

НОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 4
2003

НАУКА
И ПРАКТИКА
ГНЦПМ РФ

СТР. 3–7

ЛЕКАРСТВА
для лечения
хронической
сердечной
недостаточности,
артериальной
гипертензии
и стенокардии

СТР. 8–11



С днем
рождения,
Питер!

СТР. 13



Ольга Ефимовна Анищук – специалист по ультразвуковой диагностике ГНЦПМ РФ



ЕСТЬ ПОВОД ПОГОВОРИТЬ О ЛЮБВИ И СЕКСЕ ОТКРЫТО

Компания Эли Лилли провела необычную пресс-конференцию «Русский язык в интимной обстановке. Сиалис дает больше поводов говорить о любви открыто». В ней приняли участие И.Кон, доктор философских наук, сексолог, Л. Володарский, первый переводчик видеofilmов в СССР, Е. Мазо, зав. кафедрой урологии РГМУ, член-корреспондент РАМН. Обсуждались вопросы роли русского языка в сексуальных отношениях, влияние лексического барьера на сексуальные отношения, сравнение различных языков и национальных культур и т. д..

Лингвисты соглашались с тем, что русский язык порой оказывается не очень удобным для разговоров на тему секса. Наглядным примером подобных затруднений стали переводы на русский язык диалогов любовников в англоязычных или французских кинофильмах. Сказываются и особенности менталитета, который сегодня в России претерпевает существенные изменения.

Это первая из планируемой компанией Эли Лилли серии встреч с журналистами, где будут обсуждаться проблемы эротической лексики. А задумана акция в рамках представления нового препарата Сиалис (тадалафил), который повышает качество жизни мужчин, страдающих эректильной дисфункцией.

По мнению фармакологов, мужчине с этой патологией комфортнее жить в обществе, где развита сексуальная культура. Там, где с пониманием относятся к важности этой проблемы, легко обратиться к врачу, найти нужные слова для объяснения своего недомогания. Способность правильно разговаривать на эту тему – важный элемент гармоничных отношений.

БЮДЖЕТНЫЙ ЗАКАЗ ДЛЯ ЧАСТНОГО ЦЕНТРА

В Подмоскowie на базе Центральной районной больницы города Коломны открылся Центр диализа. Общий объем инвестиций в проект составил около полутора миллионов долларов, которые вложили частные инвесторы. Строительство продолжалось около полугода и теперь специально обученный персонал на 12 аппаратах «искусственная почка» фирмы Fresenius будет обслуживать 96 пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Для самих пациентов процедуры будут бесплатны, а вот областному бюджету медицинские услуги центра обойдутся около 50 миллионов рублей в год, так что инвесторы вряд ли останутся внакладе.

На церемонии открытия Центра губернатор Московской области Борис Громов отметил, что, хотя средства из бюджета предстоит выплачивать немалые, области давно уже нужен был центр, способный оказывать помощь больным с хронической почечной недостаточностью в амбулаторном режиме на самом высоком уровне. Вообще, медицина, – сказал губернатор, – остается одной из приоритетных отраслей развития области, ей уделяется особое внимание, будь то строительство новых учреждений или заработная плата медицинским работникам. Последняя, по его словам, в будущем году увеличится существенно.

И все же Центр позволяет снять остроту проблемы больных с ХПН лишь частично.

Как заметил Министр здравоохранения Московской области Владимир Семенов для полного покрытия дефицита области необходимо около 200 гемодиализных аппаратов, но поскольку правительство МО сейчас вплотную занимается этой проблемой дефицит диализных мест будет устранен к концу следующего года.

ТАК ДЕРЖАТЬ, «СОФАРМА»!

Крупнейшее болгарское фармацевтическое предприятие АО «Софарма» отпраздновало свой 70-летний юбилей. Более 80% экспорта АО «Софарма» поступает на рынки России и Украины.

По данным ЦМИ «Фармэксперт», объем поставок продукции холдинга в розничные точки и больничные учреждения России в 2002 году составил \$21 млн. Это хорошо известные нашим специалистам препараты «Карсил», «Бронхолитин», «Темпалгин» и многие другие. Среди новинок – оригинальный препарат для поддержания эректильной функции «Трибестан», известный как «болгарская виагра». Сейчас АО «Софарма» планирует запуск нового лекарственного средства на основе растительного сырья для лечения болезни Альцгеймера.

В связи с тем, что Россия является приоритетным рынком, в 2001 году холдинг приобрел завод «Ростбалканфарм» в г. Азове для производства наиболее популярного в России лекарственного средства – «Бронхолитина».

История «Софармы» берет свое начало в 1933 году, когда лаборатория болгарского кооперативного общества аптекарей начала производство и продажу различных лекарственных препаратов. Семьдесят лет работы не прошли даром: сегодня группа «Софарма» – крупнейшее фармацевтическое предприятие в Болгарии. На сегодняшний день в группу «Софармы» входят 8 фармацевтических компаний.

СОСТОЯЛОСЬ ВРУЧЕНИЕ РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО «ОСКАРА»

Подведены итоги и состоялась официальная церемония награждения победителей конкурса «Платиновая Унция-2002». Этот конкурс проводится под эгидой МЗ РФ уже в третий раз. Его цель – формирование условий, способствующих развитию фармацевтической отрасли России. Конкурсантом может стать любой участник российского фармрынка. Ежегодно в апреле подводятся итоги и проходит награждение победителей. Экспертный Совет сформирован из наиболее авторитетных и известных персон отрасли. Автор идеи и бессменный организатор Конкурса – PR-агентство «Креатив-студия ПРЕССТО».

Победителями конкурса в номинации «Препарат года» стали: противоопухолевое средство для лечения рака молочной железы и рака легких препарат «Таксотер», (Авентис Фарма) и новый класс препаратов кожного и общего действия «Ретиноиды» (ЗАО «Ретиноиды»).

В номинации «Компания года»: ОАО «Нижфарм», Bayer AG и Gedeon Richter; подноминация «Дистрибьютор лекарственных средств» – ЗАО «ЦВ Протек»

Специальные призы Оргкомитета присуждены: компании «Солвей Фарма» за достижения в сфере интернет-технологий и компании «Глива» за поддержку фармацевтических предприятий в обучении новым технологиям – проект «Глива – двадцать первый век».





ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ – ЕСТЬ

В России при общей тенденции к прогрессивному повышению смертности как от всех причин, так и от сердечно-сосудистых заболеваний в период от 1965 до 2000 года наблюдались колебания: снижение смертности после 1985 года – в период антиалкогольной кампании, нарастание смертности после 1991 года – в период интенсивных реформ и после дефолта 1998 года.

Научно-обоснованного объяснения этих колебаний нет. Однако ученые предполагают, что имеют значение психосоциальный стресс, повышенное употребление алкоголя, курение, артериальная гипертония, высокий уровень холестерина крови. Не редкость, когда от инфаркта миокарда умирают люди до сорока лет.

О том, возможно ли изменить эту страшную тенденцию мы беседуем с директором ГНЦПМ РФ академиком РАНН Рафаэлем Гегамовичем Огановым.

– Рафаэль Гегамович, существует ли, на ваш взгляд, возможность реального улучшения в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний?

– Реально существует одна очень важная, на мой взгляд, государственная программа – это программа по профилактике и лечению артериальной гипертонии, так как распространенность этого заболевания среди взрослого населения составляет сейчас 40%. А в пересчете на абсолютные цифры – 42 000 000 человек имеет повышенный уровень артериального давления. Гипертоническая болезнь является основным фактором развития инсультов, инфаркта миокарда, почечной недостаточности в ряде случаев. Те мероприятия, которые намечены в государственной программе, а это и меры по раннему выявлению артериальной гипертонии, и по продолжительному лечению и по просвещению населения в плане того, как предупредить развитие гипертонической болезни, и обучение пациентов с уже имеющейся гипертонией, как себя вести – имеют очень важное значение. Программа эта финансируется, что сулит некоторое улучшение материальной базы учреждений здравоохранения. Предполагается, что эта программа приведет к лучшему выявлению гипертонической болезни, ее профилактике и лечению. Программа федеральная, в регионах под нее создают свои, местные программы. Ведь финансирование будет двойное – и со стороны федеральных органов и со стороны регионов. Большинство из них дали согласие на то, что они разработают свою программу, законодательно ее утвердят и будут финансировать. По идее, все это должно прийти до каждого врача и, конечно же, до населения.

– С какого возраста, по вашему мнению, человек должен заниматься мониторингом показателей артериального давления?

– Здесь большую роль играет наследственность. Если в семье есть родители, которые страдают или страдали артериальной гипертонией, перенесли в раннем возрасте инфаркт или инсульт, то надо уже с подросткового возраста следить за показателями артериального давления. Очень важно не упустить формирование привычек, образа жизни, которые как раз и формируются в этом возрасте, поэтому если есть у этого подростка генетическая предрасположенность к артериальной гипертонии, то лучше его сориентировать на тот образ жизни, который затруднит реализацию этой предрасположенности. И чем раньше будут ставиться эти вопросы, тем лучше. Не мешает и в детском возрасте померить несколько раз артериальное давление.

– Недавно прошел очередной конгресс «Человек и лекарство», в котором вы активно участвовали. Что нового в лекарственном обеспечении этой проблемы?

– Продолжается победное шествие статинов, препаратов, снижающих уровень холестерина. Их эффективность не вызывает сомнений. Доказано, что если человек страдает какими-нибудь проявлениями атеросклероза, ему нужно назначать статины независимо от уровня холестерина, длительно, потому что они снижают риск возникновения и инфаркта и инсульта. Появились данные, которые говорят о том, что целесообразно при лечении артериальной гипертонии одновременно назначать статины, так как у гипертоников часто повышен уровень холестерина и таким пациентам назначение только гипотензивных

средств явно недостаточно. Получается двойное действие, – если назначение только гипотензивных препаратов приводит к снижению риска возникновения инсульта, то одновременное назначение статинов снижает и риск развития инфаркта миокарда, что очень важно, ибо эпидемиологические исследования показывают четкую связь между гипертонической болезнью и развитием острых заболеваний сердца.

Еще один момент я хотел бы отметить. Появились работы, которые подтверждают необходимость контроля уровня артериального давления, причем даже не важно, какими именно препаратами. Оказалось, что все основные группы препаратов: мочегонные, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы и антагонисты кальция действуют приблизительно одинаково по эффективности.

Мочегонные мы применяем давно, но интерес к ним начал угасать, в связи с тем, что появились новые препараты, активно продвигаемые фирмами. А последние исследования показали, что мочегонные, которые традиционно используются, ничем не хуже, а в некоторых случаях и лучше новомодных препаратов, а, главное, они гораздо дешевле многих из них.





ЛЮДИ ДОЛЖНЫ ЖИТЬ ДОЛЬШЕ

Профессор Д. М. Аронов, руководитель отдела кардиологической реабилитации и вторичной профилактики, вопросах патогенеза, диагностики и лечения больных с коронарной патологией сердца занимается очень давно. За это время на старом здании в Петроверигском переулке, где он работает более 40 лет, несколько раз сменилась вывеска: сначала это был Институт терапии, затем Институт кардиологии, потом Всесоюзный кардиологический научный центр, а теперь это Государственный центр профилактической медицины МЗ РФ. Сюда приходят больные с острым инфарктом, со стенокардией, с нарушениями ритма, с недостаточностью кровообращения, но наибольшую часть своей энергии профессор тратит на вопросы реабилитации больных. Что означает этот термин? – наш первый вопрос.

– Это комплекс мер медицинского, социального, педагогического плана, которые позволяют человеку, перенесшему тяжелое заболевание, занять в обществе достойное место. История создания методов реабилитации в России начиналась именно здесь, в этом здании, в конце шестидесятих годов. Сначала мы начали менять двигательную активность и режим у больных с острым инфарктом миокарда. Раньше они три недели лежали в постели, не поворачиваясь и почти не шевелясь, а общий срок пребывания в стационаре составлял два месяца. И лишь 25–26% больных, перенесших инфаркт миокарда, через год могли быть частично трудоспособными.

Постепенно мы стали сокращать сроки иммобилизации, быстрее начали поднимать боль-

ных с постели, вводили элементы лечебной физкультуры, и, наконец, в 70-е годы была создана модель реабилитации, которая действует и сегодня. В итоге был значительно сокращен срок между постельным режимом и выходом больного из палаты, прогулками на улице, увеличилась двигательная активность. Теперь больные всех классов тяжести уже на второй-третий день могут присесть.

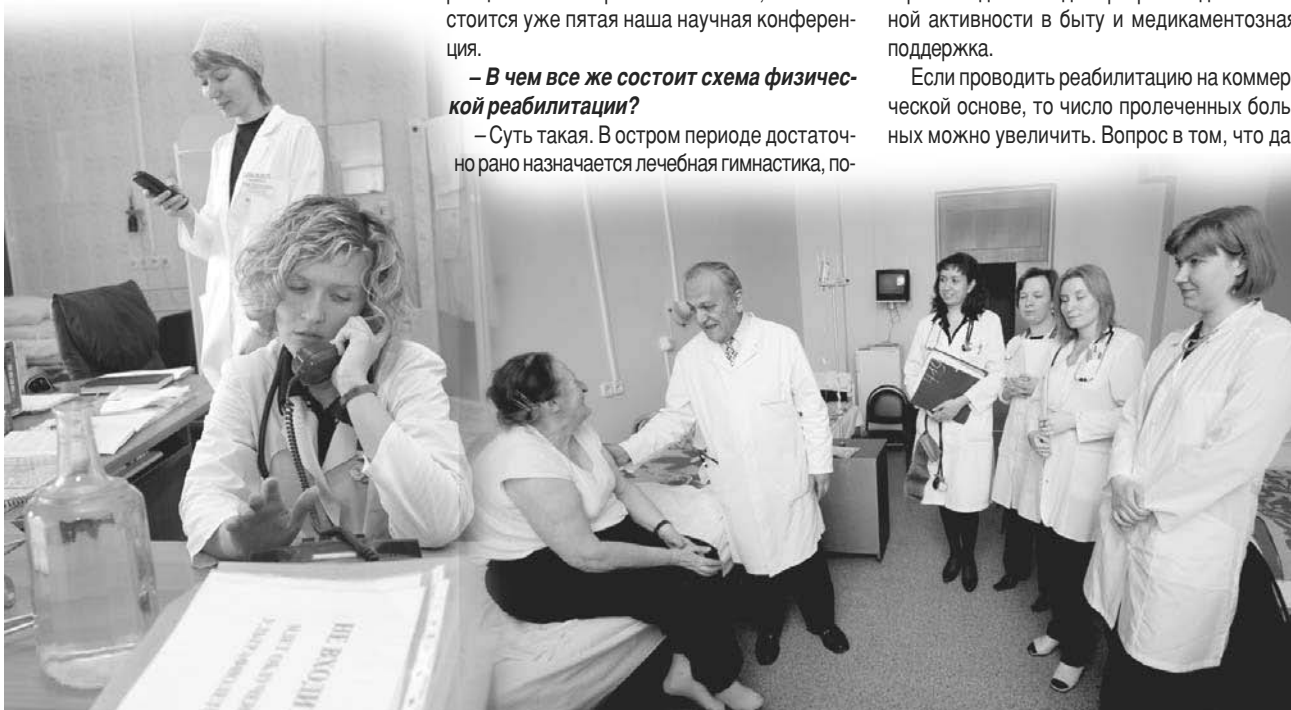
С началом перестройки это направление научной работы было как-то забыто, исследования не проводились, специалисты разбежались. Но с 1995 года нам удалось возродить это направление. Теперь проводим регулярные исследования, восстановили в Научном обществе кардиологов секцию реабилитации и вторичной профилактики, проводим конференции по этой проблеме. Кстати, в мае состоится уже пятая наша научная конференция.

– В чем все же состоит схема физической реабилитации?

– Суть такая. В остром периоде достаточно рано назначается лечебная гимнастика, по-

добранная индивидуально с учетом течения болезни и возможностей данного человека. Больной рано активизируется. Далее, по возможности он отправляется в санаторий на бесплатное долечивание и реабилитацию по разработанной нами программе, но это доступно только 10–15% больных. К сожалению, в поликлинике нет условий для нормальной реабилитации. В научном плане я сейчас как раз и занимаюсь тем, чтобы на послегоспитальном этапе была создана служба в одном из учреждений практического здравоохранения, их силами, но с нашей методической помощью, которая восполнила бы этот пробел. Адаптируем реабилитационные программы с тем, чтобы они могли быть внедрены в практическое здравоохранение Москвы, а потом и страны. А дальше идет программа двигательной активности в быту и медикаментозная поддержка.

Если проводить реабилитацию на коммерческой основе, то число пролеченных больных можно увеличить. Вопрос в том, что да-



леко не все могут за это платить. И, тем не менее, такие отделения уже есть. Здесь больные после стационарного лечения проходят необходимую терапию и обучаются элементам правильной двигательной активности, правильного питания, правильного понимания своего заболевания и возможных неприятных осложнений, бросить курить, получить необходимый заряд активности, направленной на преодоление последствий болезни.

– Давайте поговорим подробнее о другом направлении вашей работы – вторичной профилактике. Что нового в профилактике атеросклероза?

– Мы знаем, что атеросклероз развивается под влиянием избыточного количества холестерина, как вырабатывающегося в организме, так и вводимого извне, с пищей. С учетом этого необходимо изменить наши традиционные представления о вкусной и здоровой еде. То, что мы считаем нормальным – таковым не является. Мы потребляем значительно больше калорий, чем это необходимо нашему организму, мы очень много едим жиров животного происхождения, которые у нас традиционно составляют 40–50% от общего количества жира, а надо было бы, чтобы их доля не превышала 30%. У нас много едят соли, сахара, конфет, всяких тортов, сладких кремов и т. д. Это все нас губит!

Плохим фактором, усиливающим атеросклероз, являются и чрезмерные, очень высокие физические нагрузки. Оказалось, что физическая нагрузка может быть полезной для профилактических целей, она может быть даже лечебным средством, но только тогда, когда она не выше 50–60% от максимально возможного для данного человека усилия. И сейчас мы, учитывая это обстоятельство, для тренировочных программ применяем именно умеренные физические нагрузки – не больше 70% от индивидуальной толерантности, которую определяем с помощью велоэргометрии перед тем, как начать работать с больным.

Вот такие новости. Нам удалось показать, что люди, которые ежедневно по 20–30 минут занимаются допустимыми физическими нагрузками, соблюдают правильную диету, не курят, следят за уровнем артериальной гипертензии, болеют повторно гораздо реже. Особенно хочу подчеркнуть важность немедленного отказа от курения. Пациент, попавший в больницу с инфарктом или подозрением на него, должен сделать это сразу, прямо в больнице, где ему могут оказать соответствующую медикаментозную и психологическую поддержку. Дома это удаётся гораздо сложнее.

Если удастся провести весь комплекс реабилитационных мероприятий, то состояние больного быстро улучшается, увеличивается выработка мужского полового гормона тестостерона, повышается и физическая работоспособность и психологический статус – уходит депрессия, подавленное настроение.

– Существуют ли фармакологические подходы в данной проблеме?

– Да, существуют. Хотя по результатам крупнейших исследований основа вторичной профилактики это не медикаментозные подходы. Но антиатеросклеротическая диета может снизить холестерин на 10%, физические нагрузки – тоже на 10%, а вместе они снижают холестерин примерно на 15%. А надо, чтобы у нашего населения холестерин снизился на 50–55%. И здесь приходят на помощь именно медикаменты – статины. Блестящая группа препаратов, которые произвели переворот в кардиологии. Именно благодаря им удается у людей перенесших инфаркты, инсульты уменьшить размеры атероматозной бляшки. При длительном, в течение нескольких лет, применении, новые бляшки не появляются, а уже имевшиеся бляшки частично уменьшаются, то есть, происходит обратное развитие атеросклероза. Вспомните – ведь совсем недавно об этом можно было только мечтать! Конечно,

эти препараты не дешевы. Но наше население скупает в больших количествах страшно дорогие и куда менее эффективные биологические добавки. Конечно, на их беспардонное рекламирование тратятся огромные средства! В результате больные люди отвергают назначенное врачом лечение, упускают драгоценное время, бросают на ветер деньги.

Итак, при вторичной профилактике применяются статины, аспирин, или другое антиагрегационное средство, бета-блокаторы, которые предотвращают адренэргические реакции и препараты ингибиторы АПФ, которые не только снижают артериальное давление, но и действует на мелкие и средние сосуды внутренних органов, уплотненные и склерозированные. Под влиянием длительного применения ингибиторов АПФ сосуды становятся более податливыми, происходит обратное развитие гипертрофии сердца. Все эти препараты в аптеках есть, их надо принимать длительно, толково, как доктор прописал.

– А больной, перенесший инфаркт миокарда, должен пожизненно принимать все эти препараты?

– Да, потому что лекарства, к сожалению, действуют недолго. Более того, когда некоторые лекарства принимаешь долго, и вдруг прием прекращается, может наступить так называемый синдром отмены. Но это не у всех препаратов. Тем не менее, прекратив лечение, ты лишаешься поддержки. Аспирин, например, нужно принимать постоянно. Что касается статинов, то их достаточно принимать лет пять-шесть. Если даже потом отказаться от них, будет длительное последствие. В 80-е годы в Америке было проведено грандиозное исследование: там больные получали длительное время, в течение 6 лет, никотиновую кислоту. Никотиновая кислота имеет ги-



полипидемическое действие, хотя сейчас ее с этой целью применяют редко из-за ряда побочных эффектов. Она снижала холестерин на 14% в среднем. Через пятнадцать лет оценили этих больных и больных контрольной группы. Оказалось, что у тех, кто уже девять лет назад прекратил прием препарата, смертность ниже, чем в контрольной группе. Достоверно. Я обратил на это внимание. Думаю, что если даже такой относительно слабый препарат, каким является никотиновая кислота, оказал такое последствие, то почему статины, которые по настоящему интенсивно влияют на атеросклероз, препятствуя его развитию, не должны иметь такого последствие? Поэтому, мне кажется, что перспектива пожизненного приема ряда препаратов может быть преувеличена. Это касается именно препаратов гиполлипидемического действия.

– Насколько помолодел атеросклероз?

– Если наши мужчины умирают в возрасте до 60-ти лет, то, соответственно, уже с тридцати лет у них можно выявить это состояние. Когда я в семидесятые годы писал докторскую диссертацию, посвященную коронарной недостаточности у молодых, больных с инфарктом в возрасте до сорока лет я с трудом выискивал по всей Москве. А сейчас их полно. Этому способствует наша безалаберность в отношении к своему здоровью и наши общие беды, из которых на первом месте стоит экология. Здесь и загрязнение почвы, вод, растительности, воздуха, рафинированная пища, различные заменители и т. д. Плохая экология и цивилизация идут рука об руку. Здесь не только экология окружающей нас природы, но и наша внутренняя экология, состояние нашего микромира.

– Количество холестерина в крови зависит ведь еще от того, как его усваивает организм, как работает печень?

– Безусловно. Есть люди, у которых холестерин вырабатывается в огромных количествах. К счастью, такие больные редкость.

Это гомозиготные больные с дефектами гена. В Америке наблюдалась семилетняя девочка, у которой не было рецепторов в печени, которые захватывают холестерин. У нее был атеросклероз всех сосудов, несколько инфарктов. Спасти ее от смерти смогла только пересадка здоровой печени. Ей пересадили печень, сердце и легкие и она стала жить.

У некоторых печеночных больных, страдающих циррозом печени, холестерин тоже может быть повышен, но это наблюдается тоже не так часто. Иногда гиперхолестеринемия бывает и у больных с нефротическим синдромом.

Из всех сопутствующих заболеваний самое отрицательное влияние оказывает сахарный диабет – при одних и тех же цифрах холестерина он в четыре-шесть раз увеличивает смертность. Очень плохую роль играет ожирение, повышая смертность в полтора-два раза и, конечно, широко известна роль артериальной гипертонии, особенно в развитии инсультов, при которых тоже в два-три раза увеличивается смертность.

Сейчас выяснена коварная роль так называемого метаболического синдрома, что является новым для врачей. Основу его составляет инсулинорезистентность, приводящая к гипергликемии, увеличение атерогенных фракций липидов, повышение свертываемости крови, артериальная гипертония, развитие атеросклероза и абдоминального ожирения. Этот синдром сейчас изучают, он встречается довольно часто, и подход к нему должен быть комплексным.

– Что нужно, чтобы образовалась бляшка в сосуде? Только ли высокий уровень холестерина?

– Бляшка образуется благодаря тому, что высокий уровень холестерина, высокое артериальное давление, курение и некоторые другие внешние и внутренние факторы отрицательно действуют на функцию эндотелия сосудов. Эндотелий поражает-

ся, наступает его дисфункция, повышается проницаемость эндотелиального слоя для липидов. Увеличивается сродство к холестерину субэнтимального слоя, туда макрофаги заносят липидные частички, они превращаются в пенные клетки, которые оказывают провоспалительное действие. В результате всего этого создаются предпосылки для развития атеросклероза, который, прогрессируя, доходит до фазы нестабильной бляшки, при разрыве которой в кровь выбрасываются различные биологически активные вещества, протромботические, провоспалительные, сосудосуживающие, что быстро приводит к сосудистому тромбозу.

– Как вы относитесь к возможности оперативного лечения коронарной недостаточности?

– Людей, которые перенесли какой-то серьезный сосудистый инцидент – инфаркт, нестабильную стенокардию, предынфарктное состояние, инсульт, особенно тех, кто имеет сопутствующие заболевания – диабет, ожирение, врачи должны отправить на коронарографию. Другое дело, что для большей части населения нашей необъятной России это пока недоступно. Только в городах – столицах, крупных университетских центрах, где это направление развивается, часть больных может позволить себе удовлетворить эти потребности. Рекордная цифра проведенных у нас в стране операций в прошлом году – 5000. А надо бы 500 000, если не больше. В США, когда ее население равнялось населению СССР, делали чуть больше миллиона операций в год, и сейчас столько же. Они, правда, сейчас отдают предпочтение стентированию, но это не меняет сути.

Безусловно, кардиохирургия, в том числе инвазивная, должна развиваться быстрыми



темпами. У больных после таких вмешательств совершенно другой образ жизни, они живут дольше. Но вместе с тем хотелось бы обратить внимание на одно важное обстоятельство. Существует несколько эйфорическое представление о возможностях хирургии, которое нередко поддерживают и сами хирурги. Например, они говорят прооперированному больному: «Вы можете идти, вы здоровы». Это абсолютно неверное утверждение. Да, у него гораздо лучше физические возможности, улучшается качество жизни, но основа его болезни – атеросклероз никуда не делся. Он может прогрессировать, приводить к рецидивам, обострениям. Поэтому все, что я говорил о реабилитации и вторичной профилактике полностью остается в силе и для прооперированных больных.

– Как вы оцениваете возможности нашей медицины в плане профилактики данной патологии?

– К сожалению, нашу медицину трудно назвать высококачественной. Она очень отстает от современного уровня. Не только техническая база ужасающая, но и образование наших врачей оставляет желать лучшего. Врачи настроены на раздачу таблеток, они борются с симптомом, а не с болезнью, как таковой. Сердце заболело – нитраты, давление поднялось – гипотензивные препараты. Никто не смотрит на человека, как на целостное образование – ведь без изменения образа жизни – питания, физической активности, отказа от вредных привычек ничего сделать нельзя. Надо заглядывать внутрь проблемы. При атеросклерозе основа всех наших бед – измененные сосуды. Пока они изменены и эти изменения прогрессируют, нет никакой надежды на то, что человеку удастся удлинить жизнь, предотвратить преждевременную смерть. Никто не задается вопросом, что я должен сделать для того, чтобы жизнь моих пациентов была не только не короче средне-

европейской, где средний возраст мужчины составляет 80 лет, но хотя бы достигла наших прежних, до перестроечных показателей. А сейчас рост смертности у людей 20–25 лет от сердечных заболеваний составил 225%! Людей от 25 до 35 лет – 150–180%!

Система отечественного здравоохранения должна бить тревогу: люди продуктивного возраста, мужчины, кормильцы погибают в мирное время ни за что ни про что! Во всем мире произошли грандиозные изменения в структуре смертности и в продолжительности жизни. Средняя продолжительность жизни мужчин в странах ЕС 80–81 год, в США – то же самое. А ведь всего 25 лет назад в США была ужасающая ситуация со смертностью от коронарной болезни сердца, но они сразу схватились за голову и срочно начали внедрять государственные программы по борьбе с широким распространением ишемической болезни сердца. Они действовали масштабно: вся страна боролась с гиподинамией, за уменьшение потребления холестеринасодержащих продуктов и, конечно, за отказ от курения. У них вместо прежних 70% курящих мужчин осталось всего 15%. У нас же все идет навстречу смерти, а они на Западе от нее уходят. Вот смотрите: в Финляндии смертность была самой высокой, выше, чем в США. Начали анализировать. Оказалось, что у них питание было очень жирным: бутерброды с маслом и сыром, жирное мясо и т. д. Эту еду потребляли свыше 85% населения. А после того как ввели государственную программу по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, этот процент снизился до 15%. За счет этого финны, у которых средний уровень холестерина даже у детей достигал 350–400, за двадцать с небольшим лет сократили смертность на 60%. Мы же, напоминая, за эти годы увеличили ее в два с лишним раза. В 2002 году число умерших от инфаркта миокарда у нас было на 2%

больше, чем в предыдущем. Вот вам и уровень нашей медицины.

Может быть, у наших врачей нет стимула быть активными и сильными специалистами, может быть, у них отсутствуют объективные критерии оценки результата их работы? Очень даже может быть. На мой взгляд, надо изменить какие-то подходы в оценке деятельности врачей. Например, оценивать работу терапевта не по количеству принятых больных, а по росту продолжительности жизни на их участке, по тому, насколько реже их пациенты попадают в больницы. Но прежде чем внедрять какие-либо новшества надо, в первую очередь, подумать о самих врачах – у них крайне низкая, до оскорбительного, оплата труда.

– В мае этого года состоялась ваша очередная конференция. Кого вы на нее приглашали?

– Конференция стала традиционной. У нас сложился собственный круг врачей-специалистов, которые особенно охотно на нее приезжают. Это кардиологи, занимающиеся не только вопросами лечения, но и вопросами профилактики, в том числе и вторичной, а также активно участвующие в разработке различных реабилитационных программ. Ведь тема конференции – вторичная профилактика и реабилитация в кардиологии. Было представлено более 300 докладов и тезисов, выступил и представитель Европейского общества по реабилитации и вторичной профилактике. Участие в конференции приняли фирмы-производители современных лекарств.

Материалы из ГНЦПМ РФ подготовил Михаил Кукулевич. Фоторепортаж Владимира Афанасьева.



АКРИДИЛОЛ – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СТЕНОКАРДИИ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой серьезную проблему современной кардиологии, являясь исходом практически всех сердечно-сосудистых заболеваний. Процессы ремоделирования сердечно-сосудистой системы являются неизменным атрибутом ХСН, будучи, с одной стороны, осложнением ХСН, а с другой стороны, фактором её прогрессирования. В настоящее время в лечении ХСН все больше внимания привлекается к β -адреноблокаторам с вазодилатирующими свойствами. Недавно на фармацевтическом рынке России появился новый препарат Акридиллол производства ОАО «Акрихин».

Акридиллол (карведилол) оказывает сочетанное неселективное α_1 -, β_1 -, β_2 -блокирующее и антиоксидантное действие. Сочетание вазодилатации и бета-блокады при применении карведилола оказывает следующее действие: у больных артериальной гипертензией снижение артериального давления не сопровождается одновременным увеличением общего периферического сосудистого сопротивления, которое наблюдается при приеме бета-блокаторов; частота сердечных сокращений несколько уменьшается; почечный кровоток и функция почек сохраняются. Не изменяется периферический кровоток, поэтому похолодание конечностей, часто возникающее при лечении обычными бета-блокаторами, отмечается редко.

Акридиллол благоприятно влияет на течение и прогноз ИБС, включая острый инфаркт миокарда и стенокардию напряжения. Результаты исследования CAPRICORN свидетельствуют, что применение карведилола на 23% снижает уровень смертности у больных перенесших инфаркт миокарда и на 41% – риск развития не фатального инфаркта миокарда. Уменьшает частоту и длительность болевых и безболевых эпизодов ишемии у больных стабильной стенокардией.

Одним из основных показаний к назначению Акридиллола является хроническая сердечная недостаточность. Результаты исследования COPERNICUS свидетельствуют о том, что у больных с ХСН III-IV ФК по NYHA карведилол на 35% снижает уровень общей смертности, на 26% уменьшает количество госпитализаций обусловленных сердечно-сосудистыми заболеваниями, на 33%-вызванных ХСН.

При артериальной гипертензии рекомендованная начальная доза Акридиллола составляет 12,5 мг один раз в сутки в первые 2 дня, затем по 25 мг один раз в сутки. При необхо-

димости дозу можно увеличивать с интервалами не более двух недель, доходя до высшей рекомендованной дозы 50 мг один раз в сутки (или разделенной на два приема). У больных старческого возраста рекомендованная начальная доза составляет 12,5 мг один раз в сутки. При стенокардии начальная доза составляет 12,5 мг два раза в сутки. При необходимости впоследствии дозу можно увеличивать с интервалами не менее двух недель, доводя до высшей суточной дозы, равной 100 мг, разделенной на два приема.

Для больных пожилого возраста высшая суточная доза составляет 50 мг, разделенных на 2 приема. Лечение обычно проводится длительно, как и другие бета-блокаторы, карведилол нельзя отменять резко, особенно у больных ИБС. Препарат следует отменять постепенно (в течение 1–2 недель), снижая дозу наполовину каждые 3 дня.

Таблетки следует глотать, запивая достаточным количеством жидкости, связывать прием лекарства с приемом пищи не обязательно.

После приема внутрь Акридиллол быстро всасывается. Максимальная концентрация в сыворотке достигается примерно через 1 час. Абсолютная биодоступность составляет примерно 25%. Прием пищи не влияет на биодоступность. При нарушении функции печени биодоступность возрастает на 80% благодаря уменьшению эффекта первого прохождения через печень, при длительной терапии кумуляция препарата не наблюдается. Период полувыведения составляет 6–10 часов, плазменный клиренс около 590 мл/мин. Выведение происходит, главным образом, с желчью. Небольшая часть дозы выводится через почки в виде различных метаболитов.

Препарат противопоказан при декомпенсированной сердечной недостаточности (IV класса NYHA), хронических заболеваниях легких с бронхоспастическим компонентом, бронхиальной астме, атриовентрикулярной блокаде II и III степени, тяжелой брадикардии, выраженной артериальной гипотонии (систолическое артериальное давление менее 85 мм рт. ст.), кардиогенном шоке, клинически выраженном поражении печени, гиперчувствительности к препарату.

Характер побочных действий карведилола при лечении артериальной гипертензии и стенокардии аналогичен таковому при недостаточности кровообращения, однако частота их несколько меньше. Иногда – головокружение, головные боли и слабость, которые обычно выражены слабо, брадикардия, редко – обмо-

роки (в начале лечения). Иногда боли в конечностях, редко – сухость во рту, нарушение мочеиспускания.

У больных с недостаточностью кровообращения, получающих препараты наперстянки, диуретики и/или ингибитор АПФ, карведилол следует применять с осторожностью, так как и он, и препараты наперстянки замедляют сердечную проводимость. При одновременном назначении с антагонистами кальция типа верапамила или дилтиазема, а также антиаритмиками I класса необходимо тщательно мониторировать ЭКГ и артериальное давление. Больным с хроническими обструктивными заболеваниями легких и бронхоспастическим компонентом, не получающим пероральных или ингаляционных противоастматических препаратов, карведилол назначают в том случае, если возможные преимущества его применения превышают потенциальный риск. В начале приема и при увеличении дозы препарата этих больных нужно тщательно наблюдать, снижая дозу при появлении начальных признаков бронхоспазма.

При правильном использовании, новый, обладающий уникальными свойствами, высокоэффективный препарат Акридиллол способен значительно увеличить эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Более подробная информация о препарате по тел: (095) 974–8513, 974–8515; www.akrihin.ru

Акридиллол
(карведилол)

Улучшает прогноз и качество жизни у больных:

- артериальной гипертензией
- ишемической болезнью сердца
- хронической сердечной недостаточностью

Новое слово в лечении сердечно-сосудистых заболеваний

Акридиллол®
карведилол
30 таблеток

Акридиллол®
карведилол
60 таблеток

Акрихин

АКРИХИН

Тел.: (095) 974-85-10, 974-85-11 Факс: (095) 702-9503
E-mail: sales@akrihin.ru Интернет: www.akrihin.ru

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

С. Ю. Марцевич, С. А. Шальнова, В. В. Якусевич, А. Д. Деев, Н. П. Кутишенко
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Минздрава РФ (г. Москва) и Государственная медицинская академия (г. Ярославль)

Одним из давно используемых и хорошо зарекомендовавших себя ИАПФ является эналаприл. Эталонным препаратом эналаприла, как известно, является Ренитек® производства компании Merck Sharp & Dohme Idea, inc. В связи с большой популярностью эналаприла многие фармацевтические компании стали воспроизводить этот препарат под своими торговыми названиями. Однако исследования, позволяющие ответить на вопрос о сопоставимости клинической эффективности оригинального препарата и препарата-дженерика, проводятся довольно редко, обычно фармацевтические компании просто ограничиваются данными о биоэквивалентности препаратов. Между тем для практической медицины вопрос клинической эквивалентности оригинального препарата и препарата-дженерика является крайне важным, в первую очередь потому, что стоимость препаратов-дженериков всегда значительно меньше, чем оригинальных препаратов.

Цель настоящего клинического исследования заключалась в сравнении эффективности и безопасности двух препаратов эналаприла: препарата Энам® (эналаприл производства компании Dr. Peddy's) и Ренитек® (эналаприл производства компании Merck Sharp & Dohme Idea, inc) у больных мягкой и умеренной АГ. Исследование проводилось открытым, рандомизированным перекрестным методом.

Каждый пациент прошел два курса терапии эналаприлом: препаратом Энам® и препаратом Ренитек®. Последовательность назначения курсов определялась путем рандомизации. Каждому курсу лечения предшествовал контрольный период продолжительностью 14 дней, в течение которого пациенты не принимали никаких антигипертензивных препаратов. Лечение каждым препаратом продолжалось четыре недели. Препараты назначались 2 раза в день (утром и вечером). Начальная доза эналаприла составляла 10 мг/сут (5 мг 2 р/день). Контроль артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) проводился до назначения антигипертензивной терапии, а также через две и

четыре недели терапии (утром до приема очередной дозы препарата). При недостаточном гипотензивном эффекте через две недели дозу эналаприла увеличивали до 20 мг/сут (10 мг x 2 р/день).

Результаты

Необходимо отметить, что обе группы пациентов, случайным образом попавших на определенную последовательность назначения курсов терапии Энамом® и Ренитеком®, были вполне сопоставимы по основным клиническим показателям, существенных отличий между этими группами выявлено не было.

Оба препарата Энам® и Ренитек® через четыре недели регулярной терапии приводили к достоверному снижению как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД). Статистически значимых различий между препаратами выявлено не было.

На фоне приема обоих препаратов регистрировалось незначительное увеличение ЧСС, но в данном случае различия между препаратами не носили достоверного характера.

Результаты суточного мониторирования АД (СМАД) вполне соответствуют тем данным, которые были зарегистрированы при стандартном измерении АД. Отмечено статистически достоверное уменьшение средних показателей САД и ДАД, а также среднего и пульсового АД. Достоверное изменение индекса времени (ИВ) САД и ДАД свидетельствует о равномерности антигипертензивного эффекта во время лечения обоими препаратами. Изменение ЧСС во время проведения СМАД, как и при стандартном измерении, было статистически незначимым.

Обсуждение результатов

Анализ результатов исследования показал, что наши данные в отношении эталонного препарата Ренитека® полностью соответствуют многочисленным литературным дан-

ными об эффективности эналаприла у больных с АГ, которая оценивалась как методом стандартного измерения АД, так и с помощью СМАД. По данным разных исследователей на фоне терапии эналаприлом САД снижается на 15,0–17,5 мм рт. ст., а ДАД – на 9,7–13,8 мм рт. ст., а при использовании метода СМАД регистрируется снижение САД на 12,6–20,5 мм рт. ст. и ДАД на 8,8–9,3 мм рт. ст.

Считается, что для достижения необходимого антигипертензивного эффекта увеличение дозы эналаприла с 10 до 20 мг/сут. необходимо примерно у одной трети пациентов с АГ, похожие данные были получены в отношении изучаемых препаратов и в нашем исследовании. Результаты исследования также согласуются с современным представлением об эффективности монотерапии ИАПФ и, в частности, терапии эналаприлом. Так, средняя суточная доза эналаприла в исследовании, проведенном Rangoonwala et al., составляла 16,5 мг, в нашем исследовании – 14,0 мг и 15,9 мг для Ренитека® и Энама® соответственно.

Сопоставимость наших результатов, касающихся эталонного препарата Ренитека®, с имеющимися в литературе данными по эналаприлу дало полное основание сделать вывод об объективности и надежности данных, полученных в отношении Энама®.

Таким образом, на основании результатов проведенного клинического исследования можно говорить о сопоставимости антигипертензивного эффекта Энама® и Ренитека® и об обоснованности применения Энама® при лечении больных АГ в тех случаях, когда назначается эналаприл.

С полным текстом статьи Вы можете ознакомиться в журнале «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» № 2–2003.

Результаты 24-часового мониторирования АД (М±m)

	САД	ДАД	СрАД	ПАД	ЧСС	ИВСАД	ИВДАД
Исходно	140±1,3	86,4±1,0	104,5±1,0	53,9±1,1	77,2±0,9	59,6±2,5	49,6±2,9
Энам®	127,5±1,4	79,9±1,1	95,7±1,1	48,0±1,2	76,5±1,0	36,2±2,8	31,1±3,1
Ранитек®	127,2±1,4	80,7±1,2	95,5±1,1	46,9±1,2	75,9±1,0	36,5±2,9	34,2±3,2

■ – различия достоверны (p<0,001) по сравнению с исходными данными

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛИКОРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. Н. Орехов, И. А. Собенин, НИИ атеросклероза РАЕН, г. Москва

Несколько лет назад в НИИ атеросклероза РАЕН был разработан Алликор – препарат пролонгированного действия на основе натурального чеснока. За это время проведен ряд исследований по изучению его клинической эффективности, в том числе двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное многоцентровое исследование прямого влияния Алликора на течение каротидного атеросклероза – «Мониторирование атеросклероза при снижении атерогенности» (МАСА).

В исследование МАСА включались мужчины в возрасте от 40 до 74 лет. Критерием включения служило диффузное утолщение интимо-медиаляльного слоя в сонных артериях, выявленное ультразвукографически. Длительность исследования составила 2 года. Как отражено в названии исследования, мониторировались два основных параметра – атерогенность сыворотки крови и толщина интимо-медиаляльного слоя сонных артерий. Что такое атерогенность? Сыворотка крови больных атеросклерозом содержит атерогенные факторы, главным образом модифицированные липопротеиды низкой плотности. Если клетки, выделенные из непораженной атеросклерозом интимы аорты человека, инкубировать в присутствии такой сыворотки крови, они начинают накапливать липиды, в основном в виде свободного холестерина и его эфиров. Сыворотка крови здоровых лиц, как правило, атерогенными свойствами не обладает. Было установлено, что Алликор препятствует накоплению холестерина в культивируемых клетках, то есть обладает антиатерогенным действием.

Мониторирование толщины интимо-медиаляльного слоя сонных артерий осуществляли с помощью ультразвукового сканирования в В-режиме и последующей обработки изображения на компьютере. Что же происходит с сосудами на фоне приема Алликора?

Уже через 6 месяцев наблюдения было выявлено достоверное уменьшение толщины интимо-медиаляльного слоя, которое через год составило в среднем почти 30 мкм, а через 2 года – более 40 мкм.

В группе плацебо, напротив, наблюдалась характерная для атеросклероза картина – медленное неуклонное прогрессирование поражений.

Кроме того, под воздействием Алликора произошли выраженные качественные изменения атеросклеротического процесса. В группе плацебо у половины пациентов отмечался дальнейший рост атеросклеротических поражений, и только у 21% пациентов наблюдалась спонтанная регрессия атеросклероза. У четверти пациентов достоверных изменений толщины

интимо-медиаляльного слоя сонных артерий не было выявлено, то есть отмечалось стабильное течение атеросклеротического процесса. Это распределение отражает волнообразное течение заболевания, когда периоды высокой активности атеросклероза сменяются периодами относительного затишья. У пациентов, получающих Алликор, характер распределения совершенно другой. Доля случаев регрессии атеросклероза составила более 50% случаев, при этом доля пациентов со стабильным течением заболевания возросла до 31%. Соответственно, прогрессирование атеросклероза наблюдалось менее чем у 20% пациентов.

Антиатеросклеротический эффект Алликора проявляется при любой степени поражения артерий. Чем больше толщина интимо-медиаляльного слоя в начале лечения, тем более выраженный эффект оказывает Алликор. Таким образом, Алликор предотвращает прогрессирование ранних поражений и вызывает регрессию выраженных поражений, то есть обладает двойным антиатеросклеротическим действием.

Многолетние эпидемиологические исследования позволили определить весьма широкий перечень показаний к приему Алликора. Это не только уменьшение атеросклеротических бляшек, снижение содержания холестерина и триглицеридов в крови при гиперлипидемии, а значит – профилактика инфаркта миокарда и инсульта, но и снижение артериального давления при гипертонической болезни, уменьшение повышенной свертываемости крови, профилактика послеоперационных осложнений у больных с поражением сосудов, а также профилактика острых респираторно-вирусных инфекций, включая грипп.

Определены также и противопоказания к длительному приему Алликора. К ним относятся индивидуальная непереносимость чеснока (абсолютное противопоказание) и желчекаменная болезнь (относительное противопоказание). В последнем случае при наличии показаний рекомендуется прием Алликора непосредственно во время приема пищи.

Частота побочных эффектов при длительном (свыше 6 месяцев) приеме Алликора крайне низка. Так, по результатам наблюдения в группе пациентов, состоящей более чем из 3000 человек, раздражение желудочно-кишечного тракта наблюдается в 2,28% случаев, аллергические реакции – в 0,13% случаев, тахикардия – в 0,04% случаев. Других видов побочных эффектов не было отмечено.

Сформулирована оптимальная тактика назначения Алликора с целью профилактики атеросклеротических заболеваний. Она основана на предварительной оценке риска ишеми-

ческой болезни сердца и инфаркта миокарда, при этом используется минимальный набор критериев, доступный практически для любой поликлиники. Рекомендуются следующие подходы:

1. При наличии документированной ишемической болезни сердца, других атеросклеротических заболеваний, а также сахарного диабета, вне зависимости от наличия других факторов риска атеросклеротических заболеваний, Алликор рекомендуется для постоянного приема в дозе 300 мг 2 раза в день.

2. При отсутствии документированной ишемической болезни сердца, других атеросклеротических заболеваний, а также сахарного диабета, принимается во внимание уровень холестерина в плазме крови, как один из наиболее информативных показателей риска.

а. При выраженной гиперлипидемии (холестерин 8,0 ммоль/л и более) рекомендуется назначение сильнодействующих гиполипидемических препаратов в комбинации с Алликором (300 мг 2 раза в день) в течение 6–12 месяцев на фоне жесткой гиполипидемической диеты. При снижении уровня холестерина до 7,5 ммоль/л рекомендуется постоянный прием Алликора в дозе 300 мг 2 раза в день на фоне гиполипидемической диеты.

б. При значительной гиперлипидемии (холестерин 7,0–8,0 ммоль/л) рекомендуется Алликор (300 мг 2 раза в день) в течение 6–12 месяцев на фоне гиполипидемической диеты. При снижении уровня холестерина до 6,5 ммоль/л рекомендуется постоянный прием Алликора в дозе 150 мг 2 раза в день на фоне гиполипидемической диеты.

с. При умеренной гиперлипидемии (холестерин 6,0–7,0 ммоль/л) и наличии 1–2 других дополнительных факторов риска рекомендуется Алликор (150 мг 2 раза в день) в течение 6–12 месяцев на фоне гиполипидемической диеты. При снижении уровня холестерина до 6,0 ммоль/л рекомендуется постоянный прием Алликора в дозе 150 мг 2 раза в день.

д. При нормолипидемии или умеренной гиперлипидемии (холестерин до 6,0 ммоль/л) и наличии 1–2 других дополнительных факторов риска рекомендуется постоянный прием Алликора в дозе 150 мг 2 раза в день.

Данная тактика назначения Алликора является достаточно гибкой, поскольку позволяет оценивать изменения в липидном статусе пациента и своевременно корректировать режим профилактики атеросклеротических заболеваний с помощью Алликора в зависимости от динамики факторов сердечно-сосудистого риска.

АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

А. Л. Сыркин, А. В. Добровольский

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Проводимая больным ишемической болезнью сердца (ИБС) антиангинальная терапия призвана максимально оптимизировать соотношение между потребностями сердечной мышцы в кислороде, с одной стороны, и его доставкой к миокарду – с другой. Основным механизмом действия большинства современных препаратов, используемых для купирования и предотвращения приступов стенокардии (нитраты, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов), является гемодинамическая разгрузка миокарда путем уменьшения частоты сердечных сокращений (ЧСС), а также пред- и постнагрузки. Соответственно, указанные антиангинальные средства оказывают лишь опосредованное влияние на кислородное обеспечение миокарда. Поэтому в течение нескольких последних десятилетий предпринимались многочисленные (в целом безуспешные) попытки создать препараты, эффективно воздействующие непосредственно на ишемизированные кардиомиоциты и не оказывающие неблагоприятного воздействия на гемодинамические показатели.

Положение существенно изменилось после того, как в середине 80-х годов был разработан препарат «Триметазидин», принципиальной особенностью которого является прямое воздействие на ишемизированный миокард, приводящее к более рациональному использованию поступающего кислорода. Триметазидин является первым (и на сегодняшний день единственным) препаратом метаболического действия, сопоставимым по антиангинальному эффекту с бета-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов и нитратами.

Как известно, при ишемии нарушается энергетический обмен миокарда и в первую очередь активизируется бета-окисление жирных кислот. В результате в кардиомиоцитах накапливаются недоокисленные жирные кислоты и свободные радикалы, повышается внутриклеточный кислотоз, увеличивается проницаемость клеточных мембран, высвобождаются внутриклеточные ферменты, накапливаются ионы кальция и как следствие нарушается сократимость сердечной мышцы. Если ишемия сохраняется более продолжительное время, то наступает повреждение митохондриальных мембран, активизация лизосомальных ферментов и как следствие гибель кардиомиоцита.

Триметазидин оказывает положительное влияние на все нарушения, наблюдаемые в ишемизированном миокарде. Так, по данным целого ряда исследований, применение триметазидина препятствует истощению источников энергии (в частности, гликогена) в сердечной мышце, накоплению свободных радикалов и недоокисленных продуктов обмена; при лечении триметазидином уменьшается внутриклеточный кислотоз, а также снижается содержание ионов натрия и

кальция в кардиомиоцитах. Триметазидин улучшает обмен мембранных фосфолипидов во время ишемии и реперфузии, снижает пассивную проницаемость мембран, а также повышает их устойчивость к гипоксическим и механическим повреждениям. Соответственно, уменьшается высвобождение миокардиальных ферментов, таких как креатинфосфокиназа (КФК) и лактатдегидрогеназа.

Однако терапевтически желательные эффекты триметазидина при ИБС не сводятся лишь к нормализации кислородного обмена в миокарде. Воздействие рассматриваемого антиангинального препарата распространяется и на тромбоциты, играющие первостепенную роль в возникновении острой ишемии миокарда. Так, установлено, что триметазидин тормозит поступление кальция, блокирует индуцированную тромбином адгезию, снижает текучесть мембран, уменьшает активность аденилатциклазы тромбоцитов и как следствие препятствует тромбообразованию в коронарных артериях.

Использование триметазидина при ИБС позволяет уменьшить активность нейтрофилов в миокарде, выраженность воспалительной реакции и, соответственно, степень дополнительного свободнорадикального повреждения сердечной мышцы. Наконец, в некоторых исследованиях указывается на возможную роль триметазидина в регуляции апоптоза кардиомиоцитов при ишемии миокарда.

Важно отметить, что действие триметазидина не связано с изменениями параметров гемодинамики. Проведенные исследования показали, что все основные гемодинамические показатели: ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление (АД), сердечный индекс, конечное диастолическое давление в левом желудочке, давление в легочной артерии, общее периферическое сосудистое сопротивление – на фоне лечения триметазидином существенно не изменяются. Причем такая индифферентность в отношении параметров гемодинамики не зависела ни от дозировки, ни от продолжительности лечения. А поскольку триметазидин не влияет на ЧСС и систолическое АД, то величина индекса «ЧСС/систолическое АД», характеризующего потребность миокарда в кислороде во время физической нагрузки, на фоне однократного или продолжительного приема триметазидина также остается неизменной.

После приема внутрь триметазидин быстро абсорбируется в кишечнике, причем его биодоступность достаточно высока. Так, по данным Р. Goupit, биодоступность 40 мг таблетированного триметазидина составила 88,7% от аналогичной дозы, введенной внутривенно. Устойчивая концентрация препарата достигается уже через 24 ч после начала терапии и в дальнейшем

остается неизменной. Триметазидин не изменяет фармакокинетику феназона, дигоксина, теофиллина и циклоспорина А. Таким образом, триметазидин не является ни индуктором, ни ингибитором окислительных систем печени (изоферментов цитохрома Р-450).

Не требует доказательств необходимость поддержания эффективной защиты миокарда на протяжении всех 24 ч, и в особенности в ранние утренние часы, когда наиболее высока вероятность развития острых сердечно-сосудистых событий (острый коронарный синдром, мозговой инсульт и т. п.)

Поэтому недавно была разработана новая улучшенная лекарственная форма – триметазидин с модифицированным высвобождением (МВ). Каждая таблетка новой лекарственной формы содержит по 35 мг триметазидина, которые принимают только 2 раза в сутки. Проведенные исследования продемонстрировали, что триметазидин МВ биоэквивалентен триметазидину 20 мг, однако при применении таблеток с МВ достигается значительные клинические преимущества.

При назначении таблеток с МВ содержание препарата в плазме крови менее подвержено колебаниям, а равновесная концентрация триметазидина сохраняется более продолжительное время, чем при использовании таблеток с немедленным высвобождением (11,1 и 4 ч соответственно), а минимальная концентрация действующего вещества повышается на 31%. Таким образом, новая лекарственная форма обеспечивает более надежный антиишемический и антиангинальный контроль в течение 24 ч.

В многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании оценивали эффективность триметазидина в форме таблеток с модифицированным высвобождением (35 мг 2 раза в сутки) у 223 больных стабильной стенокардией с положительной нагрузочной пробой, несмотря на проводимую терапию атиенололом в дозе 50 мг/сут. Было показано, что продолжительность нагрузочной пробы до появления ишемической депрессии сегмента ST или ангинозной боли при лечении пролонгированным триметазидином и атиенололом были достоверно больше, чем при приеме атиенолола и плацебо. Важно, что эффективность проводимой терапии оценивали через 12 ч после приема очередной таблетки триметазидина МВ.

Высокая безопасность новой лекарственной формы подтверждена при проведении терапии в течение 1 года у пациентов старше 70 лет (средний возраст 84 года). Триметазидин МВ не оказывает никакого отрицательного влияния ни на клинические, ни на биологические параметры.

С полным текстом статьи вы можете ознакомиться в журнале «Consilium medicum» 2002 г. том 4, № 11 Кардиология.

Содержание жирных кислот и холестерина в 100 г продуктов, а также их энергетическая ценность

Название продукта	Жирные кислоты, г			Холестерин, мг	Энергетическая ценность, ккал
	насыщенные	мононенасыщенные	полиненасыщенные		
Жиры					
Масло сливочное	50	27	1	190	748
Говяжий жир	51	41	3	110	897
Свиной жир	40	46	1	100	897
Бараний жир	51	40	4	100	897
Маргарин	24	14	27	0	589
Майонез	10	20	45	120	775
Растительные масла:					
подсолнечное	11	24	60	0	899
кукурузное	13	24	58	0	899
оливковое	16	67	12	0	898
Мясные и рыбные продукты					
Говядина без жира	7	7	1	94	267
Свинина без жира	4	6	1	89	227
Баранина без жира	10	9	2	98	282
Утка	16	22	2	91	480
Курица без кожи:					
мясо белое	1	1	1	79	155
мясо темное	2	2	2	89	170
Колбаса сырокопченая	15	19	4	112	464
Колбаса вареная нежирная	7	9	2	60	226
Колбаса вареная жирная, сосиски	10	13	3	60	304
Рыба морская жирная (скумбрия, сардины, сельдь, семга, палтус)	3	6	4	88	228
Рыба морская нежирная (треска, хек, минтай)	0,5	0,3	1	65	106
Рыба речная	1,1	2,3	1,4	67	150
Молочные продукты					
Молоко, кефир 3% жирности	2	1	0,1	14	59
Творог 18% жирности	11	6	0,7	57	229
Обезжиренный творог	0,3	0,1	–	9	89
Мороженое сливочное	6	3	0,4	35	184
Сыр 30% жирности	19	9	0,8	91	368

При повышенном уровне холестерина крови рекомендованы следующие продукты: мясо курицы, индейки, кролика, телятина. Молочные продукты – снятое молоко, нежирные сыры, творог, белки яиц, нежирная простокваша. Рыба белых сортов – треска, пикша, камбала. Жирная рыба – сельдь, макрель, сардина, тунец, лосось. Фрукты, овощи. Злаки: мука грубого помола, хлеб из этой муки, блюда из овса, кукурузы, риса. Напитки: чай, кофе, минеральная вода, напитки без сахара, неосветленный фруктовый сок, бульоны, вегетарианские супы, пиво с пониженным содержанием алкоголя. Прозрачные маринады, заменители сахара, специи, горчица. **Эти продукты содержат мало жиров и/или много клетчатки, поэтому они являются основой гиполипидемической диеты. За сутки должно поступать с пищей не более 200 мг холестерина.**

Важным принципом противоиатеросклеротического питания является замена большей части твердых жиров животного происхождения на жидкие жиры растительнопроисхождения. Насыщенные жирные кислоты и холестерин содержатся преимущественно в продуктах животного происхождения. Калорийность жиров в два раза больше, чем калорийность белков и углеводов: 1 г жира дает организму 9 ккал, а 1 г углеводов, как и 1 г белка, дает 4 ккал. Поэтому снижение калорийности питания за счет снижения потребления жира в первую очередь показано людям с избыточной массой тела.

Современные международные рекомендации предусматривают не резкое, а умеренное снижение потребление жира. Так как резкое снижение количества часто ведет к чрезмерному потреблению углеводов, особенно их простых форм – сахаров. Это, в свою очередь, способствует повышению сахара (глюкозы) крови, увеличению массы тела, а следовательно, усугублению проявлений атеросклероза. Жир должен составлять не более 30% калорийности питания. Это означает, что при средней физической активности в возрасте 20–49 лет мужчины должны потреблять не более 90 г, а женщины не более 65 г жира в сутки. В возрасте 50–74 лет мужчинам рекомендуется получать с пищей не более 75 г жира, а женщинам – не более 60 г. **Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний** рекомендуют потреблять насыщенные, мононенасыщенные и полиненасыщенные жирные кислоты примерно поровну, в отношении 1:1:1. Потребление холестерина должно составлять менее 300 мг в сутки.



Позабить тебя невозможно,
Разлюбить тебя невозможно,
Упросить судьбу невозможно,
Чтоб не снился мне Ленинград.
По ночам по нему брожу я,
Ветер гонит листву сухую,
Дождик хлещет напрапалую,
Но ему я и в дождик рад.

Флюгера от натуги стонут,
Стережущий в тумане тонет,
На Аничковом мокнут кони,
Морды кутая в мокрый снег.
Тучи низкие небо скрыли.
Потускнели золотые шпили,
Но года их не научили -
Все звенят они о весне.

Постоянство твое прекрасно -
Было хмуро, да станет ясно!
Ты меняешься ежечасно,
Оставаясь самим собой.
Вот за этот упрямый норов
Ты мне дорог, любимый город!
Небосклон над тобой расколот
Надвигающейся грозой.

Не пойду я, братцы, по миру,
До тех пор, пока одна
Колокольня Князь-Владимира
Из окошка мне видна.
Пока тихая Пушкинская
Мне дождями ворожит
Пешеход, по лужам шаркая,
От инфаркта убежит.
И, хранимый Петроградского
Непарадной стороной,
Обрисует белой краскою
Посеревший профиль свой.

С ДНЕМ РОЖДЕНИЯ, ПИТЕР!

Михаил Анатольевич Кукулевич – врач, журналист, бард, поэт. Он родился в Ленинграде, там прошли его детство, юность, учеба и первая медицинская практика. И хотя сегодня он живет в Москве, связь с Питером неразрывна. Свой первый сборник стихов и песен «Прогулки по Питеру» он посвятил маме, которая спасла его во время блокады.

В дни юбилея города на Неве мы публикуем подборку стихов из этого сборника: пусть это будет нашим подарком коллегам-медикам к празднику.

Москва – сестричка сумрачного брата,
Промокшего до нитки под дождем.
Иду по тихим улочкам Арбата,
Неизъяснимой нежностью влеком.

Вот церковка. Ее бы на ладони
Рассматривать. Вот старый особняк.
Он спит, он ни словечка не проронит.
Вот штору плавно шевельнул сквозняк,
И стихло все. Вот алая гвоздика
Легла на камень. Глухо полночь бьет...
Здесь детская поэзии великой,
Здесь спальня материнская ее.

А брат молчит. Он знает продолженье!
Ему известны страшные дела!
И Черной речки мутное биенье,
И Кронверка удушливая мгла.

Горька судьба поэтов! Боже правый!
И брат с сестрой глядят во все глаза
На то, как их казнят посмертной славой
И искажают голоса.

Мой кораблик золотой,
Ты храним ветрами...
Это было со страной,
С городом и с нами.
На стекле бумажный крест,
Холод злой, блокадный,
Тусклый-тусклый синий свет
Лампочки в парадной.

Не черед врагу нагнеть,
А черед сдаваться.
Больше, чем хотелось есть,
Нам хотелось драться.
Ах, кораблик золотой,
Верный мой товарищ!
Как мы выжили с тобой
Средь таких пожарниц?

Мой кораблик золотой,
Фейерверк победный!
В синем небе над Невой
Тают наши беды.

Нам теперь бы жить-любить
С молодой сноровкой,
Только сердцу не забыть
Холод Пискаревки.

И когда нас захлестнет
Суета с тобою,
Вспомним хлеб блокадный тот,
Братство дорогое.
Мы протянем дружбы нить
Сквозь года-преграды...
Если нам досталось жить –
Надо жить, как надо.

Я втянулся в обряд ожиданий,
Стал от Города неотличим,
Стал как улицы, скверы и зданья,
Что таят тебя в белой ночи.

Ты подумай, какая причуда
На глаза наложила печать –
Я тебя ощущаю повсюду
И нигде не могу повстречать.

Но терпенье мое бесконечно,
Бесконечна надежда моя –
Ведь не зря, улыбаясь беспечно,
Сквозь века ты глядишь на меня.





Роман Карцев: «ОТНОСИТЕСЬ К ЖИЗНИ ФИЛОСОФСКИ...»

Все-таки, когда встречаешь «живого» артиста, которого раньше видел только по телевидению, да и то не часто, совсем другое впечатление. Никогда не думала, что выступление Романа Карцева вызовет во мне и радость, и грусть, и чувство чего-то необъяснимого и дорогого, что бывает, когда встречаешься с очень близким тебе по духу человеком. Я давно так не смеялась — взалхлеб, до слез. Но в миниатюрах, исполняемых Карцевым, был и глубинный смысл, и мудрость, и нежность, и любовь — все то, что составляет нашу жизнь. Так работает на сцене только большой артист.

После концерта, когда Роман Аншелевич, усталый, зашел к себе в гримерку, я смогла обратиться к нему со своими вопросами.

— Роман Аншелевич, приходилось ли вам встречаться с медицинскими работниками и какое у вас к ним отношение?

— У меня почти все друзья врачи, среди них и профессора есть. Но я стараюсь к ним не попадать. И это мне пока удается. Разве что у стоматологов бываю. Конечно, врачи делают большое дело, но я считаю, что человек должен беречь свое здоровье сам и смолоду. Правда, в связи с несчастными случаями, которые приключались с моими знакомыми и близкими, я наблюдал врачей в деле и видел, что они почти всегда действовали профессионально и относились к своим пациентам прекрасно.

— А как на ваш взгляд живут сегодня медики?

— Кто как может. Они и раньше-то жили неважно, чтобы прокормить семью работали на две-три ставки, зарплата у них, как и у артистов, была не высокая. Мы ведь тоже раньше на «левые» заработки жили — выступали в закрытых КБ, институтах. И сейчас происходит то же самое: огромное количество людей получает мизерную зарплату, как-то крутятся, чтобы выжить. Вот я вышел на пенсию и полу-

чаю как все — копейки. Можно на эти деньги прожить? Спасает то, что еще работаю. А врачи тоже либо дают дополнительные консультации, либо читают лекции, то есть, ищут заработок на стороне.

— А что вы думаете о человеческом милосердии? Меняется ли оно в связи с обстоятельствами жизни?

— Испокон веку кто-то развязывал войны, а кто-то их прекращал, обращаясь к лучшим чувствам людей. А в России всегда существовала душевность, люди всегда старались помочь друг другу. Я иногда думаю: вот живет плохо какой-то известный старый артист, их много сейчас таких, но если бы кто-то узнал об этом и кликнул клич — я уверен, собрали бы деньги для артиста. По рублю для нас — копейки, а человек бы ожил. Уверен, что и сегодня найдутся люди, которые помогут в трудную минуту — душа человеческая не иссякает.

— Артист Карцев, вы замечаете, что у вас огромная популярность?

— Я не сказал бы, что такая уж огромная. Огромная, я считаю, у Киркорова с Пугачевой... К счастью, у нас была с Витей Ильченко стабильная популярность. Это очень важно. Трид-

цать лет вместе работали, люди до сих пор вспоминают наши старые вещи.

— Что вам не дает опустить планку? Ведь и актеру тоже хочется расслабиться!

— Да, за 33 года игры на «широкого зрителя» можно скатиться и до примитива.

Я думаю, что все лучшее у меня — от родителей. Они у меня простые люди. Папа футболист был, а мама — коммунист, секретарь партийной организации. Они были не из тех, кого называют интеллигентами, но по внутреннему складу были людьми высокой культуры. Вот коллеги мои были очень образованные и грамотные люди. Я ведь пришел из художественной самодеятельности, работал наладчиком по швейным машинам. Только потом уже поступил в театральный институт, когда стал работать у Райкина. Так вот, все мои близкие люди никогда не давали себе послабления ни в жизни, ни на сцене. Если я расслабился, Витя меня подстегивал, если Витя, то я его.

— Где вы находите возможность для отдыха, разрядки от стрессов — и рабочих и жизненных?

— В семье. Я однолюб, с женой Викторией мы живем тридцать лет. Есть

внучка, чудная девочка Вероничка. Дочка окончила, кстати, медицинский институт, зять тоже врач. Я считаю, что с семьей мне повезло. Это у артистов не часто бывает, особенно у эстрадных, которые разъезжают, беспрерывно женятся друг на друге. Семья мне дает и отдых, и радость, и успокоение.

– В каком-то определенном возрасте наступает переоценка ценностей. Сначала кажется главным одно, потом – другое. А какой у вас сейчас период?

– С возрастом, я считаю, человек должен уметь, он должен готовить себя к иному пути, относиться к себе философски: реально оценивать свое место в жизни, не обращать внимания на мелочи, которые раньше раздражали. Ведь есть вещи гораздо выше суеты, а ты из-за какой-то ерунды портишь себе жизнь, нарушаешь сон.

Я смотрю на людей, которые вновь и вновь вспоминают наше недавнее прошлое, и мне их жаль. Они впали в политическую истерию и не могут понять, что лучше в церковь пойти, чем устраивать бесплодные диспуты. Я понимаю, что им тяжело, что их обманули. И меня обманули, нас всех обманули. То, что мы с Витей заработали за двадцать пять лет, тоже ведь пропало. Оказалось, что работали даром. А теперь я просто стал работать больше, относиться к себе жестче. Ведь если вдаваться в эту дурацкую политическую борьбу, можно просто сойти с ума. Злобу копить нельзя: мы же не виноваты друг перед другом ни в чем. Хотя, с другой стороны, мы все виноваты. Если бы мы не захотели того, что сейчас есть, то этого бы не было. Захотели – значит, и имеем. А рабство, которое было, оно еще в чем-то осталось...

– А некоторые желают его возврата.

– Боже упаси. Оно не вернется уже. Народ, который почувствовал хоть какую-то свободу, уже не пожелает рабства. У него же золотые руки, прекрасные мозги. И за талант свой он получит то, что должен получить, а не те гроши, которые ему давало государство.

– А что вам передано семьей по наследству?

– Думаю, что многое мне досталось. Особенно от отца. Мой папа

жил на Молдаванке, и его мама, моя бабушка, торговала пирожками на базаре. Это была такая «молдавская» семья! Их было тринадцать человек, жили в бедности, впроголодь: кто стал бандитом, кто кем, а папа мой стал футболистом. Это был уникальный человек. Он вставал в шесть утра, шел на Привоз в Одессе – это рынок по-вашему – и покупал продукты. Там его все знали, там у него были родственники, мясники, биндюжники. Это было после войны, когда мы – я, Миша Жванецкий и Витя Ильченко – стали артистами, он приходил к нам вечером в театр в антракте и раздавал кому печенку, кому отбивную. Он одним из первых купил себе приемник «Рига-10», когда еще не было телевизоров, и слушал «Голос Америки». Мой папа, безграмотный человек – у него было всего четыре класса – слушал «Голос Америки», а мама, коммунистка, пряталась под одеяло, пугаясь, что нас всех заберут. Я до сих пор думаю, почему он это делал?

– И почему?

– Потому что он тогда уже знал, что мы все врем. Когда показывали фильмы про войну, он уходил, он не мог видеть все эти «Небесные тихоходы», «Сталинградскую битву»... Он прошел всю войну, прошел три концлагеря, он все видел и пережил. И говорил, глядя на экран: «Все это ложь».

Я приезжаю в Америку, в Германию, Израиль, и меня иногда спрашивают: «Где твой папа?» Ко мне подошел один человек в Израиле и говорит: «Вы думаете, что вы – артист? Ваш папа был артист, вот это был артист!»

– У вас так много друзей и родных за рубежом. А что вам мешает уехать?

– Это сложный вопрос. Если я не уехал, то уже не уеду. Мы ведь приезжаем в Израиль, в Америку как гости. А здесь мы свои, потому что корни наши здесь, мы говорим по-русски... с одесским акцентом. Здесь и наша публика. Может быть, если бы это было лет двадцать-тридцать назад, мы бы уехали. Но не потому, что не любим Россию. Просто было бы интересно: а как я там смогу себя проявить? Но я бы все равно возвращался сюда, как возвращаются многие артисты. Они там не могут рабо-

тать, им здесь легче, им здесь роднее.

– В Израиле наших эмигрантов называют русскими евреями. Кем вы себя считаете больше – русским или евреем?

– Думаю, что больше русским. Я не знаю еврейского языка, не хожу в синагогу, не знаю праздников, законов – нас этому не учили. И я живу по-русски, читаю русскую литературу. А считаюсь евреем. Во мне что-то есть внутри, наверное, от предков. Мама и папа говорили на идиш, но я его не знаю. После войны были еще школы еврейские, театры еврейские. Потом все это уничтожили. Всю культуру, и не только еврейскую. Конечно, это большая трагедия, трагедия нашей страны.

Вот американцы, молодцы, нашли золотую середину – объединили колоссальное количество национальностей и привели их к национальному флагу. Там любой китаец гордится тем, что он американец. Там есть район китайский, где миллион китайцев. Есть Брайтон, где миллион евреев, итальянские районы. Они говорят на своих языках, но считают себя американцами. Там не важно, кто ты такой, там важно – что ты умеешь делать.

И все-таки я с радостью возвращаюсь домой. У меня везде друзья есть: и в Грузии, и в Армении, и в Прибалтике. Мы же за тридцать лет с Витей Ильченко во многих городах побывали и не по одному разу. И к нам многие как друзья относятся и ждут. Мы так рады встрече всегда, что я считаю эту дружбу настоящей. И если, не дай Бог, они будут в беде или я – мы поможем друг другу.

– Наверное, самое главное – не растерять эту радость?

– Конечно. К этому приходишь с годами. Но я, слава Богу, пытаюсь поддерживать этот огонь.

– А письма друзьям пишете?

– Нет. С детства не любил. Знаю, что это плохо, что это самая моя ужасная черта. Считаю, что лучше при встрече что-то сказать. Хотя и многословием тоже не страдаю. Это сейчас что-то вдруг разговорился.

– И спасибо вам за это огромное и от меня, и от наших читателей.

Наталья Савватеева

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
ИМ. В. П. СЕРЬСКОГО ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРС
НА ЗАМЕЩЕНИЕ ВАКАНТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ:**

1. Руководителей:

- отделения планирования и координации научных исследований. Отделения научных проблем организации судебно-психиатрической службы. Отделения развития международного сотрудничества научно-организационного отдела;
- учебно-методического отдела;
- клинических отделений и лабораторий отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе;
- отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе;
- отделения профилактики общественно опасных действий психически больных отдела судебно-психиатрической профилактики;
- отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом отдела судебно-психиатрических проблем наркомании и алкоголизма;
- отдела профилактики психических расстройств и реабилитации пострадавших при техногенных авариях и катастрофах;
- отделения новых средств и методов терапии отдела пограничной психиатрии;
- лаборатории иммунохимии и лаборатории нейробиологии отдела биологической психиатрии.

2. Главных научных сотрудников:

- отделения психогений и расстройств личности отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе;
- отделения эндогенных психозов отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе;
- отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма.

3. Ведущих научных сотрудников:

- отделения эндогенных психозов отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе;
- отделения научных проблем организации судебно-психиатрической службы научно-организационного отдела
- отделения профилактики общественно опасных действий психически больных отдела судебно-психиатрической профилактики,
- отделения новых средств и методов терапии отдела пограничной терапии;
- лаборатории нейробиологии отдела биологической психиатрии;
- лаборатории клинической нейрофизиологии отдела биологической психиатрии.

4. Старших научных сотрудников:

- отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии;
- отделения планирования и координации научных исследований Научно-организационного отдела;
- отделения научных проблем организации судебно-психиатрической службы Научно-организационного отдела.

Старших научных сотрудников, научных сотрудников, младших научных сотрудников клинических отделений и лабораторий Центра.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в Москве и ближнем Подмосковье.

Срок подачи документов – 1 месяц с момента публикации объявления.

Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., 23.



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

**Фирма «Медстиль» – разработчик
и изготовитель современной
медицинской одежды – предлагает
свою продукцию, удостоенную
Золотых и Платиновых Знаков
качества XXI века.**

**Вас приятно удивят не только наш ассортимент
и разнообразие моделей, но и цены.**

**127521, Москва, 17-й проезд Марьиной рощи,
дом 9а, e-mail: medstyle@medstyle.ru;
http://www.medstyle.ru;
телефон/факс: (095) 218-63-63, 219-82-35**

**Медицинский колледж
Государственного образовательного
учреждения при Всероссийском
учебно-научно-методическом центре
по непрерывному медицинскому и
фармацевтическому образованию
Минздрава России
объявляет прием учащихся на базе
полной средней школы для обучения
по следующим специальностям:**

**«Стоматология ортопедическая» – квалификация зубной
техник**

Форма обучения – дневная
Экзамены с 1 по 15 августа
Обучение платное и бесплатное

«Сестринское дело» – квалификация медицинская сестра

Форма обучения дневная и вечерняя
Экзамены с 1 по 15 августа
Для вечерней формы обучения – проводится собеседование

«Косметика и визажное искусство»

Форма обучения дневная
Экзамены с 1 по 15 августа
Обучение платное

Прием документов с 1 июня 2003 года. Адрес: 107564, г. Москва, ул. Лосиноостровская, дом 2. Метро Сокольники, авт. 75 до остановки «Учебный Центр Минздрава». Телефон: 963 8301, 963 7777, 963 8314.

Банковские реквизиты: ИНН 7705026272 ОФК по ЦАО г. Москва (ИНН 7705011734 КПП 771801001 ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ л/с 06054395090, р/сч 40503810500001009001 в отделении 1 Московского ГТУ Банка России г. Москва, 705 БИК 044583001 yunme@mail.ru

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова

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

www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

**ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ**

Отпечатано в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ»: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403;
тел.: 554 2186

Подписано в печать 23.05.2003 г. Объем 2 п.л. Тираж 5000 экз. Заказ № 1995