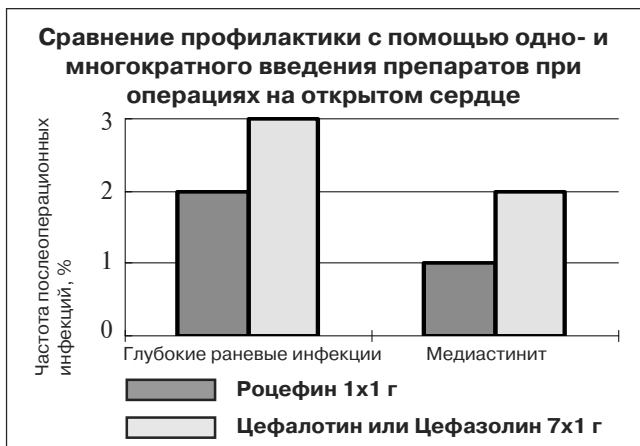
Даже кровопотеря от двух до четырех литров не влияет на 24-часовые концентрации этого препарата в сыворотке. Поэтому больным с обильной кровопотерей в ходе сердечно-сосудистых операций нет необходимости повторно вводить Роцефин.

Итак, суммируем основные преимущества Роцефина как профилактического препарата для сердечно-сосудистой хирургии.

Прежде всего, он высокоустойчив к инактивации бета-лактамазами и хорошо проникает в ткани сердца. Причем, его и без того большой период полувыведения еще больше увеличивается при наложении сердечно-легочного шунта. И, наконец, самое важное: однократное введение Роцефина продемонстрировало замечательную клиническую эффективность в сравнении с цефалоспоридами (типа цефазолина и цефалотина), которые требуют многократного введения.

Медицинский отдел компании Ф. Хоффманн-Ля Рош

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в представительстве компании Ф. Хоффманн-Ля Рош: тел.: (095) 258 2777, факс: (095) 258 2771.



ные концентрации, превышающие МПК для *Staph. aureus*, на протяжении 48 часов после разового введения препарата. Следовательно, с фармакокинетической точки зрения, разовое введение этого препарата обеспечивает бактерицидное действие в течение всего периода риска. Установлено, что в послеоперационном периоде у больных, получавших Роцефин (1г в/в), наблюдалась меньшая частота глубоких раневых инфекций и медиастинита. У пациентов, подвергающихся АКШ, однократное предоперационное введение Роцефина столь же эффективно, как и многократное введение цефалотина и цефазолина, будучи при этом более простым и удобным.

Замечено, что использование сердечно-легочного шунтирования (СЛШ) и гипотермии при операциях на открытом сердце может приводить к физиологическим изменениям, которые влияют на распределение препарата в тканях. Как показали спе-





Беталок (метопролол) - β_1 -адреноблокатор. Внутренней симпатомиметической активностью не обладает. Повышенное АД уменьшает как в положении стоя, так и в положении лежа. Ортостатическую гипотензию не вызывает и не влияет на электролитный состав. При стенокардии уменьшает частоту приступов и увеличивает толерантность

к физической нагрузке.

Показан к применению при легкой и среднетяжелой форме артериальной гипертензии как средство монотерапии. В тяжелых случаях назначается в комбинации с другими гипотензивными средствами. Эффективен при стенокардии и нарушениях сердечного ритма - синусовой тахикардии, пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии, периодической тахикардии, эссенциальном сердечно-сосудистом гиперкинезе. Беталок, как кардиоселективный β_1 -адреноблокатор, в обоснованных

случаях может быть назначен больным с бронхиальной астмой. После его применения сопротивление дыхательных путей увеличивается редко, а если наблюдается, то его можно устранить β_2 -адреномиметиками.

Противопоказания: атрио-вентрикулярный блок II и III степени, сердечная недостаточность, кардиогенный шок, брадикардия (частота сердечных сокращений менее 60 в минуту).

Побочные эффекты: чувство усталости, нарушения сна, расстройства ЖКТ, бра-

Нитроминт - аэрозоль (8 г однопроцентного раствора нитроглицерина в одном баллоне), оказывая влияние на гладкую мускулатуру сосудистой стенки, расширяет периферические вены и артерии, а также коронарные сосуды. Уменьшает пред- и постнагрузку, улучшает коронарное кровообращение и обеспечивает кислородом сердечную мышцу. Под его влиянием улучшается работоспособность сердца, увеличивается толерантность к нагрузке. Аэрозоль, попадая на слизистую оболочку полости рта, быстро всасывает-

ся, действие развивается в течение одной минуты.

Показания к применению: острый приступ стенокардии, профилактика приступа перед физической нагрузкой; адьювантная терапия в случаях скорой помощи при острой недостаточности левого отдела сердца (сердечная астма); для уменьшения диастолического давления при остром инфаркте миокарда.

Противопоказания: повышенная чувствительность к органическим нитратам; глаукома; выраженная артериальная гипотензия; процессы, со-

провождающиеся повышенным внутричерепным давлением (кровоизлияние в мозг, травма головного мозга); анемия.

Препарат следует осторожно назначать с гипотензивными препаратами, транквилизаторами, трициклическими антидепрессантами (возможна артериальная гипотензия).

Побочные эффекты: в полости рта временно может ощущаться чувство легкого жжения, пульсация в голове, покраснение кожи лица, головная боль, головокружение, чувство жара.

Тензиомин (каптоприл) - ингибитор ангиотензин-превращающего фермента, обладает сосудорасширяющим действием, уменьшает периферическое сопротивление, а также пред- и постнагрузку. В отличие от других сосудорасширяющих средств не вызывает задержку жидкости.

Тензиомин применяют для лечения эссенциальной гипертензии, в том числе форм, устойчивых к другим гипотензивным препаратам; реноваскулярной гипертензии, при неоперабельных формах в виде монотерапии или в комбинации с антагонистами кальция, бета-блокаторами

или диуретиками; в случае экстренной помощи по поводу артериальной гипертензии в тех случаях, когда нет возможности использовать нифедипин или когда последний недостаточно эффективен; аутоиммунной нефропатии (быстро прогрессирующие формы склеродермии и системной красной волчанки).

У больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, сопровождающимся артериальной гипертензией, или у пожилых больных, страдающих АГ, Тензиомин является препаратом выбора. Его назначают также при сердечной недостаточности для уменьше-

ния пред- или постнагрузки, если нет реакции на сердечные гликозиды и диуретики, при определенных формах кардиомиопатий; в качестве диагностического средства при реноваскулярной гипертензии и при синдроме Конна.

Противопоказаниями для использования этого препарата являются повышенная чувствительность к действующему веществу, лейкопения или тромбоцитопения, беременность и кормление грудью.

При обычной дозировке (50 - 100 мг/день) побочные эффекты отмечаются исклю-

БЕТАЛОК

дикардия. Редко: неспецифические реакции кожи или ощущение холода в конечностях, которые в большинстве случаев носят временный характер и при уменьшении дозы исчезают. Возможна наследственная повышенная чувствительность к препарату.

Отмена препарата должна быть постепенной, резкая отмена может привести к ухудшению состояния больного.

Форма выпуска: таблетки 100 мг, 30 штук в упаковке.

НИТРОМИНТ

Дозировка. При однократном нажатии на дозирующий клапан баллона, оборудованный механической помпой, высвобождается жидкость, содержащая 0,4 мг нитроглицерина. В случае приступа: в сидячем положении больной вводит под язык 1 - 2 дозы препарата, нажимая на дозирующий клапан. В случае необходимости разрешается введение большего количества препарата, но не более 3-х доз в течение 15 минут. С профилактической целью вводится 1 доза за 5 - 10 минут до нагрузки.

ТЕНЗИОМИН

чительно редко. Чаще всего они отмечаются у больных аутоиммунными заболеваниями, поэтому у этой группы больных обоснован регулярный контроль картины крови и функции почек. Возможные реакции: нейтропения или агранулоцитоз, кожные высыпания, покраснение кожи лица, потеря аппетита, сухость во рту, тошнота, рвота, головные боли, головокружение, переходящая выраженная гипотензия.

Форма выпуска: табл. 12,5 и 25 мг №30; 50 и 100 мг №20.

СЕРВЬЕ



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 гипертензии (АГ) и сердечной недостаточности, ученые-медики рассматривают ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ). Почему им 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 высвобождать 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.

ПРЕСТАРИУМ

ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНГИБИТОР АПФ

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. Более чем в двадцати странах, в том числе в США, Великобритании, Японии, Германии, Австралии эксперты в области артериальной гипертензии 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.

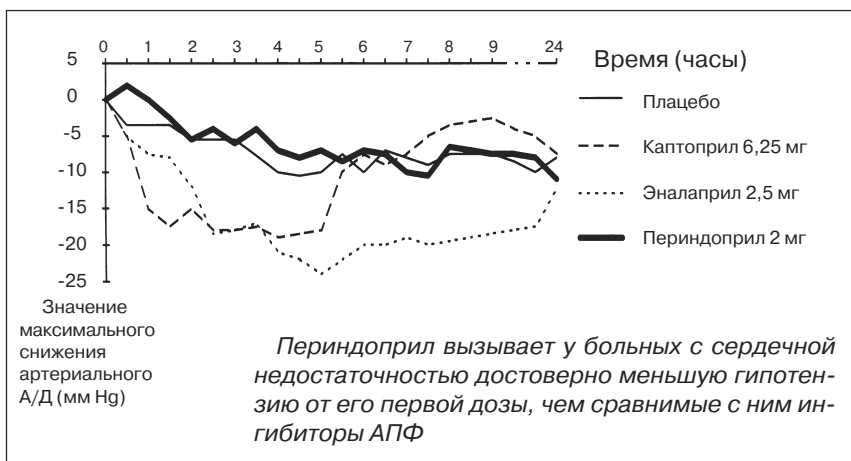
Исследования соотношения доза/антигипертензивный эффект проводились двойным слепым методом, как при однократном приеме, так и при повторных приемах; использовались также перекрестный метод и метод параллельных групп. Результаты этих исследований показывают, что Престариум при однократном ежедневном приеме 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) 203 8448.



Шервуд-Дэвис и Гек



Компания "Шервуд-Дэвис и Гек", входящая в корпорацию "Американ Хоум Продукт" является мировым лидером в производстве шовного материала для всех разделов современной хирургии, приборов для наложения кожных скрепок, а также широчайшего спектра продукции для анестезиологии, реанимации, кардиологии, урологии, стоматологии и лабораторного дела.

В 1922 году компания первой в мире начала выпуск атрауматических нитей и именно поэтому слово **atraumatic*** имеет ее

торговую марку. В 1958 году была предложена идея упаковки и стерилизации всего шовного материала в единичные разовые конверты **surgilope sp***. Являясь пионером в разработке шовного материала, компания изобрела и в 1970 году начала выпуск первого в мире синтетического рассасывающегося шовного материала **dexon***.

В настоящее время такие нити, как **dexon*** и **maxon*** заслуженно пользуются репутацией лучших в мире. Введены в клиническую практику съемные атрауматические иглы **di-tach***, вращающиеся вокруг стальной проволоки на 360 градусов иглы **rotogrip*** (для ушивания грудины), специальные нетупящиеся иглы **cardiopoint*** (для кальцифициро-

нити, иглы, шприцы, катетеры

ванных и пораженных атеросклерозом сосудов, фиброэпителиальных тканей, для микро-, офтальмо- и пластической хирургии), первый в мире истинно эластичный шовный материал **novafil*** и многое другое.

Широко известна торговая марка **Argyle***, под которой фирма "Шервуд" выпускает центральные и периферические венозные и артериальные катетеры, разнообразные одно- и двухканальные отсасывающие катетеры, силиконовые и поливиниловые, абсолютно атрауматические, снабженные рентгенконтрастной полосой для контроля глубины их проникновения; эндотрахеальные и трахеостомические трубки с надувными манжетами и без них. Чрезвычайно актуаль-

на разработка и внедрение в медицинскую практику зондов и приборов для энтерального питания, дренажных систем для плевральной полости.

Торговая марка **Monject***: это шприцы всех размеров - от инсулиновых и туберкулиновых до шприцев Жане, иглы инъекционные - от внутривенных и стоматологических до применяемых для спинальной и эпидуральной анестезии. Очень удобны иглы и шприцы для биопсии, контейнеры для сбора использованных игл и шприцев. Многообразны лабораторные наборы для забора крови.

Более подробную информацию можно получить по тел.: (095) 591 8392, 591 8386, 598 9621, факс: 591 8672.

ИНВЕСТМЕД



Фирма **Intersurgical** (Великобритания) является ведущим производителем в Европе одноразовых изделий для анестезии, дыхательной и интенсивной терапии. Весь ассортимент продукции по своему дизайну и процессу производства соответствует международным стандартам, в том числе GMP, ISO 9001, EN 46001, испытан и зарегистрирован в Министерстве Здра-

воохранения России.

Дыхательные фильтры: бактериальные - вирусологические дыхательные фильтры для пациента; защитные дыхательные фильтры для аппаратуры; обменники тепла и влаги на трахеостомическую трубку и в дыхательную систему.

Анестезиологические дыхательные системы для детей и взрослых: полуоткрытые дыхательные системы, полужамкнутые дыхательные системы, приложения к дыхательным си-

стемам, такие как: анестезиологические маски, резервные мешки, абсорбент CO₂ с цветным индикатором, воздухопроводы, соединители, шланги и пр.

Системы искусственной вентиляции для взрослых, детей и новорожденных.

Дыхательные системы к любой аппаратуре в реанимации.

Медицинские изделия для кислородной терапии: кислородные маски для детей и взрослых, venturi клапаны 24%, 28%, 31%, 35%, 40%, 60%, кислород-

ные трубки и пр.

Медицинские изделия для аэрозольной терапии: ингаляторы, аэрозольные маски для детей и взрослых, увлажнители и приложения к ним.

Более подробную информацию о приобретении продукции фирмы Интесерджикал можно получить у ее официальных представителей АО ИНВЕСТМЕД по адресу: 143400; Московская обл., г. Красногорск, а/я 139, ул. Ленина, 29, тел./факс: (095) 150 5533.

АУТО СЬЮЧЕ



В течение более 20 лет Хирургическая Корпорация Соединенных Штатов USSC (компания AUTO SUTURE) является ведущим производителем хирургических шовящих аппаратов и лапароскопических инструментов. Кроме того, Ауто Сьюче производит все виды шовного материала, включая шелк, кетгут, нейлон, дакрон и т. д. Однако

самую высокую оценку у абдоминальных хирургов получил **polisorb*** - плетеная синтетическая рассасывающаяся нить со специальным покрытием. Это материал, мягкий на ощупь, вяжется так же легко, как шелк, но сквозь ткань он проходит как монофиламентная нить (леска). Благодаря этим свойствам значительно уменьшается травматичность тканей. Более мягкий и податливый, **polisorb*** вяжется в узел более плоский, чем любой другой синтетический рассасывающийся материал. Нить как бы уплощается и сцепляется сама с собой, делая узел более прочным. В течение всего критического периода заживления

сшивающие аппараты и материалы

(1-18 суток) нить удерживает нагрузку и рассасывается к 56-70 дню, что заметно быстрее, чем другие материалы.

Для сердечно-сосудистой хирургии фирма предлагает монофиламентный полипропиленовый шовный материал **surgipro***. Он столь же ареактивен и прочен в тканях, как и другие полипропиленовые нити, но более мягкий и обладает меньшей "механической памятью", то есть не принимает свою прежнюю форму после того, как сделан стежок. Особый способ упаковки и другие особенности производства делают этот материал менее жестким, а узел, соот-

ветственно, более плоским и прочным.

Ауто Сьюче производит также любые виды игл. Силикон не стирается с иглы даже при 8-10 проходах через ткань. На конце иглы лазером высверливается отверстие, в которое вставляется нить, а затем обжимается термическим способом. Таким образом, игла и нить имеют одинаковый диаметр, а игла прядется большей прочностью.

Более подробную информацию о продукции компании и возможности ее закупки можно получить по адресу: 113093, Москва, ул. Люсиновская, 36, тел.: 237 0183, 237 1581; факс: 236 5388.

Народный артист Леонид Аристархович Пчелкин - один из старейших телевизионных режиссеров, хорошо известный нашим читателям по сериалу "Петербургские тайны". Леонид Аристархович давний друг и пациент Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им Бакулева. Мы беседуем с ним на телестудии в Останкино.



- Я уже немолодой человек, много видел, много общался с медициной, но перед бакулевцами просто преклоняюсь. Мне кажется, что коллектив этого института - высочайший сплав науки, практики, творчества. Иногда медицину сравнивают с искусством. Что искусство?! От него не зависит жизнь. То, что они делают - это высочайшего уровня ремесло. Не надо бояться этого слова, оно означает профессионализм. Они - мастера своего дела и владеют ремеслом прекрасно.

го пациента, она представлялась достаточно серьезной. Оперировал Амиран Ревшвили, тогда еще совсем молодой. Операция прошла блестяще, и

стал убеждать жену, что шансов умереть почти что нет. Так, наверное, врачи убеждали и Ельцина, утверждая, что в 100% случаев исход должен быть благоприятным. Жена моя до этого не один раз оперировалась, были у нее и полостные операции, поэтому я очень боялся, что оптимизм хирурга был преувеличенным. Но вера жены в доктора была безгранична! Тут-то я по-настоящему увидел, как работают эти специалисты. Жене сделали четыре шунта за три часа, операция прошла блестяще. У нее прекратились боли в сердце, а когда через три года появились снова, это были уже не те страшные боли, какие были до операции.

Обычно поклонники бывают у артистов, у театров, а я поклоняюсь этим замечательным медикам. Я восхищаюсь его директором, Лео Антоновичем Бокерия, Амираном Шотаевичем Ревшвили, Сергеем Филипповичем Никоновым, могу назвать еще с десятков имен врачей, которые произвели на меня совершенно неизгладимое впечатление. Да и весь меди-

Спасибо за наши сердца

Так сложилась жизнь, что я около 40 лет работаю на телевидении, снял более 20 фильмов. Начинал режиссером в литературно-драматической редакции, потом стал художественным руководителем творческого объединения. За это время было сколько угодно причин для сердечных недугов, вы уж поверьте! Телевидение это организация, работа в которой неизбежно приводит к сердечным заболеваниям, неизбежно! Так было и при партократии, а при демократии и того пуще. То структурные изменения, то всякие улучшения, которые неизбежно кончатся ухудшениями, то еще что-нибудь этакое! Все это не может не отражаться на сердцах тех, кто там работает. Мое "знакомство" с Бакулевским институтом произошло с подачи Олега Николаевича Ефремова, небезызвестного актера и режиссера. Он позвонил Владимиру Ивановичу Бураковскому, тогдашнему директору института, тот меня принял и я вскоре очутился на операционном столе.

Это было шесть лет назад. Операция, с точки зрения хирургов, была несложной - мне установили кардиостимулятор, но для меня, как и для всяко-

я очень скоро встал на ноги. Доказательством того, что все было сделано, как говорится, на совесть, может служить мой послеоперационный образ жизни. Я очень напряженно работал, снимал фильмы не только в стране, но и за рубежом. Два раза был в Китае, два раза в Америке, три раза в Италии, столько же во Франции. Длительные перелеты, съемки, нервотрепка - обновленное сердце все это выдержало. Мне было очень хорошо и спокойно от мысли, что есть такой институт, такие замечательные врачи, которые в любой момент придут на помощь. Так и получилось вскоре.

Моя жена, которой, так же, как и мне, 70 лет, заболела. То есть, болела она давно, у нее была тяжелая стенокардия, но тут страдания стали просто невыносимыми. Ей предложили операцию посерьезнее, ту, которую недавно сделали Борису Николаевичу - коронарное шунтирование.

Женщин, надо сказать, оперируют по этой методике не часто. Но хирург

цинский и обслуживающий персонал там на высоте. Когда я впервые встретился с ними, меня поразила какая-то убежденная добродетель, если так можно выразиться. То есть, они мало того, что хорошие врачи, так еще и очень хорошие люди. Что, в общем-то, совсем не обязательно, правда? Если хирург отличный специалист, то он, наверное, может себе позволить быть не очень хорошим человеком? Но, как правило, это совпадает: хороший врач - это умный врач, а умный не может не быть интеллигентным, а интеллигентный - не может не быть добрым. Я теперь как бы присяжный режиссер этого института: смотрю все картины, которые про них делаются, смотрю все передачи о них, участвую во встречах с прессой, потому что убежден, что это один из лучших коллективов страны. Уверен, что в новом помещении, которое они недавно получили, развернутся еще больше. Счастья вам, друзья, здоровья и новых успехов.



ЗВЕЗДЫ В БОЛЬНИЦЕ



Сама фраза "С Новым Годом!" говорит о живущем в человеке желании обновления, новых впечатлений, новых встреч, новых дел, новых чувств. Новое нам необходимо, такова наша природа. Правда, всем хочется, чтобы новое было добрым, а перемены - только к лучшему. Хорошие изменения и добрые новости очень полезны для здоровья.

Что же обещают звезды в Новом году? Прежде всего: в изменениях и переменах недостатка не будет. Уран, планета обновления, неожиданных и неординарных поворотов, будет очень активна. Он "идет" по своему родному знаку Водолея, которому приписывают примерно те же качества. Но небесам этого мало, и в новом году в знак Водолея войдет еще и Юпитер. Это значит, что перемены и нововведения будут иметь директивный характер и от них уже никому не отвертеться. В медицине можно ожидать бума новых технологий, новой техники и лекарств. Идея аорто-коронарного шунтирования окончательно и бесповоротно овладеет массами. Есть новости и по зарплате: если правительство ничего не предпримет, то она будет расти обратно пропорционально ценам на лекарства.



Овен. Для Вас в новом году важна самодисциплина и порядок. Пациентам, если они намерены уйти из под опеки докторов, очень полезно следовать четкому режиму дня, режиму питания, врачебным назначениям. Медицинские работники, Овны всех рангов, смогут повысить свою квалификацию. Для этого желательно принять участие в каком-нибудь симпозиуме, съезде, семинаре, а еще лучше - попасть на курсы по усовершенствованию. Если не удастся - не огорчайтесь, можно просто сходить в медицинскую библиотеку.



Телец. Для Тельцов это год подведения внутренних итогов, осмысления жизни и духовного поиска. Медицинским работникам предстоит по-новому взглянуть на свою профессию, оценить все ее плюсы и минусы и еще раз убедиться, что назад хода нет. Пациенты, наоборот, имеют все шансы на изменение статуса, если все-таки задумаются над своим образом жизни. Со старыми привычками, отрицательно влияющими на здоровье, надо решительно покончить и обзавестись новыми.



Близнецы. Это тот случай, когда уместно еще раз напомнить о необходимости взаимодействия людей в белых халатах и больничных пижамках. И тем, и другим будет сопутствовать успех, если за общего врага, болезнь, они возьмутся дружно, доверяя и вдохновляя друг друга. На этом пути их ждет много трудностей, но и награда будет весомой. Не исключена любовная интрига.



Рак. Возможно, Вам захочется что-то серьезно изменить в жизни: врач решит заняться бизнесом, пациент - врачеванием. И это, таки, может получиться. Если бизнес будет честный, что сегодня весьма проблематично, а в учебниках по самолечению не будет опечаток.

Лев Согласно канонам популярной астрологии, в новом году у вас расширится круг общения. Вы



будете на виду, в том числе и у начальства. Возможно, вам предложат что-то возглавить или организовать. Соглашайтесь, но требуйте гарантий. Пациентам и врачам - Львам не рекомендуется ссориться с младшим медперсоналом. Медсестры и санитарки! Уделите Львам чуть больше внимания и вы будете щедро вознаграждены.



Дева. Для врачей этот год особенный - перемены во всем. В семье - прибавление хлопот, в работе - ответственности. Новые проблемы будут вытеснять старые, поэтому не надо на них заикливаться. Для пациентов год хорош тем, что, погружаясь в свои субъективные, достаточно неприятные ощущения, они станут меньше обращать внимания на объективные реальности бытия, которые не столько терзают тело, сколько выматывают душу.



Весы. Всем и в любые времена хочется праздника. Для Весов в новом году это, возможно, особенно актуально. Надемся, что праздник будет. Для Вас это год творчества и любви. Пациенты, любите своих врачей! Врачи, любите своих пациентов! Творите что хотите, но будьте взаимно вежливы!



Скорпион. Врачам и пациентам можно рекомендовать в этом году обратить свой взор на домашний очаг, семью, друзей. Для тех и других дом будет самым лучшим местом отдыха, если, в который уже раз, не удастся съездить на Канары. В середине года в Минздраве опять будет остро дебатироваться вопрос о статусе семейного врача, но к концу года все затихнет.



Поэтому Скорпионам лучше не высовываться.

Стрелец. Возможно, вам придется в этом году много поехать, походить и даже слегка побегать. Но пусть это бу-

дет не пустая суета, а в удовольствие, с пользой. Старайтесь, чтобы поток новой информации не опрокинул Вас и помните главное - ваши попутчики должны быть порядочными людьми. Медикам-стрельцам в новом году стоит заняться ремонтом мест обитания, а пациентам - обновить знания по анатомии и физиологии человека.



Козерог. Будем надеяться, что год принесет всем Вам материальное и моральное благополучие. Пациенты-хроники, которые уже порядком устали от докторов, смогут немного развлечься - есть шанс получить льготную путевку в санаторий. У врачей весной и осенью ожидается серьезное напряжение в работе, но некоторым повезет - они смогут немного отдохнуть на "больничном". ОРЗ, если к нему отнестись адекватно, прекрасная возможность почитать и поваляться в постели.



Водолей. Да протаят над другие знаки, но для Водолеев этот год должен стать особенно интересным. Звезды говорят вам: "Изменяйтесь!". Изменяйтесь, врачи: "Клэрол" это для Вас! Пациенты могут себе позволить гораздо большее - изменить пол или пересадить органы (сердце, почки, руки, ноги). Не упустите момент, только в этом году сердце Скорпиона радостно забьется в груди у Тельца!



Рыбы. Вам очень полезно в этом году помогать другим, даже незнакомым, людям. Имеется в виду и материальная, и моральная поддержка. Свои проблемы, оставленные без присмотра, будут хорошо решаться сами собой. А случись что, вам тоже кто-нибудь обязательно поможет. При выборе между материальным и духовным, Рыбам в этом году рекомендуем отдавать приоритет духовному, если, конечно, материальное не возьмет за горло. Врачам следует остерегаться ошибок при выписывании рецептов, фармацевтам при отпуске лекарств, а пациентам при их приеме. И еще. Пациенты! Надо немедленно, не дожидаясь Нового года, навести порядок в домашних аптечках.

Газета зарегистрирована Комитетом Российской Федерации по печати
Регистрационный номер 014489. Издается с 1993 года

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

Главный редактор Г. Денисова

Отдел рекламы Е. Ходакова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, к. 204; тел./факс: (095) 465 4854

Отпечатано в АО "Красногорская типография" г. Красногорск, Коммунальный квартал, 2; тел/факс: 562 1097.

Подписано в печать 12.12.96 г.

Тираж 30000 экз. Заказ