

NE CEDE MALIS

*Не падай духом,
в несчастье!*

ГОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

11•96

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

120 лет
со дня рождения

Н. Н. Бурденко:

"Самоуспокоенность,
зазнайство -
худший враг
хирурга".

стр. 4 - 5

ЛЕКАРСТВА

Препараты
для лечения
сердечно-сосудистых
заболеваний



Средства
для онкологии



стр. 6 - 12

Судьба
профессора
Балуева

стр. 14-15



*Лариса Александровна Трифонова, заведующая отделением кардиореанимации
Московского научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии*

Фото В. Афанасьева



Городской нейрохирургический центр, открытый недавно на базе отделения нейрохирургии госпиталя ветеранов войны № 2, известен в Москве далеко не всем. Даже врачи поликлиник, столкнувшись со сложной патологией мозга, часто не знают, что именно здесь больному могут оказать квалифицированную помощь.

Мы беседуем с руководителем Центра, доктором медицинских наук профессором Владиславом Борисовичем Караханом.

ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ

Наш центр является клиникой кафедры неврологии и нейрохирургии Московского стоматологического института. В его структуре стационар на 60 коек, нейрореанимационное отделение, выездная нейрохирургическая "скорая", которая, работая круглосуточно, оказывает неотложную помощь в больницах Москвы и Подмосквья. Реанимобиль оснащен всем необходимым, в том числе микрохирургическим инструментарием, оптической техникой, так что мы выполняем экстренные операции в непрофильных больницах почти в том же объеме, что и в базовом стационаре. Все койки Центра - хирургические, у нас нет ни одного пациента, который не был бы прооперирован или не готовился к операции.

Основная стратегия в деятельности Центра - минимально инвазивная нейрохирургия, то есть, осуществление щадящих мозговую ткань вмешательств, обеспечивающих радикальное удаление объемного очага в полости черепа или в позвоночном канале. Технические возможности Центра позволяют производить практически любые нейрохирургические вмешательства на современном уровне. Я это утверждаю не голословно, а основываясь на сопоставлении с работой ведущих нейрохирургических стационаров Германии, Австрии, Швейцарии, где мне довелось побывать. Мы проводим микрохирургическое лечение опухолей головного и спинного мозга, удаление внутричерепных кровоизлияний травматического и сосудистого характера, коррекцию дискогенных поражений (удаление

грыж межпозвоночных дисков, спаячных поражений) на шейном, поясничном уровнях. Ежегодно мы оперируем не менее 400 - 500 больных.

Удаление внутричерепных гематом выполняем с помощью гибких эндоскопов через небольшое отверстие в черепе, которое потом закрывается костным диском. При удалении гигантских опухолей головного мозга (диаметр, превышающий 5 см в настоящее время не редкость) помимо микроскопа мы используем эндоскопы, заводя их за внутреннюю поверхность новообразования, невидимую через микроскоп. Это позволяет не только сохранить прилегающие к опухоли ранимые стволы нервов, артерий, вен, но и радикально удалить даже труднодоступные очаги поражения. При дискогенных поражениях позвоночника, часто представляющих собой своеобразную, я бы сказал, "последнюю эпидемию", используем только микрохирургический подход, щадящий опорные структуры позвоночного столба. Для защиты освобожденных корешков спинного мозга от последующих спаяк применяем запатентованные защитные прокладки, нейропротекторы, нежно и надежно охватывающие корешки. Эта методика обеспечивает радикальность лечения.

Кроме того, мы успешно лечим невралгии тройничного нерва, языкоглоточного нерва, синдром Меньера. В чем суть этих хирургических вмешательств? В большинстве случаев возникновения болезни связано с тем, что соответствующие нервные корешки в полости черепа сдавливаются петлями необычно

извитых артерий или вен. Вместо пересечения нервных корешков, как это делалось ранее, мы отводим сдавливающие сосуды и, для предотвращения повторного сдавливания, надеваем силиконовые муфточки - нейропротекторы, наподобие тех, которые мы применяем при лечении грыж межпозвоночных дисков.

Спинальная эндоскопия, наша приоритетная методика, позволяет проводить щадящие операции при сирингомиелии (это когда в спинном мозге образуются полости, как в тростниковой трубке), при спинальных арахноидитах (заболевание, которое часто приводит к инвалидности), кистах, артериовенозных мальформациях, как удав опутывающих спинной мозг, и других весьма редких заболеваниях.

Наш коллектив молодой - возраст врачей в основном до 40 лет. Городская ординатура и интернатура по нейрохирургии, курсы усовершенствования дают возможность активно передавать накопленный опыт молодежи. А напряженный ритм работы в больнице заставляет молодых специалистов быстро осваивать новые методики и обретать самостоятельность. Энтузиазм и взаимная поддержка помогают нам всем выдерживать большие психологические, да и физические нагрузки. Сил хватает, чтобы ежедневно выполнять по четыре - пять сложнейших операций. Как бы ни было порой трудно, я всегда с радостью иду на работу, не могу долго усидеть в отпуске. Надеюсь, что и мои коллеги чувствуют то же самое.



Московский Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии организован на базе бывшего кардиологического корпуса больницы № 6. Здесь лечат болезни сердечно-сосудистой системы - стенокардию, инфаркты миокарда, гипертонию. У Центра есть прекрасное реабилитационное отделение на 120 человек, которое находится в Подмосквье, в Быково. Хорошо оснащенный комфортабельный корпус с палатами на двух человек и со всеми удобствами готов принять на долечивание пациентов по направлениям поликлиник и стационаров Москвы. Лечение бесплатное, нужно лишь иметь страховой полис. Телефон для справок: 924 9234. Реабилитационный центр в Быково: 558 4359, 558 4399.



ВСЕСОСЛОВНЫЙ ГОРОДСКОЙ ГОЛОВА

По характеру изменения общественных

отношений 60-е - 70-е годы прошлого столетия в чем-то напоминают сегодняшнее время. Главное сходство заключается в отказе от чрезмерной централизации, жесткой регламентации, усилении общественного элемента в городском и государственном управлении.

Демократические реформы прошлого столетия выдвинули государственных деятелей нового типа, которые могли обеспечить оптимальную реализацию возможностей, заложенных в новой системе самоуправления. Назревшие общественные потребности выражаются через лидеров. Одним из таких лидеров эпохи реформ прошлого века был Александр Алексеевич Щербатов.

Он родился в 1830 году в богатой аристократической семье. Его отец, князь А. Щербатов, был московским генерал-губернатором. Александр получил блестящее домашнее образование, а затем окончил юридический факультет Московского университета. Участвовал в Крымской войне, был контужен, за доблесть и мужество награжден орденами и медалями. После отставки был избран предводителем дворянства Верейского уезда. Но полностью характер и организаторский талант раскрылись после избрания его на должность московского городского головы. Вот какую характеристику А. А. Щербатову дает в своих воспоминаниях его современник В. М. Голицын: "Многие помнят его рослую грузную фигуру настоящего барина-москвича. Его неизменно благодушную улыбку, его приветливость и его искреннее увлечение всеми "вопросами дня", всеми проявлениями и перипетиями нашей общественности, сохранившееся в нем до конца его жизни. Избрание его городским головой возложило на него трудную задачу - преобразовать отжившее в буквальном смысле допотопное городское управление в такой организм, который согласовался бы с потребностями и запросами нового времени и который отвечал бы принципам и идеалам общественного самоуправления, и с этой задачей он справился с полным успехом".



Положенный в основу городского самоуправления принцип цензового представительства дал возможность привлечь к делу общественного призрения новые силы. Значительный вес в городском управлении приобрели новые классы: купцы, фабриканты, заводчики. А. А. Щербатов на посту гласного городской думы и городского головы много внимания уделял развитию городского хозяйства, благоустройству города и здравоохранению. Когда в 1866 году в Москве разразилась эпидемия тифа, он проявил много инициативы для открытия временной городской больницы. Для ее размещения использовали бывшие Титовские казармы на Калужской улице, по соседству с Голицынской больницей. В 1878 году городская дума приняла решение преобразовать временную больницу в постоянную под названием Второй городской больницы. Выйдя в отставку А. А. Щербатов целиком ушел в благотворительность. В 1870 году, когда был решен вопрос о строительстве Владимирской детской больницы на средства, пожертвованные П. Г. фон-Дервизом, А. А. Щербатов возглавил строительную комиссию, а после открытия больницы стал бесценным председателем ее совета. В основном на его пожертвования при детской Владимирской больнице было открыто благотворительное общество. А. А. Щербатов принимал деятельное участие в работе Дамского попе-

чительства о бедных, созданного его матерью. В основном на его пожертвования возник близ Ново-Спасского монастыря благотворительный комплекс, включавший приют для неизлечимых детей, лечебницу, богадельню для престарелых, школу и приют для девочек.

В 1885 году по инициативе А. А. Щербатова наследники его умершей матери, среди которых был он сам, подарили городу принадлежавшую ей усадьбу на Садовой-Кудринской улице. Открытая в этой усадьбе детская больница получила название Софийской, в память Софьи Степановны Щербатовой (ныне это детская больница № 13 им. Филатова).

В память отца А. А. Щербатов устроил на свой счет Алексеевскую больницу на Пречистенке при Александро-Мариинском училище для воспитанниц Дамского попечительства о бедных. Будучи членом Пресненского городского попечительства, он открыл на собственные средства богадельню на 46 мест в память своей супруги Марии Павловны (урожденной Мухановой). В своем подмосковном родовом имении Щербатов устроил богадельню, школу, приют для детей, библиотеку и попечительство о бедных. При поддержке Александра Алексеевича профессору В. И. Герье удалось открыть в 1872 году Высшие женские курсы.

Московская общественность высоко оценила заслуги мецената перед городом. В 1866 Щербатову было присвоено звание Почетного гражданина Москвы, а после его смерти, последовавшей в 1902 году, городская дума присвоила его имя созданной по его инициативе Второй городской больнице (ныне входит в состав 1-й градской). В детской городской больнице имени Святого Владимира, что в Сокольниках, один из корпусов назывался Щербатовским.

Происходящие сегодня в России процессы либерализации дают возможность вернуть из забвения имена тех, кто в меру сил и возможностей, в соответствии со своими представлениями о добре и зле творил благие дела на пользу Отечества.

Павел Власов

Когда ему было пять лет, он отправился в огромных отцовских сапогах в земскую школу и с порога заявил: "Пришел учиться. Буду вас слушаться". Это потом, много лет спустя, люди узнали Н. Н. Бурденко как корифея нейрохирургии, первого президента АМН, главного хирурга Советской Армии, лауреата Государственной премии, редактора хирургических журналов, почетного члена международных хирургических обществ... А сначала у будущего врача была Пензенская духовная семинария, где, как он вспоминал, "вера и разум сталкивались, и в молодых чутких душах побеждал разум". Понимая необходимость самообразования, Бурденко много читал - Сократа, Платона, Спинозу, Декарта, Гегеля, Аристотеля... После семинарии будущий врач отказался от поступления в Петербургскую духовную академию и стал учиться в Томском университете, откуда его вскоре отчислили за участие в студенческих волнениях. Участь на 4 курсе Юрьевского (ныне Тартуского) университета, он столкнулся с практической врачебной работой, поехав в Херсонскую губернию, где бушевали эпидемии оспы, дифтерии, сыпного тифа.

Знакомство с трудами Н. И. Пирогова "вылилось в страстное его почитание, в желание хоть как-то подражать этому человеку". В 1904 году во время русско-японской войны Бурденко работал в составе "летучего хирургического отряда", был ранен, награжден Георгиевским крестом. Закончив с отличием университет, Николай Нилович, получив звание лекаря, через три года защищает диссертацию и становится доктором медицины. Во время Первой мировой войны он был и практикующим врачом, и организатором хирургической помощи, например, устраивал специальные лазареты для раненых с черепно-мозговыми травмами.

С 1929 года Бурденко - директор нейрохирургической клиники при рентгеновском институте, на базе которой в 1934 году создается Центральный нейрохирургический институт (сейчас - Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко).

Поражает широта научных интересов врача. Его 400 научных работ посвящены самым разным проблемам клинической и теоретической медицины - анатомии, физиологии, биохимии, гистологии, нейрохирургии, онкологии нервной системы, эндокринологическому направлению в хирургии и т. д.

Как мы сказали бы сейчас, Николай Нилович был "трудоголиком". В расцвете своих физических сил он работал по 16 - 19 часов в сутки. Один из его сотрудников вспоминает: "Позвоните ему в час ночи, в два часа ночи, в семь утра - Бурденко снимет трубку. Он не спит, он работает".

Все, кто лично знал Николая Ниловича, отмечали его огромный кругозор, интерес к философии, литературе, искусству. Он хорошо рисовал, пел, еще в духовной семинарии играл в любительских спектаклях - Осипа в "Ревизоре", Митрофанушку в "Недоросле"... Эта любовь к театру, к актерам, которых он называл "людьми славной профессии", сохранилась у Бурденко на всю жизнь. "Наука и искусство, - сказал он однажды журналисту, - это родные сестры. Я считаю, что они взаимно обогащают друг друга". Не случайно, что врач выступал в печати не только на медицинские темы: в журнале "Советское искусство", например, была опубликована его статья "Наука и красота", печатался и в журнале "Театр".

...Трудно рассказать все о личности такого масштаба, как Н. Н. Бурденко. Думаем, эта публикация поможет читателю лучше узнать его.



1876
1946

Помню, еще совсем молодым я попал на русско-японскую войну. Схватки были одна ожесточеннее другой. Я был вблизи сопки, где, как львы, дрались с неприятелем русские солдаты. Кровь, стоны раненых, крики: "банзай!", короткое "ура!", лязг и скрежет оружия. Победа тогда осталась за нами, но какой ценой!.. Ведь с пустыми руками, без приспособлений, без инструментов, при неправильной организации медицинской службы мало что можно было сделать.

Горы книг, работы на трупах, подопытные животные, овладение методикой физиологических экспериментов и гистологической техникой отнимали у меня все время. Это был адский труд, но вместе с тем благодарный. С каждым днем я чувствовал, что становлюсь на более твердую почву.

...Основной признак оценки ученого - это его направленность... Направленность можно определить как сознание обязанности разрабатывать свою науку дальше. Он должен иметь дух научного беспокойства, т. е. стремиться к

разрешению современных проблем, к установке новых концепций. Он не должен принимать позу отдыхающего, почившего от своих дел. Вредно иметь сознание маститого. Это слово в приложении к людям науки должно быть исключено...

Бывают моменты, когда для освещения и понимания настоящего полезно перевернуть несколько забытых страниц истории медицины, а может быть, не столько забытых, сколько для многих неизвестных. Жаль, что у нас история медицины не входит в план преподавания на каком-либо этапе его в том или другом объеме, а ведь это по существу очень важно.

Для того, чтобы поставить диагноз больному, нужно, конечно, знать абсолютно все о состоянии его организма, его пораженных болезнью органах, но все же этого иногда недостаточно. Врач с ярким воображением, с умением на основании нескольких основных фактов построить це-

и т. д. Оперы одного из замечательных композиторов XIX века Беллини всегда оказывают на меня облагораживающее, возвышающее действие. Я как будто внутренне очищаюсь, и все внутренние движения во мне становятся ясней и целеустремленней...

Прослушав иногда какой-нибудь отрывок Беллини или исполнение какого-нибудь произведения Бетховена - все равно симфонии или сонаты, я... с необычайной внутренней ясностью и сосредоточенностью иду делать очередную операцию.

Врач не может ограничить свои интересы только узкими пределами своей профессии. Только неся в себе чувство огромности и величия всего мира, всей жизни, только трактуя самого человека как некий целостный и величественный мир, только понимая всю творческую грандиозность переживаемой им революционной эпохи, он может верно и мудро лечить больного человека.

Н. Н. БУРДЕНКО:

“Всегда вперед, после каждого совершенного шага готовиться к следующему, все свои помыслы отдавать тому, что еще предстоит сделать”.

лостную картину, здесь ошибается реже, чем честный педант и только трудолюбивый исследователь. Здесь человек науки не имеет права быть только протоколистом, он должен быть и художником своего практического ремесла... врачи многое не в состоянии понять, не используя всего опыта знаний о человеке, который дается разными областями искусства..., глубокое общение с явлениями искусства является для человека науки потребностью не только общеэстетической, но и глубоко практической. Если пути познания человека наукой и искусством различны, то в сознании деятеля науки оба эти опыта сливаются в единый синтез, обогащающий его опыт, воображение и творческую практику...

Когда психика человека дезорганизована, расстроена, человек не в состоянии творить. Искусство властнее, чем все остальное (порою даже сильнее, чем чистая философия), способно водворить порядок во внутреннем мире человека и даже в тех областях, которые мы пока еще условно называем предсознанием, подсознанием

Перебирая свои театральные впечатления за 20 лет, я скользну мыслью по многим спектаклям, актерам, режиссерам... Запоминаются иногда вещи, как будто лишённые на первый взгляд особого значения. Только потом, обдумывая их и обобщая, находишь их глубоко скрытый, сокровенный смысл. В молодости, обучаясь в духовной семинарии в Пензе, я любительствовал. Я играл Осипа в “Ревизоре”, Митрофанушку в “Недоросле”, комических резонеров в разных водевилях. Дальше этого активное участие в театральной жизни не шло. Но какая-то страсть к общению с актерами у меня сохранилась. Я люблю наблюдать за ними, изучать их в разных условиях, бытовых и производственных, и общение с ними обогащает мое знание о человеке и художнике.

В Булычеве мне долго импонировало, что среди действующих лиц пьесы выведен также и врач, мой собрат по ремеслу. Затем меня захватил образ купца Егора Булычева: страстность и прямота его ха-

рактера, его отношение к людям, пылкость его ума. Одна из его реплик: “Устал я иметь дело с дураками” тоже запомнилась мне навсегда. Я подумал, какие же бездны живой интеллектуальной энергии таятся в душе даже такого рядового обывателя, как Булычев!

Меня снова поразило присутствие в спектакле “темы врача” (“Платон Кречет” - ред.). На этот раз уже не как эпизодического лица, а как главного героя спектакля. Мало-помалу герой терял всякое сходство с героем-любовником; передо мной стоял человек, научный деятель, в душе и сознании которого сочеталось чувство долга и раздражение против жизненной пошлости... Именно так стоит бороться за свою правоту, за правду жизни, за правду идущей и не идущей ни на какие компромиссы научной мысли.

Не хочу быть “сенатором на покое”; для меня жить - это работать, хочу умереть на рабочем посту.

Тот, кто работает, всегда молод и иногда мне кажется: может быть, труд вырабатывает какие-нибудь особые гормоны, повышающие жизненный импульс?

Если сдают физические силы, должна выручать сила нравственная. Если у тебя на руке останется только один палец - не сдавайся и работай, действуй с той же энергией, как если бы у тебя были целы все пальцы.

Мне пошел седьмой десяток, но я не знаю устали. Рабочий день начинается в восемь утра и заканчивается поздней ночью.

1905 год - контузия, от которой я начал глохнуть. 1917 год - другая контузия, от которой я окончательно потерял слух. 1937 - 1941 годы - я ездил по фронтам и очень уставал. 1941 год - я подвергся воздушной бомбардировке во время переправы через Неву, около Шлиссельбурга и вскоре у меня был инсульт. 1945 год - вновь инсульт. Мне уже 70 лет, пора умереть.

После третьего инсульта Бурденко жил еще три месяца. За несколько дней до смерти, прикованный к постели, он спрашивал про новую литературу о влиянии ультразвука на нервную систему...

Использованы работы Н. Н. Бурденко: “Характер современной хирургии”, “Всегда вперед”, “Боевой опыт врачей”, “Революция и театр” и др.

Материал собрала и подготовила Елена Макина

ИНГИБИТОРЫ АПФ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Скворцов, кандидат медицинских наук, научный сотрудник Российского кардиологического комплекса

Еще 20 лет назад терапия больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) была ограничена применением мочегонных препаратов и различных сердечных гликозидов. Часто такое лечение просто не имело эффекта, а использование препаратов дигиталиса в рекомендованных в то время больших дозировках нередко сопровождалось тяжелейшими побочными эффектами. В последнее десятилетие ситуация резко изменилась: врачи стали лучше понимать патофизиологию данного заболевания, изменилась и стратегия лечения больных с этой тяжелой патологией.

Но, тем не менее, сердечная недостаточность (СН) до сих пор является одной из главных проблем здравоохранения многих стран мира, в том числе и Российского. Она является одной из главных причин госпитализации больных пожилого и среднего возраста. Эти пациенты имеют плохой жизненный прогноз: на протяжении одного года погибают 10 - 25 процентов больных с умеренными и 40 - 50 процентов с тяжелыми симптомами сердечной недостаточности. В лечении таких больных чрезвычайно актуальным является не только симптоматическое улучшение состояния пациента, но и увеличение продолжительности его жизни.

Настоящий прорыв в лечении хронической сердечной недостаточности был достигнут в начале 80-х годов, когда в клинической практике появились ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). В России наиболее широкой популярностью пользуются три из них: каптоприл (Капотен), эналаприл (Ренитек) и рамиприл (Тритаце). Их применение значительно улучшает качество жизни пациентов за счет уменьшения симптомов СН, нормализует электролиты крови (Na⁺, K⁺, Mg⁺⁺), снижает потребность в диуретиках, уменьшает количество желудочковых нарушений ритма сердца. Ингибиторы АПФ блокируют активность нейрогормональных систем (симпатической не-

рвной (СНС), ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и вазопрессина), ответственных за токсическое повреждение миокарда, развитие процессов его гипертрофии и ремоделирования, вазоконстрикцию и задержку жидкости при ХСН. Влияя на активность тканевых РАС в сердце, почках, головном мозге они оказывают длительные благоприятные эффекты на структурные изменения и функцию этих жизненно важных органов. Как показали многочисленные исследования с участием большого количества пациентов, ингибиторы АПФ в настоящее время являются единственной группой лекарственных препаратов, способных достоверно увеличивать продолжительность жизни больных с ХСН, находящихся на различных стадиях развития заболевания: тяжелой (Consensus I), легкой и умеренной (терапевтическое направление SOLVD, AIRE) легкой или доклинической (SAVE).

По свидетельству эпидемиологических наблюдений, в странах Европы основной причиной развития у больных ХСН является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Явления сердечной недостаточности развиваются примерно у 30 % больных после перенесенного инфаркта миокарда. Эти пациенты имеют особенно плохой прогноз и около половины из них умирают в течение года. В этой связи особого внимания заслуживают мероприятия, направленные как на профилактику дисфункции и расширения полости левого желудочка после инфаркта миокарда (ИМ), так и профилактику внезапной смерти. Согласно результатам недавно опубликованного исследования AIRE ("Влияние рамиприла на летальность и заболеваемость у больных с клиническими признаками сердечной недостаточности при остром инфаркте миокарда"), назначение ингибитора АПФ рамиприла (Тритаце) в первые 3 - 10 суток после инфаркта миокарда больным с клиническими признаками сердечной недостаточности

приводило к значительному снижению смертности, замедлению прогрессирования заболевания и развития симптомов ХСН.

Основным результатом исследования AIRE явилось значительное (на 27 процентов) и достоверное (меньше 0,002) снижение риска развития летального исхода от всех причин среди пациентов, принимавших Тритаце. Причем, анализ ранней смертности выявил 29-процентное снижение летального исхода (меньше 0,053) уже через 30 дней после начала терапии рамиприлом. Этот показатель представляет Тритаце в очень выгодном свете в сравнение с другими ингибиторами АПФ и результатами исследования SAVE. В частности, после лечения каптоприлом аналогичный эффект достигался лишь спустя 1 год. Применение Тритаце предотвращало развитие внезапной смерти, летальности от прогрессирования явлений сердечной недостаточности, что спасало 40 пациентов из тысячи от преждевременной смерти на протяжении 1 года приема препарата.

Таким образом, учитывая высокую эффективность, безопасность, хорошую переносимость и, особенно, благоприятное влияние на прогрессирование заболевания и выживаемость больных с ХСН, мы можем с уверенностью рекомендовать ингибиторы АПФ к применению в качестве препаратов первой линии. Они назначаются как больным с клиническими проявлениями сердечной недостаточности, так и в целях профилактики у пациентов без ее симптомов, но с наличием дисфункции ЛЖ и ФВ не более 35 - 40 процентов.

Дополнительную информацию о препарате Тритаце (рамиприл) можно получить в Фармацевтическом подразделении фирмы Хехст Мэрион Руссель" по тел.: 232 1826.

Hoechst 

СЛОВАКОФАРМА



SLOVAKOFARMA

Вазокардин (метопролол тартрат) - селективный бета-блокатор адренергических рецепторов. Снижает потребление кислорода миокардом, блокирует повышение периферической сопротивляемости сосудов; оказывает селективное действие на бета1-рецепторы; снижает систолическое давление крови при гипертонии; кардиоселек-

тивность почти полностью исключает влияние на гладкие мышцы бронхов. После приема внутрь Вазокардин быстро и почти полностью всасывается в пищеварительном тракте. Максимум плазматической концентрации достигается через 1 - 2 часа после приема. Более 95 % принятого количества выделяется почками, из них только 3 % - в нерасщепленной форме. Вазокардин показан к

применению при умеренной и средней тяжести эссенциальной гипертензии, стенокардии, ишемической болезни сердца на фоне перенесенного инфаркта миокарда, некоторых формах наджелудочковых и внутрижелудочковых аритмий, тиреотоксикозе.

Препарат противопоказан при блокаде АВ проведения 2-й и 3-й степени, сердечной недостаточности при устойчивости к препаратам наперстянки; хронических обструкци-

ВАЗОКАРДИН

онных заболеваниях легких. С осторожностью его используют при симптомах застойной сердечной недостаточности, лабильном инсулинозависимом диабете, у больных с периферическими сосудистыми заболеваниями, при АВ блокаде 1-й степени и общем наркозе.

Препарат малотоксичен. Однако у людей с повышенной чувствительностью возможны усталость, слабость, вялость, тошнота, кожная сыпь.

Тримепранол (метипранолол) - синтетический неселективный бета-симпатолитик без ISA. Снижает частоту сердечбиений, замедляет проведение в атриовентрикулярном узле, снижает сократимость, минутный объем и давление крови.

Показан к применению при стабильной и нестабильной стенокардии; для профилактики очередных ишемий после инфаркта миокарда; суправентрикулярной и желудочковой аритмиях, гипертонической болезни (ювенильной и неустойчивой); фиксированной гипертонии,

особенно с гипертрофией левого желудочка. Препарат используется для лечения таких заболеваний, как вторичная гипертония, почечно-сосудистая на фоне хронической почечной недостаточности, быстрая, злокачественная (в комбинации с другими антигипертензивными средствами); гиперкинетический синдром первичный и вторичный (вспомогательная терапия при тиреотоксикозе, предотвращение нежелательных воздействий тиреоидных веществ при лечении гипотиреоза,

вспомогательная терапия при феохромоцитоме); гипертрофическая кардиомиопатия с закупоркой; невропсихиатрические показания; состояния тревоги; нейропсихогенная тахикардия, нейроциркуляторная астенция, литиевый тремор.

Противопоказания: тяжелая степень недостаточности миокарда, брадикардия и атриовентрикулярная блокада резкой степени, гипотония, хроническое облитерирующее поражение легких, гипогликемия, метаболический ацидоз; прогрессирующий общий

ТРИМЕПРАНОЛ

атеросклероз; кормление грудью.

Более подробную информацию об этих препаратах и возможности их закупки можно получить в Представительстве фирмы Словакофарма по адресу: 119881, Москва, ул. Погодинская, 10, корп. 1, тел./факс: (095) 246 3184, 232 1863.

Дистрибьюторы. "Евро-Брок": 245 6099, 246 6220; "Фармос": 245 6911, 245 6910; "Медтех": 261 1881, 261 0765; Экохелл Фарм: 438 7318, -39, -40.

ВЕРВАГ ФАРМА



В Москве прошел международный симпозиум "Новые возможности метаболической терапии в кардиологии: оротовая кислота и магний". В нем приняли участие ведущие специалисты России, Германии и Венгрии. Проблема лечения и профилактики ИБС одна из самых актуальных в мире. Каждое продвижение в ее решении спасает тысячи человеческих жиз-

ней. Оротовая кислота, участвующая в нуклеиновом обмене, синтезе АТФ, метаболизме липидов, является перспективной в клинической кардиологии. Магний нашел свое применение в клинике для лечения больных инфарктом миокарда, нарушениями ритма сердца. Особый интерес представляют лекарственные препараты, содержащие одновременно оротовую кислоту и магний. Клинические исследования отечественных и зарубежных специалистов подтверждают их высокую эффективность. В

частности, введение препарата перед операцией на сердце существенно снижает послеоперационную потребность в антиаритмических препаратах, а в острой фазе инфаркта миокарда он значительно быстрее и лучше восстанавливает функцию миокарда. Одним из современных лекарственных средств, содержащих магний и оротовую кислоту, является **Магнерот**, препарат для энтерального приема. Его назначают в качестве профилактики инфаркта миокарда, при гипомagneзиемии у больных

ИБС со стенокардией, нарушениями липидного обмена и аритмиями. Магнерот используют в период беременности и кормления грудью - эти состояния являются областью его применения. Препарат следует принимать по 2 табл. 3 раза в день в течение недели, а затем по 2 - 3 табл. ежедневно. Длительность курса не менее 6 недель.

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в Представительстве фирмы по тел./факс: 382 9604.

МАГНЕРОТ

СИНТЕЛАБО



СИНТЕЛАБО

Локрен (бетаксол) - β_1 -адренэргический (кардиоселективный) блокатор нового поколения. Бета-блокаторы снижают повышенное артериальное давление, уменьшают частоту и силу приступов стенокардии, способствуют нормализации сердечного ритма. У больных, принимающих β -блокаторы, реже возникает и легче протекает инфаркт миокарда. Эти препараты также применяются при повышении функциональной активности щитовидной железы, мигрени и других заболеваний. Бета-блокаторы не только облегчают состояние больного че-

ловека, но, самое главное, увеличивают продолжительность его жизни. ВОЗ рекомендует их в качестве главных средств для лечения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Однако при несомненной эффективности они остаются препаратами сложными в применении. У людей с повышенной чувствительностью возможны побочные реакции - мышечная слабость, утомляемость, снижение настроения и др. Среди β -блокаторов Локрен обладает самой высокой кардиоселективностью, а следовательно, и наилучшей переносимостью. Число побочных эффектов при ис-

пользовании Локрена минимально, они развиваются только у 6 % больных.

Другое важное свойство, которое следует учитывать при выборе бета-блокатора - длительность клинического эффекта. Локрен обеспечивает клинический эффект в течение 24 часов. Ни один другой препарат данного класса (пропранолол, атенолол, метопролол, тикапролол) не обладает такими свойствами. Возможность однократного приема в сутки особенно важна при лечении гипертензии и ишемической болезни сердца.

Преимуществом Локрена является и стабильность его концентрации в крови,

ЛОКРЕН

которая обеспечивает равномерность и предсказуемость клинических эффектов. Это облегчает подбор терапевтической дозы, что крайне важно в поликлинических условиях. Обычно этот препарат назначают в дозе 10 - 20 мг (1/2 - 1 табл.) в день. Приказом Московского Правительства Локрен включен в список препаратов, отпускаемых аптеками Москвы бесплатно для льготных категорий граждан.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы по адресу: 109004, Москва, ул. Воронцовская, 17; тел.: (095) 258 3170; факс (095) 258 3171.

ЭБЕВЕ



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

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

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

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

наре.

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

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

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

СЕДАКОРОН

ЛУИТПОЛЬД ФАРМА



Активное вещество препарата **Гирудоид** - мукополисахарид полиэфира серной кислоты (МПС), который генетически близок строительному материалу основного межклеточного вещества соединительных тканей - кислым мукополисахаридам. МПС нормализует вязкость, проницаемость и гид-

ратизирующую способность межклеточного вещества и способствует восстановлению тканей.

Препарат предотвращает образование подкожных тромбов и микротромбов, ускоряет рассасывание уже имеющихся тромбов, гематом и инфильтратов, подавляет подкожные воспалительные процессы.

Мазевая или железная основа, входящая в состав препарата, обладает большой диффузной активностью. Она способствует быстрому и непрерывному всасыванию основного ве-

щества чрез кожу, чем достигается ярковыраженное и длительное воздействие препарата на пораженный участок: снимаются боль и неприятные ощущения, исчезают опухоли и кровоизлияния, восстанавливается местное кровообращение. Лечебное воздействие препарата сопровождается приятным охлаждающим кожным эффектом.

Гирудоид прошел широкие клинические испытания. Его высокая эффективность подтверждена при терапии варикозно расширенных вен, воспалительных

процессов и закупорки вен на обширных поверхностях, лечении обширных гематом вследствие спортивных и бытовых травм, аварий. Есть данные успешного применения препарата при лечении черепных гематом новорожденных.

Противопоказаний для применения геля нет.

Препарат выпускается в тубах по 40 и 100 г.

Более подробная информация о препарате в Представительстве фирмы: 101688; Москва, ул. Пушкинская, 7/5, стр. 3, кв. 71; тел./факс: 229 0520.

ГИРУДОИД

АСТА МЕДИКА



Корданум - кардиоселективный бета-адреноблокатор. Обладает антиангинальным, гипотензивным и антиаритмическим действием. Уменьшает сократительную способность миокарда и величину сердечного выброса, снижает потребность миокарда в кислороде, снижает возбудимость миокарда. Подавляет стимулирующий эффект катехоламинов на

сердце при физической и психоэмоциональной нагрузке.

Оказывает гипотензивный эффект, который стабилизируется к концу второй недели курсового назначения препарата. При стенокардии напряжения Корданум снижает частоту и тяжесть приступов.

На фоне приема Корданума у больных с инфарктом миокарда, вследствие ограничения его зоны и уменьшения риска развития фатальных аритмий, снижается смертность и риск развития рецидивов инфаркта миокарда.

Показания: артериальная гипертония, профилактика приступов стенокардии, нарушение ритма сердца, вторичная профилактика после перенесенного инфаркта миокарда, гиперкинетический кардиальный синдром (при гипертиреозе, нейроциркуляторной дистонии и др.).

Корданум может потенцировать действие антигипертензивных, антиаритмических, противодиабетических и психотропных средств.

С осторожностью назначают препарат больным

КОРДАНУМ

сахарным диабетом, заболеваниями периферических артерий, выраженными нарушениями функции почек и печени, а также беременным и кормящим женщинам.

Форма выпуска: драже по 50 или 100 мг (50 штук в упаковке); раствор для инъекций по 5 мл в ампулах, содержащих 10 мг активного вещества.

Дополнительная информация о применении и возможности приобретения препарата по адресу: 117198; Москва, ул. Миклухо-Маклая, 11А, тел.: 232 0042; факс: 232 0037.

ГЕДЕОН РИХТЕР



Эднит (эналаприл) - является ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Подавляет образование ангиотензина II, что устраняет его сосудосуживающее действие и снижает секрецию альдостерона. Уменьшает пред- и постнагрузку сердца, увеличивает сердечный выброс и минутный объем без увеличения частоты сердечных сокращений. При длительном лечении вызывает регресс гипертрофии миокарда.

да. Увеличивает переносимость физических нагрузок. Не влияет на липидный и углеводный обмен.

Пища не влияет на всасываемость препарата. Максимальный уровень эналаприла в плазме достигается через 1 час, а равновесная концентрация действующего вещества - на 3 - 4 день лечения.

Эднит применяется при артериальной гипертонии - эссенциальной, реноваскулярной и ренопаренхиматозной (как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими антигипертензивными средствами), сердечной недостаточности (обычно в комбинации с сердечными гликозидами

и/или диуретиками), диабетической нефропатии. Препарат показан при гипертонии любой степени тяжести, в сочетании с сахарным диабетом, у пожилых пациентов.

Противопоказаниями являются аллергические реакции, вызванные ингибитором АПФ в анамнезе (ангионевротический отек), беременность.

Препарат хорошо переносится, побочные явления (головокружение, головная боль, утомляемость, слабость) развиваются редко и обычно не требуют прекращения курса. Следует избегать совместного применения препарата с калийсберегающими диуретиками.

ЭДНИТ

Начальная суточная доза (5 мг при артериальной гипертонии и 2,5 мг при сердечной недостаточности) при необходимости может повышаться до 10 - 40 мг в день. У пожилых больных, а также при хронической почечной недостаточности доза Эднита должна быть снижена.

Форма выпуска - таблетки в четырех дозировках по 2,5 мг, 5 мг, 10 мг и 20 мг - позволяет найти индивидуальный подход к лечению.

Упаковка: 28 таблеток.
Более подробную информацию можно получить по адресу: 000940; Москва, Красная Пресня, 1-7 или телефону 255 1839.

СОЛВЕЙ



Оликард - антиангинальный препарат пролонгированного действия. Активное вещество - изосорбид-5-мононитрат.

Под влиянием изосорбид-5-мононитрата, за счет снижения периферического сосудистого сопротивления и расширения вен, уменьшается преднагрузка

и постнагрузка на сердце, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде. Препарат расширяет коронарные артерии и улучшает коронарный кровоток, снижает давление в малом круге кровообращения.

Оликард показан для длительного лечения коронарных заболеваний сердца, профилактики против приступов грудной жабы - стенокардии, в том числе после перенесенного инфаркта миокарда. В комбинации с сердечными гликозидами или диуретиками его используют в терапии

тяжелых хронических состояний сердечной недостаточности.

Препарат хорошо воспринимается и переносится, быстро метаболизируется в печени (выраженный эффект "первого прохождения"), длительно действует. Назначают его по 1 капсуле в день после завтрака. В случае ночных приступов можно принять 1 капсулу вечером.

Противопоказания: большой инфаркт миокарда с резким падением кровяного давления, сильная недостаточность левого желудочка сердца, резкое по-

нижение кровяного давления (коллапс, шок). Оликард не следует применять при лечении сильных приступов стенокардии, в первые три месяца беременности и в период кормления грудью.

Форма выпуска: капсулы ретард 40, по 20, 50, 40 мг; капсулы ретард 60, по 20, 50, 60 мг.

Более подробная информация о препарате и возможности его закупки в Представительстве фирмы: 117049, Москва, ул. Мятная, 1 оф.32; тел.: 230 0932, 230 7786; факс: 232 3852.

ОЛИКАРД



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 -адре-

ноблокатор, 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: атриоventрикулярный 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-

Вискен (пиндолол) - избирательный блокатор бета-адренорецепторов. Защищает сердечно-сосудистую систему от перегрузки, особенно эффективен в лечении патологии с признаками гипердинамики сердца. Нейтрализует положительное инотропное действие катехоламинов. Благодаря внутренней симпатомиметической активности не обладает кардиодепрессивным действием. На нормальное АД не влияет, однако уменьшает гипертензию. Обладает выраженным противоритмическим эффектом.

Применяется для лечения: артериальной гипертензии, как средство монотерапии или в комбинации; стенокардии (предупреждение приступов); нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия, наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы); экстрасистол, вызываемых физической нагрузкой или сердечными гликозидами; мерцания и трепетания предсердий; синдрома эссенциальной гиперкинезии гемодинамики.

Противопоказания: сердечная недостаточность, устойчивая к лечению сердеч-

ными гликозидами; легочное сердце; брадикардия; синдром слабости синусового узла; атриоventрикулярная блокада II - III степени; приступ бронхиальной астмы; наркоз эфиром или хлороформом.

Побочные эффекты: временное легкое головокружение, чувство усталости, расстройство пищеварения, нарушения сна; изредка встречаются кожные реакции, легкие психические расстройства.

Предупреждения. Не допускается одновременное парентеральное при-

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 сердеч-

ной недостаточности для уменьшения 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) по-

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.

ВИСКЕН

менение с блокаторами кальциевых каналов. В случае сердечной недостаточности лечение Вискеном начинают только после соответствующей компенсации препаратами сердечных гликозидов и диуретиками. Если в анамнезе есть инфаркт миокарда, то требуется строгий контроль над параметрами функции сердечно-сосудистой системы.

Форма выпуска: таблетки 5 мг № 30, ампулы 1 мг/5 мл № 5.

ТЕНЗИОМИН

бочные эффекты отмечаются исключительно 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, преходящая выраженная гипотензия.

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

БЕРЛИН-ХЕМИ



Корвитол 50/100 (метопролола тартрат) - блокатор β -адренорецепторов. Применяется для снижения артериальной гипертензии,

Моночинкве (изосорбид-5-мононитрат) - метаболит изосорбида динитрата, используемый главным образом для лечения коронарной недостаточности. По сравнению с динитратами, Моночинкве имеет два отличия: более высокую биодоступность после орального приема и более продолжительный эффект. Специфическая форма выпуска - ретард - позволяет поддерживать терапевтический эффект на протяжении 24 часов после однократного применения. Это особенно важно при проведении длительной терапии коронарных заболеваний.

Препарат оказывает расслабляющее действие на гладко-

лечения коронарной болезни сердца, при функциональных сердечно-сосудистых болях (гиперкинетический синдром сердца), быстрых форм аритмии сердца (тахикардические аритмии); острого инфаркта миокарда и длительного лечения при инфаркте миокарда и после него, а также в качестве профилактического средства при лечении мигрени.

мышечную ткань. Под его влиянием уменьшается как преднагрузка (за счет расширения периферических вен), так и постнагрузка (за счет снижения периферического сосудистого сопротивления), что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде. Препарат расширяет коронарные артерии и улучшает коронарный кровоток.

Показания для применения Моночинкве: коронарная недостаточность в остром периоде и поддерживающая терапия; профилактика приступов стенокардии; терапия постинфарктных состояний, возможна комбинация с кардиотониками и диуретиками.

Алтиазем РР (резинат дилтиазема) - антагонист кальция. Препарат улучшает коронарный кровоток, снижает сопротивление периферических сосудов, повышает устойчивость сердца к нагрузкам, предотвращает коронарный спазм и уменьшает частоту приступов стенокардии. Эффективен в снижении системного артериального давления у больных, страдающих первичной артериальной гипертензией. Спе-

циальная форма дилтиазема в виде резината гарантирует стабильную концентрацию препарата в крови на протяжении минимум 12 часов.

Показания. Профилактика и лечение ишемического заболевания сердца: стенокардия, спонтанная стенокардия, смешанная стенокардия, последствия инфаркта миокарда. Легкая или умеренная первичная артериальная гипертензия.

Берлиприл 5 (эналаприл малеат) - средство для лечения гипертонии и сердечной недостаточности. У пациентов с гипертонией эналаприл ведет к снижению кровяного давления в положениях лежа и стоя без компенсаторного повышения частоты сердечных сокращений. Начало гипотензивного действия происходит примерно через час после перорального приема препарата, максимальный эффект достигается, как правило, спустя 4-6 часов. При рекомендованной суточной дозе гипотензивное действие Берлиприла 5 сохра-

няется и во время длительной терапии. Кратковременная отмена препарата не вызывает резкого повышения кровяного давления.

У пациентов с сердечной недостаточностью Берлиприл 5 вызывает уменьшение периферического системного сопротивления и повышение венозной емкости. В результате этого снижается прекардиальная и посткардиальная нагрузка. Кроме того, при лечении эналаприлом наблюдается увеличение минутного объема сердца, индекса его ударной работы и способности к нагрузке.

Противопоказания для применения Корвитола и побочных эффекты аналогичны для всех β -блокаторов: слабость сердечной мышцы, брадикардия, гипотония, бронхиальная астма и т. д. Все препараты этой группы применяют строго по назначению и под наблюдением врача. Необходимо избегать резкого прерывания

Изосорбид-5-мононитрат быстро и почти полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта при оральном приеме. Максимальная концентрация достигается между 1 - 1,5 часами после приема; период полувыведения приблизительно 5 часов, что примерно в 3 раза выше, чем у изосорбида динитрата.

Противопоказания: повышенная чувствительность к изосорбидам как моно- так и динитрату; острая стадия инфаркта миокарда, острая циркуляторная недостаточность (шок, циркуляторный коллапс) и выраженная артериальная гипотензия. В период беременности и лактации препа-

Противопоказания. Повышенная чувствительность к препарату; артериальная гипотензия (систолическое давление менее 90 мм рт. ст.), застойная сердечная недостаточность, синдром синусового узла, нарушение сердечной проводимости, брадикардия; известная или предполагаемая беременность, лактация.

Побочные действия. Наиболее распространен-

Препарат может быть назначен в качестве дополнительного средства к уже проводимой терапии диуретическими средствами и препаратами наперстянки.

Этот эффективный препарат имеет ряд существенных противопоказаний, в частности, при тяжелых нарушениях функции почек, диатезе, стенозе артериального или митрального клапана, в детском возрасте, во время беременности и лактации. Возможны побочные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательных

КОРВИТОЛ

курса лечения, что особенно касается терапии ишемической болезни сердца. В случае необходимости Корвитол снимают с курса лечения постепенно в течение 10 дней.

Форма выпуска: таблетки по 50 и 100 мг, в упаковках по 30, 50 и 100 штук.

МОНОЧИНКВЕ

рат назначают только в случае крайней необходимости.

Побочные действия. Возможны головная боль, дилатация сосудов кожи, транзиторная слабость и потливость, кожные проявления. В редких случаях - повышенная чувствительность к гипотензивному действию нитратов (тошнота, рвота, слабость). При первом приеме препарата у пациентов с лабильной циркуляцией возможен коллапс.

Форма выпуска: Моночинкве - таблетки 40 мг № 30; Моночинкве ретард - капсулы 50 мг № 30.

АЛТИАЗЕМ РР

ные: астения, сонливость, головная боль, отек ног, бессонница, головокружение, нарушения со стороны ЖКТ. Менее распространенные: синусовая брадикардия, синусно-предсердная блокада, кожная сыпь.

Форма выпуска: жесткие желатиновые капсулы по 180 мг № 20.

БЕРЛИПРИЛ 5

путей, почек, ЖКТ, кожи. Поэтому назначать и применять Берлиприл 5 рекомендуется при условии регулярного врачебного и лабораторного контроля.

Форма выпуска: таблетки 5 мг по 50 и 100 штук в упаковке.

Более подробную информацию о препаратах и возможности их закупки можно получить в Представительстве фирмы Берлин-Хеми по тел.: 956 5771; факс: 956 5773.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОНКОЛОГИИ

А. А. Герасимов, кандидат медицинских наук

Прогресс в химиотерапии опухолевых заболеваний и широко применение противоопухолевых препаратов в медицинской практике позволяют в настоящее время добиться излечения не только опухолей системы крови (острый лимфолейкоз и миелолейкоз, лимфогранулематоз и др.), но и некоторых других новообразований (саркома Юинга, рак яичек, опухоль Вильмса). Выраженный эффект химиотерапии отмечен при раке мочевого пузыря, шейки матки, эндометрия, яичников, молочной железы, множественной миеломе, хроническом миелолейкозе и лимфолейкозе, мелкоклеточном раке легкого, волосатоклеточном лейкозе.

Препараты компании Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. (Швейцария) достаточно хорошо известны на российском рынке благодаря их высокому качеству, низкой токсичности и, главное, высокой эффективности при ряде онкологических заболеваний.

Одним из основных противоопухолевых препаратов является **Флюороурацил** (5-фторурацил), его действие связано с нарушением синтеза нуклеиновых кислот в опухолевой клетке. Флюороурацил входит практически во все схемы противоопухолевой химиотерапии и применяется при раке желудка, толстой кишки, пищевода, опухолях головы и шеи и других. Его противоопухолевая активность увеличивается при сочетании с препаратами интерферона и лейковорином. Эффективен также в составе комбинированных схем лечения рака молочной железы, плоскоклеточного рака головы и шеи, легкого. Флюороурацил выпускается во флаконах по 250 мг, 5 флаконов в упаковке, применяется в виде краткосрочных в/в инъекций и длительных в/в инфузий.

Еще одним, пожалуй, самым известным препаратом Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. является **Натулан** (прокарбазин). Этот препарат уже в течение 30 лет является одним из самых эффективных средств для лечения злокачественных лим-

фом. Наибольшую эффективность в режиме монотерапии Натулан показал при лечении лимфогранулематоза. В России для лечения этого заболевания до настоящего времени, да и в ближайшие несколько лет, схемы, включающие Натулан, будут являться наиболее распространенными как для лечения первичных больных, так и при рецидивах заболевания, в составе схем второй линии. Натулан выпускается в капсулах по 50 мг, 50 шт. в упаковке.

Компания Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. является одним из лидеров в разработке и клиническом применении препарата из группы альфа-интерферонов - **Роферона-А** (интерферон альфа-2а), который производится генно-инженерным способом и отличается чрезвычайно высокой степенью очистки (является стандартом ВОЗ для всех других препаратов альфа-интерферона). Роферон-А оказывает противоопухолевое действие и применяется в онкологической практике при волосатоклеточном лейкозе, хроническом миелолейкозе, лимфосаркомах низкой степени злокачественности, Т-клеточных лимфосаркомах кожи, саркоме Капоши, местнораспространенном раке мочевого пузыря, первичном раке почки. Это одно из основных средств лекарственного лечения больных раком почки в амбулаторных условиях. При метастатической меланоме лечение Рофероном-А приводило к объективной регрессии кожных и висцеральных опухолей у 10 - 25 % больных.

Роферон-А является одним из самых эффективных препаратов для лечения вирусных гепатитов В и С, в т. ч. у онкологических больных. Выпускается во флаконах по 3, 4, 5, 9 и 18 млн ЕД, вводится в/м или п/к. Отличительным и весьма удобным моментом является то, что Роферон-А поставляется вместе с растворителем.

Основным недостатком всех химиотерапевтических средств является высокий риск побочных действий. Угне-

тение костного мозга (лейкопения, тромбоцитопения и анемия) нередко вынуждает ограничивать дозу препарата или увеличивать интервал между курсами. Кроме того, в силу основного заболевания и как побочное действие цитостатической терапии у онкогематологических больных имеется выраженный иммунодефицит. Это делает опасной для жизни больного любую инфекцию, при которой применение стандартных антибиотиков, обычных противогрибковых средств и противовирусных препаратов не дает желаемого эффекта.

С целью борьбы с нейтропенией и связанными с ней осложнениями был разработан уникальный препарат - **Нейпоген**, представляющий собой полный аналог естественного (человеческого) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора. Нейпоген стимулирует рост, развитие и выброс в периферическое кровяное русло функционально активных нейтрофилов - клеток крови, играющих основную роль в защите организма от бактериальных инфекций. Уже после однократной п/к инъекции Нейпогена в дозе 5 мкг/кг массы тела происходит значительное повышение количества нейтрофилов, но для достижения стабильного эффекта необходимо ежедневное введение препарата. Применение Нейпогена значительно уменьшает вероятность возникновения нейтропении и инфекции, а также их продолжительность и тяжесть во время цитостатической химиотерапии. Нейпоген является стандартом лечения у онкологических больных, так как позволяет оптимально проводить плановую химиотерапию без снижения дозы противоопухолевых лекарств и увеличения перерыва между курсами лечения, что является залогом успеха в борьбе с опухолями. Его применение делает безопасным амбулаторную химиотерапию в эффективных режимах.

В последние годы большое внимание уделяется высоко-

дозной химиотерапии онкологических заболеваний с последующей трансплантацией костного мозга или периферических стволовых клеток. Эти перспективные для больных методы лечения и процедуры невозможны без применения Нейпогена - самого мощного ростового фактора, стимулирующего выброс нейтрофилов. Нейпоген выпускается во флаконах по 300 и 480 мкг, вводится п/к в дозе 5 мкг/кг массы тела.

Еще одним уникальным препаратом, который производит Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд., является **Цимевен** (ганцикловир). Цимевен - единственный препарат для лечения цитомегаловирусной инфекции, не всегда четко проявляющейся клинически и в настоящее время трудной для своевременной диагностики. Практически каждый человек на земле является носителем цитомегаловируса, однако его воздействие на организм находится под контролем нормально функционирующей иммунной системы. Только при угнетении иммунитета возникают опасные для зрения и угрожающие жизни осложнения (пневмония, колит и др.), которые не поддаются лечению обычными препаратами. Только благодаря применению Цимевена врачам удалось сохранить зрение и жизнь тысячам онкологических больных, а также больным после трансплантации органов и больным СПИДом. Цимевен выпускается во флаконах по 500 мг, вводится в/в капельно из расчета 5 - 10 мг/кг массы тела.

Более подробную информацию по клиническому использованию препаратов можно получить в Представительстве компании по адресу: Москва, 103051, Рахмановский пер. 4, стр. 1. Тел.: (095) 258 2777; факс: (095) 258 7797.



Петь - полезно для здоровья

- Михаил, давайте с самого начала. Как вы стали певцом?

- Все решил случай, счастливый случай. Мне было всего 14 лет, когда я встретился с замечательным певцом Георгом Отсом. Как это случилось? Я дружил с мальчиком, в семью которого певец часто приезжал. Надо сказать, что он был человеком добрым, интеллигентным, отзывчивым. Однажды, при одной из таких встреч, был устроен домашний концерт. Когда Отс спел арию Мистера Икса, я вдруг осмелел и заявил, что знаю и люблю и другие его песни. Он пригласил меня к роялю и я, не успев испугаться, запел "Черное море мое". Ему понравилось, он попросил меня еще спеть и еще. Так завязалась наша дружба. Он начал со мной заниматься, попробовал мой голос, сказал, что у меня будет лирический баритон. Так и оказалось.

- И как вы отнеслись к его предложению начать заниматься пением?

- Был несколько обескуражен. Я к тому времени, начитавшись детективов, мечтал о совсем другой работе. Мне хотелось быть отважным сыщиком, следователем, героически бороться с преступниками. Но... обаяние моего старшего друга было столь велико, что я поверил ему и начал серьезно заниматься музыкой и пением. И потом, при каждой нашей встрече, он не упускал случая мне помочь, что-то подсказать, а на последнем своем концерте в 1974 году подарил мне целую кипу клавиров песен из собственного репертуара. Моей жизни, наверное, не хватит, чтобы все это перепеть. Все, повторяю, началось совершенно внезапно. А уж потом и музыкальная школа, и Народная певческая школа в Москве, и училище, и консерватория, которую закончил уже по двум факультетам - вокальному и композиторскому.

- А композиторский зачем понадобился?

- После начала профессиональной работы почувствовал, что не хватает репертуара и решил помочь себе сам. Всегда интересно спеть что-то малоизвестное, не запетое, свое. В чем главная беда современной эстрады? Отсутствие внятной мелодии. При помощи современной аппаратуры, компьютеров, можно наворотить что угодно, но песни без мелодии не существует.

- Кого, кроме Георга Отса, вы можете назвать своим любимым певцом?



Михаил Чуев - певец и композитор, заслуженный артист России и народный артист Осетии, лауреат международных конкурсов, президент Российского эстрадного центра "Лидер". Талантливый композитор, он написал несколько оперетт, множество песен и романсов. Частый гость в госпиталях Москвы, он выступал с концертами и в горячих точках страны. Сегодня Михаил Алексеевич гость нашей газеты.

- Монсерат Кабалье. На Российской эстраде - Иосифа Кобзона и Аллу Пугачеву. Это артисты суперкласса, они обладают прекрасными голосами. Повторюсь, технические возможности сегодня таковы, что любой шептун может позволить себе выступить под стать Шаляпину. Настоящие голосовые певцы, такие как Сергей Захаров, Тамара Гварцетели, Лариса Долина, не прячутся за аппаратуру, они поют голосом, сердцем, талантом. Я люблю авторскую песню, ее корифеев - Визбора, Клячкина, Высоцкого. Яркая поэзия, душевная интонация, искреннее исполнение мне очень импонируют.

- Я знаю, что вы любите петь романсы. Какие?

- Романс первоначально предназначался для домашнего музицирования и именно поэтому особенно

задушевен. В нем, как и в народной песне, живет душа человеческая, русская. Петь романсы, мне кажется, полезно для здоровья и слушателей, и исполнителей. Поэтому я советую читателям газеты "Больница" при возможности использовать эту процедуру почаще. Недавно я выступал в госпитале им. Бурденко, в городской клинической больнице им. Пирогова - пел свои любимые романсы Чайковского, Алябьева. Реакция слушателей была отличная, я надеюсь, что эти концерты были полезны. Для артиста выступать перед ранеными, больными - большая радость. Именно на таких концертах ловишь эмоциональный ток, исходящий от слушателей, который помогает жить тебе самому. Испытываешь благодарность к своей судьбе за то, что одарила талантом и позволяет ему реализоваться. И тогда хватает энергии и на пение, и на композиторскую деятельность, и на организаторскую работу.

- Есть ли у профессионального певца какие-нибудь особые отношения с медициной?

- Конечно, ведь голосовой аппарат, а он по сути, главный кормилец поющего артиста, штука тонкая, сложная, и, к сожалению, может не выдерживать нагрузки. Тут-то медицина и приходит на помощь. У каждого певца есть свой ЛОР-врач, специализирующийся на фониатрии. И хочешь - не хочешь, но к его советам необходимо прислушиваться. За моим горлом, например, следит доктор медицинских наук Павел Григорьевич Рудня - он главный ЛОР-специалист Северо-Западного округа столицы. Замечательный врач, очень интересный, интеллигентный человек. Я ему полностью доверяю. В 1-й Градской больнице, где мне делали операцию, есть замечательный ЛОР-врач Валентина Владимировна Владимирова. Я дважды давал потом в этой больнице концерты и до сих пор благодарен всем ее специалистам.

- Что бы вы хотели пожелать нашим читателям?

- Больше всего - мира. Мать у меня осетинка, трагедия Северного Кавказа больно отзывается в моем сердце. Я сам ездил в Чечню с гуманитарной миссией, видел все собственными глазами. Человек достоин мира, ибо каждая жизнь драгоценна.



Я увидел его впервые в ЦДРИ, на одном из вечеров, которые проводит Общество наследия декабристов. Среди потомков декабристов встречаются люди потрясающей судьбы - ведь часто они принадлежат к старинным дворянским фамилиям, на долю которых выпало все, что может выпасть на долю гонимых. Судьба же этого человека выглядела захватывающей, почти детективной, даже на фоне этих непростых судеб.

Второй раз мы встретились с ним в профессорском зале "ленинки", а потом, чтобы не мешать другим, сели на скамью в холле.

Итак, Сергей Иванович Балугев, профессор кафедры физиологии Московского педагогического университета. Ученый, врач, выпускник Брюссельского университета, исследователь в области клинической и биохимической фармакологии, нейрофизиологии, радиобиологии. Автор известного всем препарата Декамевит и столь же известного Оксафенамида. Потомок, по материнской линии, древнего рода Давыдовых, где не только поэты Денис Давыдов и Михаил Лермонтов, но и декабрист Василий Давыдов, и герой 1812 года генерал Николай Раевский, и покоритель Кавказа генерал Алексей Ермолов. Кстати, его двоюродная сестра и была прапрабабушкой нашего героя. А еще

в родстве с ним Долгорукие и Трубецкие... Впечатляет, не правда ли?

Предки и родственники Сергея Ивановича честно делали свое дело: в XX веке среди них путешественники и ученые, врачи и священнослужители, видные общественные деятели.

Его двоюродный дед, отец Иоанн Арсеньев, доктор богословия, был священником, настоятелем Храма Христа Спасителя и, к счастью, успел умереть незадолго до того, как храм взлетел на воздух.

Но, вернемся к нашей первой встрече...

Он стоял на сцене Малого зала ЦДРИ и рассказывал о своей семье, о том, каким образом оказался у него перстень декабриста Василия Давыдова, сделанный из сибирских кандалов, о своей жизни на чужбине. Рассказывал долго, без малого полтора часа. Высокий, статный, с серебряной шевелюрой. На высоком лбу его виднелась заметная впадина и шрам - отметка от бомбы, которая взорвалась у него в руках. Взрыв этот чуть было не стоил ему, девятинадцатилетнему, жизни. Слушать его было приятно, речь лилась плавно - настоящая русская речь, которую не часто встретишь. "Почему вы не напишете воспоминаний?" - спрашивали его сидящие в зале. Ответ был неожиданным: "Я для этого недостаточно свободно владею русским языком. Мне было бы привычнее писать на французском".

В этом не было ни грана кокетства - одна, не очень веселая констатация особых обстоятельств его жизни. В начале 20-х годов мать, Наталья Александровна Арсеньева, разведясь с мужем, уехала с детьми за границу. Ее брат, профессор Кенигсбергского и Варшавского университетов, мог поддерживать их материально. Семья поселилась в городке Кламер, под Парижем, где к тому времени обосновалась целая русская колония. Там была православная церковь. В этой церкви мальчик познакомился, а потом и подружился, со знаменитым философом Николаем Бердяевым. Обстоятельства знакомства были трагикомическими. У философа был тяжелый нервный тик - он периодически корчил страшные гримасы и

СУДЬБА

высовывал язык. Однажды, во время службы, когда Сережа усиленно молился (ему очень нравился церковный обряд, в то время он непременно хотел стать митрополитом), в храм вошел какой-то человек и начал дразниться - гримасничать и показывать язык. В гневе мальчик подбежал к незнакомцу и стал его выталкивать из церкви. Пришлось матери вмешаться, недоразумение было улажено.

В 1938 году семья переехала в Бельгию, где Сережа окончательно превратившись в Сержа Балугева, поступил на медицинский факультет Брюссельского университета. Кем он чувствовал себя? Русским, конечно. У них с матерью был нансеновский паспорт, но о смене гражданства речи не шло - это просто не приходилось в голову. Однажды на каникулах он познакомился с сыном генерала П. Н. Врангеля и потом целый год прожил в их семье. Самого Петра Николаевича к тому времени уже не было в живых, но дома царил настоящий культ этого выдающегося человека. Вдова его, Ольга Николаевна, красивая, жизнерадостная, очень добрая украинка, относилась к Сереже, как к сыну.

Тем временем над Европой сгустились тучи: началась вторая мировая война. Годы войны для студента-медика Сержа Балугева - это годы борьбы с фашизмом. Вначале во Франции в составе бельгийского военного отряда. Потом - в Бельгии, в Восточной Пруссии. Там юноша попадает в концлагерь. Дядя, известный в Кенигсберге человек, с огромным трудом выцарапывает юношу из рук немцев. Ему разрешают работать в больнице. Он тут же... налаживает связи с подпольщиками, начинает заниматься разведывательно-диверсионной деятельностью. 20 июня 1944 года у него в руках взорвалось самодельное взрывное устройство. Друзья нашли юношу, истекающего кровью, только через несколько часов. Друг дяди, профессор Эрхард, оказал первую помощь и поместил его в госпиталь, в палату для умирающих. Ухаживала за ним девушка Рая, тоже подпольщица. Ее немцы угнали из Киева. "Вот кто был настоящим героем! - улыбается Балугев. - Она хранила рацию, причем советского образца. Нашли бы немцы -

ей не жить”. Однако, Бог миловал и... благословил. Они поженились, и недавно отпраздновали золотую свадьбу. “Сергей Иванович, - спросил я его, - вы всегда были таким отважным и смелым?” Он смущенно улыбнулся: “Что вы, я всю жизнь мечтал о мирных и спокойных занятиях!”

О войне Сергей Иванович рассказывает не очень охотно, все больше о семье, о своей родословной, и, конечно, о любимой науке, фармакологии. Он действительно очень мирный человек, этот пожилой интеллигентный профессор.

Что же было дальше? Кончилась война, они с женой хотели вернуться на Родину, но его не пустили - по соглашению с союзниками, каждый должен был вернуться туда, где его застала вой-

периментальной медицины. В дружной семье появились дети. Но жена плохо приживалась на чужбине - очень тосковала по дому. Да и сам Балугев не забывал о Родине - он работал в Союзе советских патриотов, помогал советским гражданам, которых бельгийцы не репатриировали, попасть домой. Была и другая деятельность, которую, конечно, он не афишировал: все, что узнавал полезного в науке и производстве - стремился сделать достоянием своей страны. “А вы не боялись, что бельгийцы заподозрят вас в шпионаже?” - спросил я его. “Ну, во-первых, я искренне тогда считал, что научные знания должны принадлежать всем, а, во-вторых, бельгийцы почему-то смотрели на это сквозь пальцы. Вот если бы я выдавал

1956 году. Было ему в то время 36 лет. А его брат тем временем перебрался в Бельгийское Конго, а затем в США. Вместе с ним уехала и мать. Кстати, судьба этой женщины тоже по-своему уникальна. Одной из причин ее отъезда за границу в 20-е годы была болезнь - рак груди. Она вылечилась, но болезнь настигала ее потом дважды: рак гортани и злокачественная меланома. И каждый раз болезнь отступала. Умерла она в глубокой старости, ей было 94 года.

Как же встретила Балугева Родина, которую он покинул четырехлетним мальчуганом, а вернулся зрелым ученым? В Киеве, куда приехала семья, работы не было - не признавались иностранные дипломы, жилья, по сути, тоже - ютились впятером (тогда детей уже было трое) в маленькой комнатухе у матери жены. Но не унывали, были рады, что вернулись. Помогло рекомендательное письмо к академику А. В. Паладину, которое ему дали в Болгарии. Так он начал работать в институте геронтологии и экспериментальной патологии АМН УССР.

Одним из самых известных его препаратов - витаминный комплекс Декамевит. В то время никому не удавалось сочетать витамины так, чтобы они не инактивировали друг друга. Несмотря на то, что препарат получился уникальным, с триумфальной судьбой, самому автору эта работа мало что дала. Один из руководителей института, то ли по недомыслию, то ли воспользовавшись тем, что ученый слабо разбирался в наших запутанных законах по авторскому праву, уговорил его сделать несколько научных публикаций, после чего Балугев потерял авторство. Чего только не бывало в нашей науке! А вот зато доктором наук Сергей Иванович стал, едва ли не самым первым в нашей стране, без защиты диссертации - по совокупности работ. Потом было еще несколько отличных препаратов, работа в Московском онкологическом институте им. Герцена, где он продолжил свои исследования по радиобиологии, затем кафедра физиологии в педагогическом институте.

Профессор Балугев работает до сих пор, отчасти по глубокой внутренней потребности заниматься наукой, отчасти по необходимости, ибо пенсии ни на что не хватает.

Мы распростились и профессор скрылся в читальном зале. А как же иначе?

Михаил Кукулевич



Елизавета Петровна Долгорукая, урожденная Давыдова, со своими внуками Арсеньевыми, детьми ее дочери Натальи Юрьевны Арсеньевой. Крайний справа - дед С. Балугева. 1871 год.

на. Они остались в Бельгии, тем более, что надо было заканчивать образование. Жилось трудно, денег не хватало, и Сергей Иванович устроился на химический завод чернорабочим. Администратор, узнав, что этот русский без пяти минут врач, перевел его в заводскую фармацевтическую лабораторию. Вскоре он был назначен ее руководителем. Началась жизнь ученого. Все стало налаживаться. Окончив Брюссельский университет, он переехал в Льеж, начал работать в Институте экс-

их секреты другим зарубежным фирмам, они бы подошли к этому строго, а конкуренции со стороны России они не боялись”. Так, Сергею Ивановичу удалось добыть некоторое количество отравляющего вещества зарина, и в стране появился универсальный антидот (БАЛ), получивший у нас название унитола.

В Россию его долго не пускали. Люди из посольства, вероятно, знали, что делали, а то сидеть бы ему на Колыме. Разрешение было получено только в

Михаил Зощенко Несчастный случай

А ведь я, ей-богу, чуть собственную супругу не уморил.

Она у меня дама, как бы сказать, подвижная, нервная. Без разных капель она нипочем не может прожить. Она у меня все больше валерианку глотает. Чуть расстроится - давай ей, накапывай.

Другой раз для скорейшего успокоения накапаешь ей каплю пятьдесят, а то и все семьдесят. Хоть бы что. Вылакает и еще просит.

А недавно она расстроилась через пузырек.

Сначала говорит мне:

- Надо будет еще каплю купить.

Давеча я все высосала. А то, говорит, может, я сегодня расстроюсь - при-

нимать нечего.

Принес ей пузырек - слезы и грезы.

- Опять, говорит, пузырек без носика. Чем капать?

А это верно, пузырьки теперь отпускают какие-то однобокие. Одним словом, горлышко есть, а носика, то есть капельницы, нету, и чем капать, неизвестно.

Так вот через этот носик - слезы и грезы.

- Это, говорит, через такие носики уморить человека можно. Заместо двадцати капель пятьдесят можно набухать и на тот свет отправиться.

И такая истерика произошла - беда. Я человек привычный - и то заторопился. Начал капать лекарство да по ошибке другой пузырек схватил - с каплями против суставного ревматизма.

Налил, не считая, каплю шестьдесят, одним словом - полпузырька.



Выпила супруга эту порцию, и глаза у ней на лоб полезли.

Однако ничего не сказала. Только говорит: - Свежие какие сегодня капли. Сильнодействующие!

И успокоилась. Целую неделю была спокойная. Лежала прямо тише воды. Только все время пить просила.

А потом - ничего. Отдышалась.

И почему эти пузырьки производят без носиков? Ведь это же человека можно испортить.

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ.

Москвичей мы приглашаем в редакцию. Стоимость подписки в этом случае будет значительно ниже. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Ф. СП-1

Министерство связи РФ
"Роспечать"

АБОНЕМЕНТ на газету журнал **32608**
"Больница" (ИНДЕКС ИЗДАНИЯ)

на 1997 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

ПВ _____ место _____ литер _____ газету журнал **32608**
(ИНДЕКС ИЗДАНИЯ)

"Больница"
(наименование издания)

Стоимость	по каталогу	_____ руб. _____ коп.	Количество комплектов:
	за	_____ руб. _____ коп.	

доставку на 1997 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс) _____ (адрес)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

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 15.11.96 г. Тираж 30000 экз. Заказ