HOSPITAL

Больница

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ ДУХОМ В НЕСЧАСТЬЕ!

№ 4–5
2000

НАУКА И ПРАКТИКА

Кафедра госпитальной терапии № 1 лечебного факультета РГМУ. ГКБ № 15

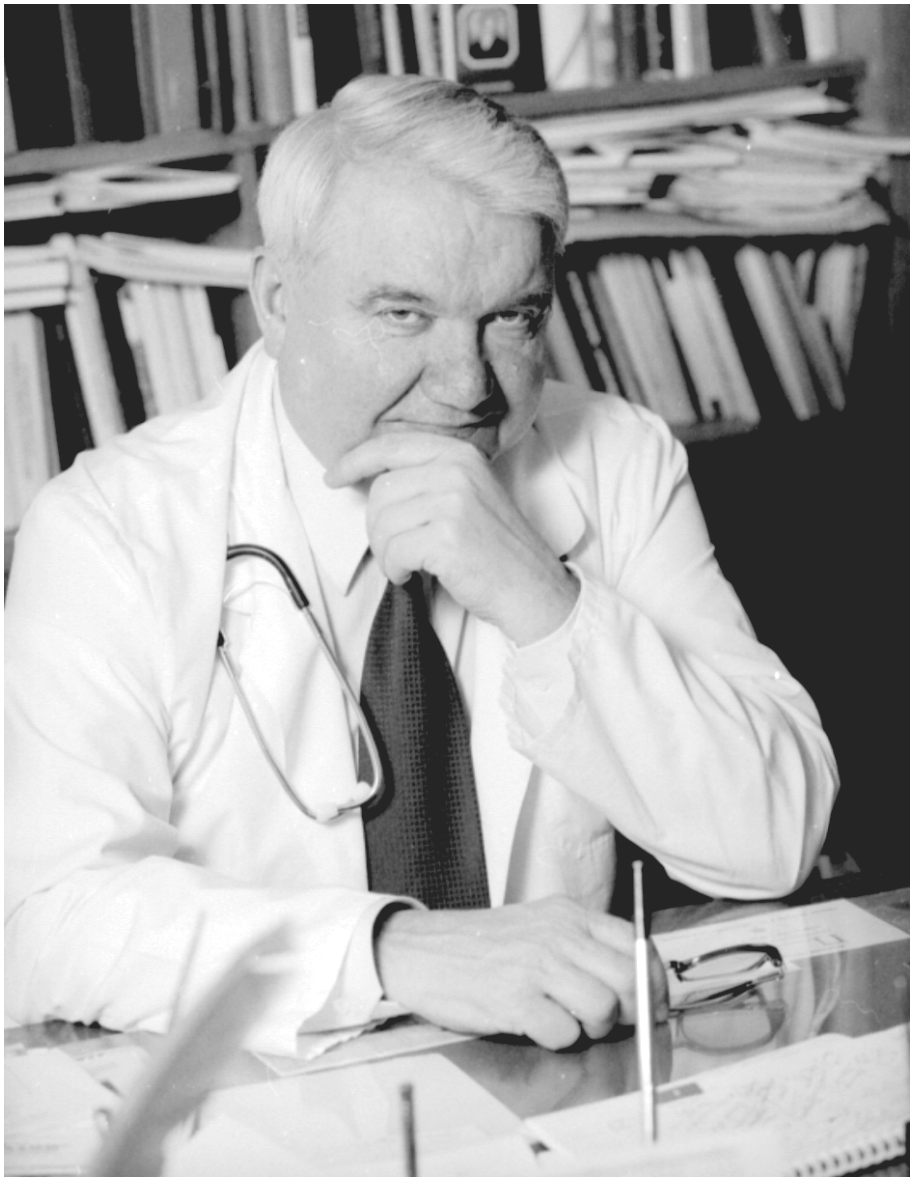
СТР. 4–9

ЛЕКАРСТВА

Препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний

GlaxoWellcome

СТР. 10–15



Виктор Алексеевич Люсов: «Появление технологий хирургического лечения ИБС нисколько не преуменьшило роли терапевтической службы. Среди кардиологов крепнет убеждение, что системный тромболизис не уступает интракоронарному, а во многих случаях даже превосходит его и по быстроте, и по экономичности».

Записки доктора Кука

СТР. 18–19

НОВОСТИ

На пресс-конференции «Будущее в руках перинатологов», проведенной в ГКБ № 8, обсуждались проблемы профилактики и лечения новорожденных детей, необходимость меценатской поддержки этого направления медицины.

В ГКБ № 8 специализированный родильный дом и стационар для выхаживания глубоко недоношенных детей объединены в акушерско-педиатрический комплекс по оказанию помощи беременным и новорожденным высокого риска. Заболевания детей, связанные с отклонениями внутриутробного развития и патологическими родами составляют более половины смертей на первом году жизни и часто определяют появление в дальнейшем тяжелых заболеваний. Поэтому для специалистов больницы остро стоит вопрос технического оснащения этих отделений современным диагностическим и лечебным оборудованием. На просьбу ГКБ № 8 помочь в оснащении отделений откликнулся Внешэкономбанк, который оплатил поставку новейшего американского аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и реанимационного монитора (всего на сумму $40000). Символично, что аппарат ИВЛ носит название «Миллениум» – он дает возможность сохранить жизнь самым маленьким детям, родившимся весом около 500 граммов.

На научном симпозиуме «Ремерон: невероятно, но очевидно» широкому кругу российских психиатров был представлен новый антидепрессант компании Органон (Нидерланды). Это первый представитель норадренергических и селективных серотонинергических антидепрессантов (НаССА), обладающий высокой эффективностью и избирательностью воздействия. У него отсутствуют побочные эффекты, характерные для антидепрессантов предыдущих поколений, такие как нарушения сердечного ритма и зрения, расстройства пищеварения и сексуальные дисфункции, бессонница и пр.

Исследования Ремерона были проведены в 12 психиатрических центрах России, подтвердивших данные зарубежных экспертов. Академик РАМН, профессор А. С. Тиганов, комментируя российский опыт применения этого лекарственного средства, сказал, что в нем уникально сочетаются «золотой стандарт» эффективности с безопасностью для больного, и что он заслуживает серьезного внимания исследователей и практических врачей.

Ремерон уже поступил в московские аптеки, но, как и все лекарства этой группы, отпускается по рецептам врачей. Дополнительную информацию о новинке можно получить в Представительстве компании Органон.

В ММА им. И. М. Сеченова прошел международный симпозиум «Новые диагностические технологии – в практику эффективного здравоохранения». Организаторы симпозиума – Минздрав России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ММА им. И. М. Сеченова и компания General Electric Medical Systems.

В работе симпозиума приняли участие академик РАН и РАМН профессор М. А. Пальцев и академик РАМН профессор зав. кафедрой лучевой диагностики ММА им. И. М. Сеченова С. К. Терновой. С докладами выступили зав. кафедрой урологии ММА им. И. М. Сеченова профессор Ю. Г. Аляев, руководитель отдела рентгенологии НИИ нейрохирургии РАМН профессор В. Н. Корниенко, профессор отдела томографии Института кардиологии им. А. Л. Мясникова В. Е. Синицин, зав. кафедрой рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии профессор В. М. Черемисин (Санкт-Петербург) и другие. Они поделились своим богатым опытом в области выявления заболеваний с помощью современных методов компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований и лучевой диагностики.

Вторая Всероссийская конференция, посвященная экстракорпоральному очищению крови (ЭОК) в интенсивной терапии, состоялась в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. В ней приняли участие специалисты из различных областей и регионов РФ и стран СНГ. Параллельно с конференцией проходила выставка аппаратуры и лекарственных препаратов, нашедших применение в этой области.

На конференции обсуждались вопросы ЭОК у больных сепсисом (особенности применения фильтрационного плазмафера, сравнительная оценка эффективности этих методов), искусственной поддержки функций печени; лечения острой почечной и печеночной недостаточности у пациентов с сепсисом; оценка применения методов экстракорпоральной детоксикации у пострадавших от ожогов и другие актуальные проблемы.

Более 40 лет прошло со дня проведения первой операции аорто-коронарного шунтирования. Миллионы пациентов обязаны своей жизнью этой операции, которая прочно вошла в арсенал кардиохирургов всего мира и, бесспорно, является наиболее эффективным и радикальным методом лечения ишемической болезни сердца. Но, несмотря на уже достигнутые успехи, проблемы хирургического лечения ИБС и по сей день остаются одними из самых актуальных в современной кардиохирургии.

В прямом смысле слова «второе рождение» операция аорто-коронарного шунтирования получила с появлением на свет метода малоинвазивной реваскуляризации миокарда, который, благодаря своим неоспоримым преимуществам, завоевал большую популярность и все прочнее входит в практику мировой кардиохирургии.

Именно этой теме была посвящена городская научно-практическая конференция «Малоинвазивная реваскуляризация миокарда», прошедшая в Москве в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. В ее проведении приняли участие Комитет здравоохранения Москвы, НИИ СП им. Н. В. Склифосовского и общественная организация «Лига малоинвазивных кардиохирургов». В работе конференции приняли участие известные кардиохирурги и кардиологи России: профессор Г. П. Власов, член-корр. РАМН А. С. Ермолов, академик РАМН Г. М. Соловьев, академик РАМН А. П. Голиков, профессор Б. В. Шабалкин, профессор Ю. В. Белов, д. м. н. Л. В. Попов, д. м. н. И. В. Жбанов и другие.

Фирма Шеринг АГ провела симпозиум «Гормональные препараты в гинекологии, от менархе до менопаузы». На нем говорилось о важности гормональных контрацептивов в жизни женщин разных возрастов, от подросткового до постменопаузального. К сожалению люди мало осведомлены по этой теме и применяют давно изученные друзьями методы. Молодые люди чаще выбирают смешанную и «аварийную» контрацепцию, а более старшие затрудняются отвечать на этот вопрос.

Спектр оральных контрацептивов постоянно расширяется и на современном этапе они содержат минимальные дозы гормональных составляющих, обеспечивают надежное предохранение, низкую частоту побочных реакций и не оказывает значительного влияния на массу тела. Кроме того, правильно подобранные гормональные препараты оказывают не только контрацептивные эффекты, но и могут защитить от воспалительных заболеваний мочевого тракта, развития кист яичника, уберечь женщину от преждевременного старения.

На симпозиуме выступили д. м. н: Е. В. Уварова, В. Н. Прилепская, В. П. Сметник. Вниманию участников была предложена информация о низкодозированных гормональных препаратах «Диане-35» и «Логест».

Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» – одно из самых значительных событий в жизни медицинской общественности страны. В этом году его посетило около 35 тысяч человек.

Вот уже семь лет подряд в Москве проходит форум, который дает специалистам информацию для размышления на целый год, а его отдаленные результаты трудно переоценить.

С А. Г. Чучалиным, академиком РАМН, директором НИИ пульмонологии Минздрава России, президентом Конгресса беседует наш корреспондент.

– Александр Григорьевич, какой основной теме был посвящен седьмой конгресс и в чем его отличие от прошедших ранее?

– Из 160 запланированных симпозиумов больше половины так или иначе были связаны с введением в России формулярной системы.

Другая тема, которой уделили усиленное внимание – здоровье детей. По актуальным проблемам в этой области выступал академик РАМН Александр Александрович Баранов, при его непосредственном участии прошли многие семинары.

В этом году исполняется семьдесят лет с тех пор, когда в нашей стране создавалась педиатрия как самостоятельное направление медицинской науки и практики. Что удалось сделать за эти годы, и какие перспективы у отечественной педиатрии сегодня и завтра рассказал в своем докладе академик РАМН Владимир Никитич Ярыгин.

Еще одно направление нашей работы подсказала инициативная группа молодых врачей. Мы провели симпозиум по этико-правовым вопросам, с которыми сталкивается пациент. Приняли «Российскую декларацию в защиту прав пациента».

– Столь пристальное внимание к формулярной системе вызвано, очевидно, не совсем однозначным к ней отношением как со стороны врачей, так и просто обывателей. А как вы ее оцениваете?

– Уверен, что формулярная система не сможет повлиять ни на инициативу врача, ни на его индивидуальный подход к пациенту в отрицательную сторону. Если обратиться к истории, дорогу первому российскому медицинскому формуляру проложил Пирогов при работе в период Крымской кампании. Во время Великой Отечественной войны она тоже широко применялась и доказала свою эффективность. Так что этот опыт нам вовсе не чужд. А сегодня, с учетом последних разработок в этой области и у нас в стране, и за рубежом, мы пытаемся донести эту методику до наших коллег – врачей первичного звена – педиатров, терапевтов. Впервые в нашей истории появляется официальный документ от федерального руководства, адресно направленный врачам общей практики. Так что он резко сократит количество ненужных консультаций у специалистов более узкого профиля, позволит избежать лишних процедур и сократит возможность врачебной ошибки.

– «Поднимать» уже седьмой конгресс такого уровня – огромный труд. Как вам это удается?

– Тот опыт, который я приобрел, посещая зарубежные конгрессы в восьмидесятые–девяностые годы, подсказал научный подход к организации подобных мероприятий. Большинство из них организовывали чисто коммерческие фирмы, главная цель которых была «продвинуть» препарат на рынок. А уж в умении это сделать у них можно поучиться. Но наша цель состояла и состоит в том, чтобы максимально гармонизировать обмен мнениями специалистов о разработках научной медицины с реализацией самой идеи конгресса. Поэтому привлекаем спонсоров. Конгресс демократичен, и возможность продемонстрировать свою новую продукцию среди врачей, провизоров, людей, напрямую с медициной не связанных, привлекает многие фирмы.

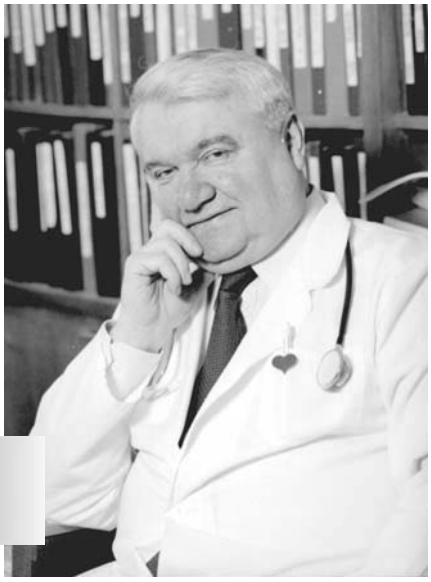
Д. Виноградов

(Заметки с Конгресса читайте на стр. 15)

Население Восточного округа Москвы превышает по численности население большого областного города. Поэтому на востоке столицы, в Вешняках, расположена одна из крупнейших больниц Москвы – ГКБ № 15. Целый больничный городок – хирургический и терапевтический корпуса, наисовременнейший родильный дом, диагностический центр. Иногда сюда с МКАД и других оживленных трасс садится на специальную площадку вертолет – привозит пострадавших в дорожных катастрофах.

И буквально со дня основания в стенах этой больницы работает замечательный ученый-кардиолог профессор Люсов – заслуженный деятель науки, академик РАЕН, лауреат Государственной премии России, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета РГМУ.

Сегодня Виктор Алексеевич Люсов – наш гость.



ТРАДИЦИИ ШКОЛЫ П. Е. ЛУКОМСКОГО

– Виктор Алексеевич, на базе этой больницы действуют 13 отделений и кафедр московских медицинских ВУЗов и НИИ. Ваша кафедра появилась здесь одной из первых – без малого 20 лет назад. С чего вы начинали и чем занимаетесь сейчас?

– С первых дней появления в этой больнице мы отдавали предпочтение терапевтическим методам лечения. Создали блок интенсивной терапии и стали внедрять методы системной тромболитической терапии острого инфаркта миокарда – именно системной, а не интракоронарной. Во-вторых, обратили пристальное внимание на проблемы больных с артериальной гипертензией и, наконец, в-третьих – на больных с нарушением сердечного ритма.

Здесь, в этих стенах, кафедра вела диагностические приемы: брали всех, кто шел, пациентов со всей страны. Сегодня больница имеет хорошо оснащенный диагностический центр, и многие вопросы он теперь может решать самостоятельно. У нас с ним прямая связь: в экстренных ситуациях больные переводятся оттуда прямо в специализированные отделения больницы. Кстати, структура этого Центра тоже разработана при участии кафедры.

Хирургические методы лечения ИБС у нас в больнице стали внедряться несколько позже – через три-четыре года после ее открытия. Первыми появились специалисты кафедры госпитальной хирургии РГМУ – В. С. Маят, потом из центра им. А. Н. Бакулева пришел высококлассный хирург профессор В. С. Работников. На какое-то время больница стала почти на 70% хирургической. Сейчас этот крен уже меньше. Кардиохирургия требует колоссальных затрат, а обслуживает она менее 1% больных – бюджет городской больницы этого себе позволить не может.

Активность наших исследователей привела к тому, что от кафедры госпитальной терапии отпочковался целый ряд других: кафедра клинической фармакологии (проф. Ю. Б. Белоусов), кафедра функциональной диагностики (проф. М. П. Савенков), кафедра поликлинической терапии (проф. Б. Я. Барт), кафедра профилактической кардиологии (проф. А. А. Горбаченков) и др. Школа П. Е. Лукомского, к которой мы все принадлежим, воспитала более 20 заведующих кафедрами, которые работают сегодня по всей России. Кроме того, у нас около 50 докторов наук и более 200 кандидатов. Такой мощной школы в СНГ больше нет!

– Успех вашей школы очевиден, но, как вы думаете, не случится ли так, что внедрение хирургических методов лечения ИБС, которые становятся сегодня все более популярными, оставит кардиологов без работы?

– Ни в коем случае! Появление технологий хирургического лечения ишемической болезни сердца нисколько не преуменьшило роли терапевтической службы. Более того, среди специалистов-кардиологов крепнет убеждение, что системный тромболизис нисколько не уступает интракоронарному, а во многих случаях даже превосходит его и по быстроте, и по экономичности. Мировые исследования показали, что отдаленные последствия эффективности хирургических и терапевтических методов лет через пять сравниваются. Хотя сразу после операции больные чувствуют себя лучше, активность их значительно повышается.

Поэтому мы продолжаем отрабатывать методы лечения больных в блоках интенсивной терапии с применением системной тромболитической терапии, с ранней реабилитацией и последующим переводом больных на обычные терапевтические койки, а затем и в специальный кардиологический санаторий. Наша кафедра была в свое время инициатором санаторного лечения больных инфарктом миокарда, первый такой санаторий был открыт в Подлипках.

Лекарственные препараты, которые мы использовали при лечении инфаркта миокарда, были достаточно революционными. В этой клинике впервые был применен лидокаин для предупреждения тяжелых сердечных аритмий. Сейчас точка зрения на этот препарат несколько изменилась, считают, что он в ряде случаев сам может увеличивать нарушение проводимости, если применять его огульно, но это не отменяет тех успехов, которые были достигнуты ранее.

В нашей больнице, впервые в Советском Союзе, был активно внедрен метод использования тромболитических препаратов. Если Кардиологический центр, располагавшийся тогда в Петроверигском переулке, занимался вопросом лечения готовым плазмином – фибринолизином и тщательно отбирал себе больных, то кафедра П. Е. Лукомского, моего учителя, и я лично разрабатывали лечение проактиваторами фибринолиза – стрептокиназой. Сегодня этот препарат и его аналоги шествуют по всем блокам интенсивной терапии как средство скорой помощи в первые часы развития инфаркта миокарда, в первые часы ишемии и, может быть, нестабильной стенокардии.

С этим методом пытается конкурировать интракоронарный тромболизис, но он доступен лишь специализированным учреждениям – сложная технология, дорогое оборудование и т. п. Вызывает сомнение и сама идеология интракоронарного введения препарата. Ведь болезнь не исчерпывается именно этим тромбом, данным коронарным сосудом. К сожалению, нарушение процесса свертывания крови затрагивает весь организм – аналогичные изменения идут и в сосудах мозга, почек, нижних конечностей, печени и т. д. Когда мы вводим препараты системно, то избегаем развития тромбозов во всем организме. Интракоронарное введение такого эффекта не дает. Конечно, к каждому случаю надо подходить индивидуально, но, на мой взгляд, системный тромболизис идеален, более доступен и поэтому активно нами применяется.

Итак, первой была стрептаза, а за ней последовала череда препаратов нового поколения, в частности, так называемые тканевые активаторы – более дорогие, зато менее аллергенные, а, значит, безопасные для пациента средства. Эти препараты в нашей клинике активно изучались и применялись у больных острым инфарктом миокарда, в том числе и отечественные лекарства – ленинградская стрептолиаза и минская целиаза. Поэтому смело могу сказать, что разработка и внедрение системной тромболизисной терапии с использованием новейших зарубежных и отечественных препаратов – достижение данной больницы и данной кафедры. Эта работа продолжается и до сих пор, тем более, что многие западные фирмы, зная, что мы хорошо работаем с таким больными, заключают договора с больницей на клинические испытания. По такому договору фирма дает нам то или иное лекарство бесплатно, взамен же они получают информацию о нашем опыте по его применению. Таким образом осуществляются так называемые многоцентровые исследования.

В нашей клинике впервые был использован внутривенно нитроглицерин, что в свое время категорически не рекомендовалось справочником Машковского: там прямо говорилось, что этот препарат при инфаркте применять нельзя. Между тем логика и разработки ученых убеждали в обратном: надо постараться помочь организму, испытывающему колоссальную нагрузку на сердце из-за возросшего периферического сопротивления, снять эту преграду и расширить коронарные сосуды. Так появился у многих фирм внутривенный нитроглицерин. Эти препараты предупреждают и многие осложнения – отек легкого, кардиогенный шок и т. п. К сожалению, отечественный препарат для инъекций мы создать не смогли, хотя пытались.

– Каковы самые последние научные разработки кафедры?

– Мы сейчас заняты проблемой безболевой ишемии. Это большая группа пациентов, у которых развивается так называемый «немой инфаркт», который они переносят на ногах. Для выявления этого заболевания существует холтеровское мониторирование, круглосуточная регистрация ЭКГ с последующей расшифровкой на компьютере. Сейчас наши диагностические возможности значительно расширены: используем и велоэргометр, и уникальный тредмиловский вариант этого метода. Такой тредмил как у нас есть только в трех учреждениях страны.

Выявив эпизоды безболевой ишемии миокарда, начинают с ними бороться с помощью тех или иных лекарственных средств, прослеживая в динамике изменение частоты приступов. Испытывая различные препараты (тот же предуктал), наблюдают за воздействием, чрезпищеводной регистрацией и стимуляцией ритма сердца, чтобы определить топику нарушений сердечного ритма.

Ведутся специальные программы, серии исследований, призванные выяснить, какие лекарственные препараты быстрее выводят больных из критического состояния, улучшая прогноз как самого инфаркта, так и сердечной недостаточности.

По-прежнему актуальны для нас вопросы диагностики и лечения гипертензии. В чем истинная причина повышения артериального давления у конкретного больного? Вопрос не простой. В одной из своих работ наш коллега профессор Евсиков взял 400 больных, у которых в крупнейших клиниках страны был поставлен диагноз гипертоническая болезнь, и попытался найти истинный корень болезни. Оказывается, чаще всего возникновение заболевания связано с повреждением почечной паренхимы. По разным причинам эту патологию рутинные лабораторные исследования фиксируют не всегда. Например, изменений в моче нет, может не быть протеинурии, гематурии. Между тем небольшой очажок повреждения ишемизирует, требует большей подачи крови. Включается рениновая система и сердце начинает гонять кровь под большим давлением! Это длится месяц, два, год, несколько лет и давление стабилизируется на высоких цифрах, имитируя гипертоническую болезнь.

Следовательно, многих больных можно было бы избавить от гипертонии, своевременно выявив очаг поражения в почках и воздействуя на него. Мы стараемся установить истинную причину повышения артериального давления у каждого пациента индивидуально, и только в тех случаях, когда это не удается, можно вести разговор об эссенциальной гипертонии.

К чему я это все говорю? Гипотензивных препаратов сегодня очень много и снизить артериальное давление, в принципе, может любое. Сейчас ведь можно одной таблеткой поддерживать артериальное давление достаточно длительное время. Но всегда ли надо активно идти на этот процесс снижения?

На мой взгляд, проблема сегодня не столько в том, чтобы снизить давление, сколько в том – сможет ли больной выполнить наши рекомендации. Я имею в виду и отсутствие лекарств, и их дороговизну, и даже дисциплинированность пациента. Не секрет, например, что ряд препаратов отрицательно влияет на мужскую потенцию и мужчины их стараются не принимать.

– Ваша клиника является госпитальной. Несмотря на явный приоритет кардиологии, вы занимаетесь и другими больными?

– Да, конечно. Лечим, например, больных с бронхиальной астмой. В нашей клинике впервые было пока-

зано, что тромбоцит с его серотонином является механизмом формирования приступа бронхиальной астмы. Были у нас работы по изучению обструктивного бронхита с позиций сердечной недостаточности. Выполнена докторская диссертация, посвященная легочному сердцу. Все это – отражение реальной работы с очень большим количеством больных.

Занимались мы спортивной и космической медициной. Отсюда вышла докторская диссертация под названием «Спортивное сердце» В. В. Булычева. Было доказано, что сердце спортсмена изнашивается раньше времени. Я точно могу сказать, что спорт, нацеленный на достижения рекордных феноменов, очень вреден. Физкультура – это совсем другое. Ходьба, кстати, очень информативная вещь, не уступающая велоэргометру или тредмилу. Сейчас в моду вошел так называемый 6-ти минутный тест, то есть: сколько пройдет больной за 6 минут, не появится ли у него приступ стенокардии, каков будет пульс, каково давление. За эти шесть минут можно получить полноценную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы человека. Если больной будет идти больше – он утомится, если меньше – информация будет неполной.

Развита в 15-й больнице и система реабилитации. Здесь уже более двадцати лет существует Коронарный клуб, где собираются больные трудоспособного возраста, перенесшие инфаркт и, следовательно, объединенные общими интересами. Они приходят систематически, занимаются по специальной, разработанной нами, схеме тренировок, их состояние могут проконтролировать, дать определенные советы. Теперешний заведующий кафедрой профилактической кардиологии А. А. Горбаченков как раз и разрабатывал эти вопросы в своей докторской диссертации. Если раньше больной после инфаркта сто дней лежал, то сейчас на 21–28 день он выписывается прямо в санаторий и продолжает там реабилитироваться.

– Вернемся к теме лекарств. Как кафедре удавалось все эти годы быть на острие различных лекарственных концепций?

– Прежде всего благодаря тому, что она почти 35 лет была членом президиума Фармакологического комитета. Она была и есть базисной для испытания всех сердечно-сосудистых препаратов. Например, почти все антиаритмики получали путевку в жизнь в здравоохранении страны на этой кафедре. «Отец» и генетический прародитель всех этих препаратов – английский индерал. Его впервые применил в клинике профессор В. Л. Дощицын, который тогда работал у нас. Дальше пошла целая серия так называемых бета-блокаторов, и все они проходили через клинику. Никакой конкуренции с эндоваскулярными методами здесь и быть не могло по массовости применения этого лечения.

Активно поработали мы в фармакологическом плане и с анатагонистами кальция, выдержали целую дискуссию о том, вредны они или нет при остром периоде инфаркта миокарда.

А в последнее время мы исследуем возможности ингибиторов АПФ-ферментов. Первый среди этих препаратов – капотен, за ним – каптоприл и масса аналогов различных производителей. Сегодня эти фирмы, стремясь попасть на российский рынок, соревнуются в том, чтобы тот или иной препарат попал к нам на исследование, а потом был широко применен в стране. Особенный интерес – быть в «Перечне необходимых средств», что дает некоторую гарантию закупок, ибо эти средства имеют государственную дотацию. В этом соревновании не всегда все чисто.

Работаем мы и в области изучения различных гепаринов. Это стало особенно актуальным, когда пришли фракционированные и не фракционированные гепарины различного удельного веса. Гепарин – препарат естественный, технология его получения очень сложна, и любые подвижки в этой области важны и благоприятны. Мы о каждом новом препарате здесь имеем собственное впечатление и собственный опыт.

Интересны и препараты, ингибирующие α-2, β-3-рецепторы тромбоцитов, ответственных за то, чтобы фибриноген из сосудистого русла превращался в фибрин, способствуя образованию тромба. Считается, что виновником инфаркта является бляшка или тромб. Так вот, у одного и того же человека в одном сосуде может быть бляшка без тромба, суживающая просвет, в другом коронарном русле на бляшке «сидит» тромбоцит и определяет нестабильность. Вот на такую нестабильность и направлены эти препараты. Некоторые фирмы уверяют, что средства, селективно блокирующие этот процесс, предупреждают развитие инфаркта миокарда.

В свое время еще наши учителя призывали нас обратить внимание на возможности аспирина. Сегодня, правда, есть сведения, что на конечную цель – на смертность – он не влияет, но никто не может опровергнуть того, что он неплохой дезагрегант. Но современные антиагреганты, в отличие от аспирина, не вызывают кровоточивости, не вызывают в сосудистой стенке снижение ферментов фибринолиза и других нежелательных реакций. С эти препаратами, конечно, нужно работать, тщательно исследовать.

Мы еще долго разговаривали с Виктором Алексеевичем о его врачебном пути, о научной карьере, об учителях и старших коллегах, среди которых были такие светила медицины, как П. Е. Лукомский, о котором он и его товарищи пишут книгу «П. Е. Лукомский и его школа», Е. М. Тареев, А. И. Нестеров, А. А. Шелагуров, П. Н. Юренев; о его друзьях и знакомых, среди которых космонавты и артисты, художники, политики. Но разговор рано или поздно возвращался к проблемам 15-й больницы. Чувствовалось, что она для него очень много значит.

Мы благодарим профессора за содержательную беседу, желаем ему удачи во всех начинаниях и крепкого здоровья на благо его многочисленных пациентов.

ТАЙНЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета РГМУ доктор медицинских наук Евгений Михайлович Евсиков занимается проблемами диагностики и лечения артериальной гипертензии.

– Евгений Михайлович, круг вопросов, которые вы исследуете, достаточно широк. Расскажите, пожалуйста, об основных направлениях вашей работы.

– Специфика моей научной тематики – артериальная гипертензия, более узко – артериальная гипертензия у женщин, вопросы медикаментозной фармакотерапии артериальной гипертензии, все кардиологические и терапевтические вопросы, которые находятся в пограничных областях, например, патология почек и ее значение в развитии гипертонического сердца, сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца.

Большой объем исследований у больных с артериальной гипертензией мы проводим в лабораториях ГКБ № 15. Здесь для этого есть большие возможности: специальная изотопная лаборатория и лаборатория функциональной диагностики, где имеется ультразвуковая аппаратура, аппаратура с доплеровским эффектом, есть ядерно-магнитный резонанс. Благодаря этому мы имеем возможность детально обследовать больного: очень широко применяем эхо-кардиографию, исследуем периферические сосуды и клапанный аппарат сердца. Мы можем точно отследить и оценить ранние стадии диастолической дисфункции и развитие перегрузки желудочков и предсердий, ускоряющие развитие сердечной недостаточности, с помощью гамма-камеры делать сцинтиграфию почек в ее вариантах – статической и динамической. Динамическая сцинтиграфия почек с технецием-99 в качестве гамма-излучателя наиболее информативна. Мы можем вычленить из патологии, связанной с гипертензией, стенотические процессы, деформацию аорты и ее почечных артерий, врожденные и приобретенные аномалии, поражения атеросклеротического или воспалительного генеза. С помощью гамма-камеры и определенных изотопных меток фиксируется состояние мозгового кровотока (по сонным и вертебро-базилярным артериям, по интракраниальным артериям) и тем самым мы можем объяснить, почему у одного пациента артериальная гипертензия сопровождается головными болями и болями в области сердца, а другой переносит очень высокие цифры АД практически не испытывая дискомфорта. Эти вопросы до конца еще не изучены, но известен факт, что если у пациента гипертензия развивается как следствие сужения сонных или вертебро-базилярных артерий, ему для нормального функционирования мозга требуется более высокое артериальное давление и в таком случае – чем оно выше, тем он лучше себя чувствует и, напротив, при применении мощной гипотензивной терапии он жалуется на слабость и усталость. Это типичная ситуация, когда у пациента имеется зависимость артериальной гипертензии от недостаточности кровоснабжения мозга. Совершенно такой же вариант стенотической гипертонии, выявляемый, правда, при коронарографии, когда у пациента имеется стеноз коронарных артерий в нескольких бассейнах. Артериальная гипертензия при этом является компенсаторной реакцией на ишемию миокарда. Пациент живет с высоким артериальным давлением, потому что при более низких цифрах может возникнуть стенокардия или даже инфаркт миокарда. В таком случае мы видим, что после удачного шунтирования или стенирования артериальное давление нормализуется.

– У больного впервые повысилось артериальное давление. Как часто это связано с заболеванием почек?

– По статистике нашей клиники это не меньше 80-ти, а может быть и 90% случаев. Гипертензия, по существующим представлениям, это рациональные изменения режима функционирования левого желудочка сердца и сосудов артериального кровоснабжения в результате того, что у человека имеется недостаток этого кровоснабжения в какой-то области. Чаще всего это область бассейна почечных артерий, реже, примерно в 15% – бассейн мозговых артерий, еще реже – бассейн коронарных артерий, совсем редко – при стенозировании подвздошных артерий с развитием недостаточности кровоснабжения нижних конечностей. То есть, артериальная гипертензия в настоящее время и комитетом экспертов ВОЗ, и международной организацией по борьбе с гипертензией рассматривается как синдром заболевания, в основе которого лежит недостаточность кровоснабжения какой-то области или недостаточность функционирования какого-то органа, чаще всего почки. Если в почке уменьшается количество действующих нефронов, то единственное, что поможет человеку избежать отека мозга или легких – это повышение артериального давления: чтобы фильтрация шла с превышением в оставшихся нефронах. Это общебиологическая ситуация, она давно была изве-

стна в экспериментах на животных. Сейчас клиники, имеющие соответствующую диагностическую аппаратуру, могут позволить себе устранить из своей практики диагноз эссенциальной гипертензии или гипертонической болезни, а заменяют его конкретным термином – артериальная гипертензия, чтобы концепция причинности не страдала от терминологических несоответствий. Причина всегда есть, а гипертензия лишь степень изменения давления крови на стенку сосуда.

– А каковы особенности течение артериальной гипертензии у женщин?

– Раньше считалось, что у них очень интенсивно влияет гормональный фон, нарушения функции яичников, наступление менопаузы, хирургической или медикаментозной кастрации. Но, изучая в течение 15 лет этот вопрос при консультативной помощи гинекологов Центра матери и ребенка (профессор В. П. Сметник), мы пришли к выводу, что уменьшение синтеза эстрогенов у женщин является лишь триггером, который делает манифестной ту форму артериальной гипертензии, предпосылки которой у женщины уже существовали. То же самое получилось и по нефропатиям беременных. Тщательное исследование выявило в 85% у этих женщин аномалии развития почек или вялотекущий воспалительный процесс. Чаще он был уже в детстве, потом наступила длительная ремиссия и об этом процессе все забыли. Беременность тоже является своеобразным триггером. Вот в этом отличие женской артериальной гипертензии. И поэтому термины климактерическая гипертензия или нефропатия беременных приобрели теперь конкретные очертания. Исследуя функцию почки, мы можем конкретно сказать, что явилось причиной артериальной гипертензии у данной женщины.

– Вы имеете непосредственное отношение к работе коронарного клуба. Расскажите о нем поподробнее.

– Коронарный клуб в последнее время функционирует несколько особняком, хотя раньше был составной частью кафедры. Это место, где пациенты проводят не только физические тренировки под руководством врача, но и получают предметное представление о том, что такое система физической реабилитации, как быстрее достичь реабилитации психической. Для постинфарктных больных, а они составляют большинство в клубе, эти вопросы очень важны. Я помню время, когда больной, перенесший инфаркт миокарда, должен был 40 дней находиться в том положении, в котором застал его инфаркт – таков был официальный приказ Минздрава. Потом эти рекомендации стали смягчаться. А как сегодня в мире? Пациент переживает в стационаре только самое опасное время – около десяти дней, а дальше – направляется домой и постепенно расширяет свой режим физической активности. И вот тут-то деятельность коронарного клуба трудно переоценить. Пациенту требуется постоянный контроль, хотя бы раз в или два раза в неделю, за состоянием его гемодинамики, за его кардиограммой, за наличием болевых приступов. Очень важны тестирования физической нагрузки. Пациент должен знать свои возможности, знать, какая нагрузка является лечебной, а какая уже опасна для его здоровья и может вызвать развитие ишемии. У больного есть определенный коронарный резерв, который он не должен превысить. Если же человек умело двигается внутри этого резерва, выполняет определенные аэробные нагрузки у него улучшается не только самочувствие, но и биохимические показатели, в частности, снижается холестерин.

Аэробные нагрузки – это упражнения больших групп мышц верхнего и нижнего плечевого пояса при достаточном и даже избыточном кислородообеспечении. А есть еще гипоксические нагрузки – когда больного тренируют делать упражнения с замедленным выдохом. Это несколько похоже на метод лечения бронхиальной астмы по методу Бутейко. В России этими проблемами много занимался профессор Анатолий Алексеевич Горбаченков, у него есть много публикаций и по гипоксическим тренировкам.

Противопоказаны больным с коронарной патологией нагрузки статические, которые увеличивают внутрибрюшное давление, нагрузки типа занятий на тренажерах с отягощениями для увеличения объема какой-либо группы мышц. Значительное повышение внутрибрюшного давления у пациента со стенокардией или перенесенным инфарктом миокарда может закончиться резким ухудшением течения коронарной болезни, хотя причины этого до конца неизвестны. Во всяком случае ясно, что если нагрузка распределяется только на какую-то одну группу мышц, она ведет к гипертрофии миокарда левого желудочка.

Небольшое отступление-предупреждение. Мы часто видим по телевизору и восхищаемся людьми атлетического сложения с рельефной мускулатурой. В стенах нашей больницы таких атлетов тоже можно встретить, только не в спортивных костюмах, а в пижамах: у них мы фиксируем увеличение массы левого желудочка сердца, дистрофию миокарда или ранние формы коронарного атеросклероза. Вот к чему могут вести суперобъемные физические нагрузки в статическом режиме с большой кислородной задолженностью. Особенно опасно при этих нагрузках употребление анаболических гормонов. Международная статистика показывает, что чем раньше у больного наступает увеличение массы левого желудочка, тем хуже его прогноз в плане развития сердечно-сосудистых заболеваний.

– Членство в коронарном клубе пожизненное?

– Нет. После прохождения индивидуальных программ, когда коронарный резерв позволяет достигнуть 50% от субмаксимальной нагрузки, можно считать, что цель достигнута. Пациент получил диетологические рекомендации, рекомендации по здоровому образу жизни, ему дали методички по психологической коррекции его состояния, с ним поработал психолог, который помог ему решить вопросы трудовой и сексуальной реабилитации. После этого пациент может обращаться сюда только эпизодически – его реабилитация завершена.

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Памятуя о том, что в ГКБ№ 15 лечатся рядовые москвичи, что обслуживает больница огромный район, мы задали несколько вопросов заведующей инфарктным отделением Лилии Алексеевне Земляковой.

– Лилия Алексеевна, насколько связаны результаты лечения инфарктов от срока поступления пациента? Какова ваша статистика?

– Чем раньше больные госпитализируются, тем эффективнее системный тромболизис и лечение антиаритмическими препаратами. Если время упущено, больной может погибнуть. Мы просто не можем работать с системными тромболитиками, если больной поступает позже 12 часов от начала болевого приступа. Проведенный в первые три-четыре часа системный тромболизис дает прекрасный эффект. Летальность при этом не превышает 10–12%, при поступлении через 6 часов она увеличивается до 15%–18%, при поступлении через 12 часов и позднее – она еще больше. В среднем по Москве летальность от инфаркта миокарда составляет 20,5%, что косвенно говорит и о поздней госпитализации таких больных. Кстати, одна из причин, поздней госпитализации – несвоевременное обращение. Наши люди предпочитают терпеть до последнего момента.

С другой стороны, случаев гипердиагностики нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда тоже очень много. Если в год к нам поступает примерно 3000 больных, то лишь половина из них нуждалась в интенсивной терапии, остальные сразу же переводились в терапевтическое отделение.

– В каком объеме оказывается помощь бригадами скорой помощи?

– Первая заповедь бригады – быстрее привезти пациента в больницу. Если у больного острая боль – ее надо обязательно снять на месте. Если возникла острая аритмия сердца, сопровождающаяся падением давления, отеком легких – это тоже необходимо срочно купировать. А вот с началом антикоагулянтной терапии, на мой взгляд, спешить не стоит: гепарин может не только спутать клиническую картину, но и навредить. Ведь мы не можем предусмотреть, как поведет себя тромб. Поэтому не стоит спешить вводить антикоагулянты, лучше быстро доставить больного в специализированное отделение, где это лечение будет проводиться под контролем.

Есть, правда, другие подходы. В некоторых клиниках есть свои скоропомощные бригады, которые вводят тромболитик (стрептаза, целиаза) уже при первой встрече с пациентом. То есть, здесь существует четкое взаимодействие бригады скорой помощи со стационаром.

Наша страна, к сожалению, находится на последнем месте в мире по частоте использования тромболиза. Это нонсенс, если больному в первые часы инфаркта миокарда нет возможности ввести тромболитики! У нас это происходит, в основном, из-за организационных неурядиц: то блок не организован, то персонал неопытный, то нет препарата, то больной поздно доставлен. Вот и получается, что в Москве, скажем, в первые часы инфаркта получают это лечение не больше 3% больных.

Что это значит? Больной, которого не успели вовремя начать лечить, как правило, имеет обширный инфаркт, тяжелые нарушения сердечного ритма и сердечную недостаточность, не говоря уже о более тяжких последствиях.

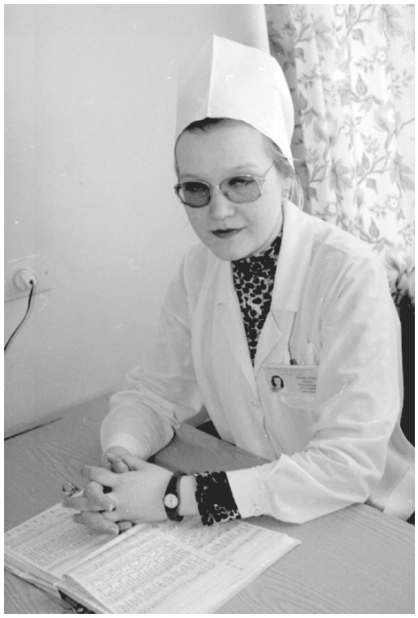
– А как вы действуете, если обнаружена органическая причина болезни, скажем, коарктация аорты?

– Такая причина должна быть немедленно устранена, и сделать это в ГКБ № 15 мы можем. У нас достаточное количество кардиохирургов, сосудистых хирургов, есть и необходимая аппаратура. Кстати, сейчас у нас хирурги в реанимационном отделении успешно начали оперировать и острый инсульт. Не зря существует на территории больницы вертолетная площадка – больные доставляются оперативно не только машинами скорой помощи. Симбиоз кардиохрургов, терапевтов-кардиологов и невропатологов, мне кажется, у нас функционирует хорошо.

– Если у больного выявлена артериальная гипертония, когда ему надо обращаться к врачу?

– Если это однократно, случайно – это еще ничего не значит. Преходящие подъемы АД в течение дня могут быть до достаточно высоких цифр – вы пробежали, поволновались, покурили и т. п.

Если вы заинтересованы в своем здоровье, вы измеряете это давление утром, натощак, когда только что проснулись. Лучше это сделать на правой руке, если вы правша и на левой, если левша. Если оно, скажем, 140/90 или выше, заставьте себя еще несколько раз измерить это т. н. базисное давление, и если оно окажется стабильно повышенным, тогда собирайтесь и идите к доктору.



И. В. Мочалова, старшая медсестра 2-го кардиологического отделения

Материалы из ГКБ № 15 подготовила Т. Нефедова.
Фоторепортаж В. Афанасьева.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НИТРАТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

В. П. Лупанов, доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела атеросклероза Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, Москва

Нитраты занимают основное место в лечении больных стенокардией. В последние годы уточнены показания и расширился спектр их применения, разработаны объективные методы оценки их эффективности, найдены способы преодоления толерантности к ним.

Нитраты, а точнее – нитровазодилататоры, это препараты, конечным продуктом превращения которых в организме является окись азота (NO), представляющая собой эндотелиальный релаксирующий фактор.

Антиангинальное действие нитратов объясняется, в первую очередь, их способностью расширять венозные сосуды и депонировать кровь в них. Вазодилатирующие эффекты нитратов объясняются расслаблением гладкой мускулатуры сосудистой стенки под влиянием оксида азота, высвобождающегося из этих соединений. Следствием этого является уменьшение притока крови к сердцу, уменьшение конечно-диастолического давления в левом желудочке и снижение потребности миокарда в кислороде. Некоторую роль в антиангинальном эффекте (особенно при вазоспастической стенокардии) играет также прямое дилатирующее действие нитратов на коронарные артерии.

Для нитратов характерна значительная индивидуальная вариабельность эффекта. Это выражается в значительном колебании величин их эффективных доз, а также в большом разбросе продолжительности их действия, что требует от практического врача объективизации эффекта конкретного препарата и индивидуального подхода при лечении нитратами.

Существует большое количество различных препаратов и лекарственных форм нитратов. Условно их можно разделить на препараты короткой продолжительности действия (до 1 ч), умеренно пролонгированного действия (от 1 до 6 ч) и пролонгированного действия (от 6 до 24 ч). К лекарственным формам нитратов относятся: оральные, которые проникают в кровоток через слизистую оболочку (таблетки, пластинки, аэрозоли); пероральные (таблетки, капсулы, принимаемые внутрь); трансдермальные (мази, пластыри, диски); инъекционные (инфузионные, внутривенные).

Основным средством для купирования приступа стенокардии остается **нитроглицерин** в таблетках для сублингвального приема. Эффект обычно наступает быстро через 1–3 мин, продолжительность действия до 30 мин. Если одна таблетка нитроглицерина приступ не купировала, то можно повторить его прием приблизительно с 5-минутным интервалом. Для снятия приступов стенокардии применяют и **аэрозольную форму нитроглицерина** (нитроминт, нитролингвал спрей и др.). Аэрозоль выпускается в баллончике, содержащем 0,2–0,4 мг препарата в одной дозе для ингаляции (всего во флаконе 200 доз).

Буккальные (щечные) формы нитроглицерина (**тринитролонг**) способны снять приступ стенокардии и одновременно обеспечить продление эффекта нитроглицерина в течение 3–5 ч. С профилактической целью можно наклеивать на щеку пластинку тринитролонга за 1–1,5 мин до начала физической нагрузки, вызывающей приступ стенокардии.

ТРИНИТРАТЫ (НИТРОГЛИЦЕРИНЫ)				
Препарат	Страна-производитель	Доза (мг)	Кол-во таблеток в упаковке	Кратность приема
Сустак форте	Россия	6,4	25	6,4 х 4 р.
Нитро-ник	Россия	6,5	30	6,5 х 4 р.
Сустак форте	Словения	6,4	25	6,4 х 4 р.
Нитронг форте	Россия	6,5	25	6,5 х 4 р.
Нитронг форте	Словения	6,5	25 и 100	6,5 х 4 р.
Нитронг форте	Франция	6,5	100	6,5 х 4 р.

Основные таблетированные препараты нитроглицерина представлены в табл. 1.

Для создания промежутка в действии лекарства при применении накожных лекарственных форм нитратов (**нитроглицериновых пластырей**) – депонита, нитродерма, нитродиска, нитродура и др., которые обеспечивают равномерное высвобождение нитроглицерина и проникновение его через кожу в системный кровоток, минуя печень, их рекомендуют наклеивать на кожу не более чем на 12–14 ч и удалять с кожи на ночь.

У больных ИБС улучшение систолической функции под влиянием **изосорбида динитрата (ИДН)** обусловлено его антиишемическим эффектом, благодаря снижению потребности миокарда в кислороде, уменьшению преднагрузки и улучшению перфузии субэндокардиальных отделов миокарда. Нежелательным свойством ИДН является его непостоянная биодоступность. Для трансдермального применения ИДН выпускается в виде аэрозольного баллончика, при нажатии на клапан которого на коже распыляется 30 мг препарата (изокет-спрей). В первые три дня терапии накожный аэрозоль ИДН наносят по одной дозе 1–2 раза в сутки, в последующем – по две дозы препарата 2 раза в сутки. Аэрозоль препарата легко проникает через кожу и всасывается в системный кровоток, продолжительность действия достигает 18–24 часов; причем в первые 9 ч после нанесения аэрозоля в системный кровоток поступает около 50% препарата. Однако такая форма препарата из-за высокого развития толерантности применяется лишь у больных ИБС с нестабильной стенокардией на протяжении первых нескольких дней заболевания. К буккальной форме ИДН относится отечественный препарат **динитросорбилонг** (в дозах 20 и 40 мг).

К обычным таблеткам **ИДН** для приема внутрь относятся следующие препараты: нитросорбид, изодинит по 10 мг, изо-мак, изокет либо кардикет по 20 мг (табл. 2). В настоящее время чаще применяют препараты пролонгированного действия: изокет ретард либо кардикет ретард в таблетках по 20, 40, 60, 80 и 120 мг; изомак ретард в капсулах по 20, 40, 60 и 120 мг, изосорб ретард в капсулах по 40, 60 и 120 мг.

Вместо ИДН в последние годы более широко используют различные лекарственные формы **изосорбида-5 мононитрата (ИМН)**, так как его антиангинальный эффект более продолжителен, чем эффект ИДН, однако этот эффект несколько слабее. Поэтому для получения достаточного антиангинального эффекта требуется более высокие дозы ИМН, но применять препарат можно реже (табл. 3). В отличие от ИДН, ИМН в обычных таблетках назначают по 20 и 40 мг (например, препарат эфокс, назначают 1 раз или 2 раза в сутки с интервалом между первой и второй дозами не более 7–8 часов).

Ретардные таблетки ИМН (эфокс лонг, мономак депо, моночинкве ретард, оликард ретард) рекомендуется принимать 1 раз в день в дозах от 40 до 240 мг. Минимальная эффективная доза ретардных таблеток ИМН составляет 50 мг.

Под толерантностью или привыканием понимают ослабление эффекта препарата при его регулярном приеме или потребность в увеличении дозы препарата для достижения того же эффекта. Чтобы избежать развития феномена толерантности к нитратам при длительной терапии, следует использовать довольно высокие дозы ИМН в ретардных формах.

Молсидомин (корватон, сиднофарм) отличается по химической структуре от нитратов, однако по механизму действия к ним очень близок (вазодилатирующий эффект связан в конечном итоге с образованием оксида азота). Препарат уменьшает напряжение стенки сосудов, улучшает коллатеральное кровоообращение в миокарде и обладает антиагрегационными свойствами. Сопоставимыми дозами ИДН и корватона являются 10 мг и 2 мг. Эффект корватона проявляется через 15–20 мин, продолжительность действия равняется от 1 до 6 ч (в среднем 4 ч). Корватон-ретард 8 мг принимают 1–2 раза в сутки, т. к. действие препарата длится более 12 час.

Инфузионные формы нитратов (нитро Мак 5 мг/5 мл, перлинганит 10 мг/10 мл, изокет 10 мл 0,1%) используют при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда.

Побочные действия нитратов связаны в основном с их вазодилатирующими свойствами. В первую очередь они проявляются головной болью, иногда достаточно интенсивной. При регулярном применении нитратов выраженность головной боли уменьшается, иногда она может полностью исчезать. Отчасти это связано с развитием привыкания к нитратам, однако, строгого параллелизма в ослаблении эффекта нитратов и ослаблении выраженности головной боли нет. Нитраты могут вызывать также сердцебиение, головокружение. Иногда после их приема может возникать значительное снижение артериального давления, возможно развитие коллапса. В последнем случае необходимо сразу придать больному горизонтальное положение и слегка поднять ему ноги, как правило, это быстро приводит к улучшению самочувствия больного.

У больных со стабильной стенокардией нитраты улучшают толерантность к физической нагрузке, увеличивают время работы до появления стенокардии, снижают величину депрессии сегмента ST при различных нагрузочных тестах. Оценка эффективности лечения нитратами должна основываться на обычных клинических методах, динамике параметров гемодинамики (изменении ЧСС и АД) и на использовании современных инструментальных методов, включающих парную велоэргометрию, повторное суточное мониторирование ЭКГ на фоне индивидуальной стандартно избранной физической активности, а также – на проведении в кардиологических стационарах стресс-эхокардиографии и радиоизотопных методов оценки микроциркуляции миокарда.

ДИНИТРАТЫ

Препарат	Страна-производитель	Доза (мг)	Кол-во таблеток в упаковке	Кратность приема
Нитросорбид	Россия	10	10	20 мг х 4 р.
Нитросорбид	Финляндия	20	30	20 мг х 3 р.
Кардикет	Германия	20	20, 50	20 мг х 3 р.
Кардикет	Германия	40	20, 50	20 мг х 3 р
Изокет	Германия	20, 40	50	20 мг х 3 р.
Кардикет	Германия	120 капс.	20	120 мг х 1 р.

МОНОНИТРАТЫ

Препарат	Страна-производитель	Доза (мг)	Кол-во таблеток в упаковке	Кратность приема
Эфокс	Германия	20	50	20 мг х 2 р.
Эфокс лонг	Германия	50	30	50 мг х 1 р.
МоноМак	Германия	40	50	20 мг х 2 р.
Оликард рет.	Германия	40	20 капс.	40 мг х1 р.
Моносан	Чехия	40	30	20 мг х 2 р.
Моночинкве	Италия	40	30	20 мг х 2 р.
Моночинкве ретард	Италия	50	30 капс.	50 мг х 1 р.

ТРАНДОЛАПРИЛ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Проф. В. И. Маколкин, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Детальное изучение патогенеза гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) в целом, самого механизма повышения артериального давления (АД) и поражения органов-мишеней способствовало разработке новых антигипертензивных препаратов. Весьма существенное влияние на сердечно-сосудистую систему и регуляцию АД оказывает ренин-ангиотензиновая система , центральным звеном которой является ангиотензин-II (А-II). А-II, обладая выраженным вазоконстрикторным действием (преимущественно на уровне артерий), вызывает увеличение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), стимулирует высвобождение альдостерона и приводит к задержке жидкости и повышению объема циркулирующей крови. Кроме этого, А-II стимулирует выброс катехоламинов и других нейрогормонов, является фактором роста для кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток сосудов.

Как известно, А-II образуется из А-I под действием ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Первый ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) каптоприл был создан четверть века назад (1975 г.). С тех пор синтезировано большое количество ИАПФ, отличающихся друг от друга химической структурой, фармакологической активностью, путями выведения, дозировками, частотой и выраженностью побочных эффектов. Препараты ИАПФ последнего поколения обладают высокой биодоступностью, длительным (более 24 часов) и равномерным в течение суток (коэффициент «конечный эффект/пиковый эффект» более 50%) действием, а также благоприятно влияют на показатели липидного и углеводного обмена и состояние органов-мишеней. К таким ингибиторам АПФ относится трандолаприл. Достоинством его является возможность приема один раз в сутки, т. к. продолжительность антигипертензивного действия составляет 48 часов, поэтому он обеспечивает максимальную защиту от осложнений, связанных с повышением АД в ранние утренние часы.

Цель проведенного исследования состояла в изучении влияния трандолаприла («Гоптен», Knoll, Германия) на гемодинамические показатели у больных гипертонической болезнью и оценке эффективности его в качестве антигипертензивного средства в условиях суточного мониторирования АД (СМАД).

В исследование были включены 34 пациента (18 мужчин и 16 женщин), средний возраст которых составлял 49,6±8,78, страдающие гипертонической болезнью I и II стадии (по классификации ВОЗ). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц такого же возраста. У всех больных после общеклинического и лабораторно-инструментального обследования исключалась симптоматическая гипертензия. Уровень диастолического артериального давления (на фоне отмены предшествующей антигипертензивной терапии в течение недели) колебался в пределах 95–105 мм рт. ст. (у 13 человек ДАД было менее 100 мм и 21 человека – 100–105 мм рт. ст.). Продолжительность заболевания (срок с момента выявления артериальной гипертензии) колебалась в пределах 3–14 лет. В исследование не включались лица, перенесшие инсульт, транзиторные ишемические атаки (давностью менее 6 месяцев), инфаркт миокарда (давностью 3 месяца), имеющие нестабильную стенокардию, клапанные пороки сердца, диффузные заболевания соединительной ткани, патологию печени и почек, непереносимость ИАПФ (в анамнезе). Всем больным до начала лечения и после его окончания проводилось суточное мониторирование АД и исследование центральной гемодинамики. Трандолаприл назначался в зависимости от исходного уровня АД в дозе 0,5–4 мг однократно утром. Общая длительность лечение составляла 4 недели. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся как по данным СМАД, так и при традиционном измерении АД. Измерения АД и ЧСС начинали в 9–10 утра. Интервалы между измерениями составляли 15 мин днем и 30 мин ночью. По данным СМАД анализировали усредненные показатели систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), ЧСС в период бодрствования, сна и за сутки в целом, стандартные отклонения в качестве вариабельности АД и ЧСС, показатели «нагрузки давлением» (процент измерений АД, превышающих верхнюю границу нормы в общем количестве регистраций). За норму приняты величины АД 140/90 мм рт. ст. днем, 120/70 мм рт. ст. ночью.

Перед началом лечения исследуемые пациенты предъявляли жалобы на головную боль (22 человека), головокружение (12 человек), сердцебиение и перебои в работе сердца (8 человек), боли в левой половине грудной клетки (10 человек), одышку при физической нагрузке (8 человек), снижение работоспособности (6 человек). Полностью отсутствовали жалобы у 6 пациентов.

После 4-х недельной терапии Гоптеном отмечена явная положительная динамика в состоянии больных как по клиническим проявлениям болезни, так и по объективным данным. Головные боли оставались лишь у 4-х пациентов, головокружение – у 3-х, перебои в работе сердца и сердцебиение – у 2-х, болевые ощущение в области сердца – у 2-х, одышка – у 2-х.

При анализе центральной гемодинамики выявлено достоверное снижение среднесуточного среднего артериального давления на 10,2% ($p<0,05$), ОПСС – на 16,8% ($p<0,01$). Ударный индекс уменьшился на 2,1% ($p>0,05$), ЧСС и сердечный индекс недостоверно увеличивались, соответственно, на 3,6% и 3,1%. Изложенное указывает на вазодилятацию, как ведущий механизм снижения АД, что совпадает с данными литературы.

По результатам СМАД на 10,9% ($p<0,05$) снизилось дневное САД, на 9,4% ($p<0,05$) ДАД; в меньшей степени, но также достоверно уменьшились ночные показатели (соответственно, на 7,3% и 8,8% для САД и ДАД). В ходе лечения наметилась недостоверная тенденция к увеличению ЧСС, больше в ночное время. Отмечено снижение вариабельности артериального давления, его амплитуды, особенно в часы бодрствования. Существенно уменьшилась гипертоническая нагрузка (доля измерений, превышающих норму) в течение суток.

В ходе оценки полученных данных хорошим результатом лечения считалась нормализация ДАД (снижение до 90 мм рт. ст. и ниже), удовлетворительным – при снижении ДАД на 10 мм и больше (но не до нормальных значений), неудовлетворительным – менее, чем на 10 мм или же отмечалось повышение АД. Больных, не ответивших на терапию в нашем исследовании не было. У 25 пациентов антигипертензивный результат расценивался как хороший, у 2-как удовлетворительный, у 7-как неудовлетворительный (снижение АД было менее 10 мм рт. ст.), в связи с чем необходимо было добавление к Гоптену других препаратов: у 4 больных – гидрохлортиазида в дозе 12,5–25 мг ежедневно, у 3 больных – изоптина-240 SR в дозе 120–240 мг. В процессе лечения двум пациентам, хорошо ответившим на лечение, потребовалась коррекция дозы Гоптена и добавление изоптина-240 SR в связи с появлением тахикардии. Наш опыт показывает перспективность сочетания Гоптена с антагонистами кальция (фенилалкиламинами), обладающими брадикардитическим действием, особенно при сочетании артериальной гипертензии с ИБС и наклонностью к тахикардии.

В ходе лечения трандолаприлом отмечена его хорошая переносимость, не было случаев отмены препарата. Побочные действия не отличаются от таковых при назначении других ингибиторов АПФ, но выражены в существенно меньшей степени.

КОРИНФАР: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Н. Н. Васильева, Институт клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ

В настоящее время у некоторых практических врачей, после публикаций работ и дискуссии в 1995 г. о неблагоприятном влиянии антагонистов кальция короткого действия на выживаемость при ИБС, появилось настороженное и даже отрицательное отношение к ним. Необоснованный отказ от применения этих препаратов послужил поводом для наших клинических исследований.

В простом рандомизированном контролируемом исследовании у 48 больных ИБС постинфарктным кардиосклерозом (инфаркт миокарда более 3 мес. от включения) со стенокардией и желудочковыми нарушениями ритма сердца в течение 12 мес. проведено лечение коринфаром (Asta Medica, Германия) в средней дозе 80 мг/сут (основная группа); контрольную группу составили 45 больных, не принимавших коринфар, лечившиеся нитратами, гипотензивными препаратами. Оценка лечения проводилась по клиническим показателям (частота приступов стенокардии) и данным инструментальных исследований (тредмил тест и результаты Холтер-мониторирования ЭКГ). Регистрировались также осложнения ИБС (летальные исходы, нефатальные инфаркты миокарда).

На фоне терапии коринфаром у больных основной группы со стенокардией отмечалось урежение приступов стенокардии напряжения через две недели с 17,5 до 8 приступов в неделю, через 12 месяцев сохранялась примерно такая же частота приступов стенокардии, составляющая 9 приступов в неделю. В контрольной группе существенных изменений частоты приступов стенокардии напряжения не отмечалось. Она исходно составляла 9,7 приступов стенокардии в неделю, а через год – 12.

Уровень систолического артериального давления в группе лечения коринфаром составил исходно в среднем 139,3±3,2 мм. рт. ст., в контрольной группе – 135,5±2,6 мм. рт. ст. Через 12 месяцев этот показатель в контрольной группе не претерпел существенных изменений (134,7±2,7 мм. рт. ст.). В основной группе терапия коринфаром обеспечила достоверное снижение уровня систолического и диастолического давления (в среднем на 13 и 6 мм. рт. ст. соответственно, $p<0,05$).

При анализе показателей тредмил теста оказалось, что достоверное увеличение ($p<0,001$) толерантности к физической нагрузке в основной группе как у больных со стенокардией напряжения, так и без нее отмечалось только после приема препарата.

Интерес представляют результаты холтеровского ЭКГ-мониторирования. Если исходно в основной группе желудочковые экстрасистолы градаций 1, 3 были у 31 больного (64,6%), в контрольной – у 29 больных (64,4%), а градации 2–5 имели 17 больных (35,4%) и 16 (35,6%) соответственно, то при повторной, через 1 год, регистрации ЭКГ в течение 24-х часов высокие градации желудочковых экстрасистол (по Lown и Wolf) не были выявлены у 12 (26,1%) больных основной группы и у 3 (7,8%) больных контрольной группы; градации 1, 3 зарегистрированы у 13 больных (28,3%) и 24 больных (61,5%); желудочковые экстрасистолы градаций 2–5 – у 21 больного (45,6%) и 12 (30,8%), соответственно. Эти данные свидетельствуют об отсутствии существенного влияния проводившейся терапии коринфаром на желудочковые нарушения ритма сердца.

Оценка в динамике биохимических показателей крови через 12 месяцев позволила придти к заключению об отсутствии значимых изменений в уровнях холестерина, триглицеридов и глюкозы натощак при приеме коринфара. Средний показатель холестерина до лечения был 6,54±0,2 ммоль/л, триглицеридов – 1,77±0,24, глюкозы – 5,22±0,15; после лечения холестерин – 6,69±0,2 ммоль/л, триглицериды – 1,92±0,18 ммоль/л, глюкоза – 5,27±0,13 ммоль/л ($p>0,05$).

За 12 месяцев терапии коринфаром в основной группе умер 1 больной (2,1%) от ишемического инсульта и перенес нефатальный инфаркт миокарда 1 пациент (2,1%). В контрольной группе внезапно умерло 2 человека (4,4%), от ИБС – 1 человек (2,2%) и 2 (4,4%) перенесли нефатальный инфаркт миокарда.

Мы применяли коринфар несмотря на появление препаратов антагонистов кальция длительного действия третьего поколения, которые выгодно отличаются от него, однако на практике приходится учитывать стоимость лекарственных препаратов, что не позволяет отказываться от менее дорогих и зарекомендовавших себя на протяжении трех десятилетий в лечении ИБС и гипертонической болезни форм.

Полученные нами отдаленные результаты наблюдений свидетельствуют о достоверном уменьшении частоты приступов стенокардии, отсутствии усугубления желудочковых нарушений ритма и тенденции к снижению возникновения повторного нефатального инфаркта миокарда в основной группе больных по сравнению с контрольной группой.

Исходя из наших данных, положительные результаты лечения можно объяснить тем, что использовавшиеся дозы коринфара обеспечивали достаточно высокие противоишемический и гипотензивный эффекты. Нами не отмечено существенных различий в частоте выявления желудочковых нарушений ритма во время 24-часового амбулаторного ЭКГ мониторирования и во время пробы с физической нагрузкой на тредмиле после проведенного лечения.

Таким образом, для вторичной профилактики внезапной смерти и, возможно, инфаркта миокарда у больных ИБС без сердечной недостаточности, помимо блокаторов бета-адренорецепторов, могут быть также рекомендованы антагонисты кальция. В то же время следует подчеркнуть, что антагонисты кальция не оказывают неблагоприятного влияния на состав липидов крови, уровень сахара, что и подтверждается в нашем исследовании.

В настоящее время у больных ИБС с артериальной гипертонией нет оснований для отказа от применения коринфара короткого действия в дозах 60–80 мг/сут для длительного регулярного приема при условии индивидуального подбора лечения и исключения неблагоприятного его сочетания с нитратами.

(Опыт годичного контролируемого применения нифедипина у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, со стенокардией и желудочковыми нарушениями ритма сердца более подробно изложен в статье, опубликованной в журнале «Кардиология» № 4 2000 г.)

ГЛАКСО ВЭЛЛКОМ

ЛАЦИПИЛ

Лацилил® Lacipil®

Таблетки по 2 мг и 4 мг

Состав препарата: Таблетки, содержащие 2 или 4 мг лацидипина в качестве активного вещества.

Показания к применению. Лечение артериальной гипертонии в качестве монотерапии или в комбинации с другими гипотензивными средствами, например с бета-блокаторами, диуретиками или ингибиторами АПФ (ангиотензин-превращающего фермента).

Механизм действия препарата

Фармакодинамика. Лацилил является специфическим и высокоэффективным блокатором кальциевых каналов из группы производных дигидропиридина и обладает преимущественным действием на кальциевые каналы гладких мышц сосудов. Главный эффект Лацилила состоит в расширении периферических артериол, уменьшении периферического сосудистого сопротивления и снижении артериального давления.

Фармакокинетика. После перорального приема лацидипин быстро, но в незначительной степени всасывается из желудочно-кишечного тракта, подвергается интенсивному метаболизму при первом прохождении через печень. Абсолютная биодоступность составляет приблизительно 10%. Пиковые концентрации в плазме достигаются через 30–150 мин. Лацидипин обладает очень высокой (более 95%) способностью связываться с белками плазмы. Элиминируется Лацилил главным образом посредством метаболизма в печени с образованием четырех основных метаболитов, обладающих незначительной фармакологической активностью. Примерно 70% от принятой дозы лацидипина выводится в виде метаболитов с калом, а оставшаяся часть дозы – в виде метаболитов с мочой.

Дозировка и способ применения.

Начальная доза составляет 2 мг один раз в сутки. При необходимости для достижения полного терапевтического эффекта возможно увеличение дозы Лацилила до 4 мг/сут, обычно по истечении 3–4 недель. Таблетки Лацилила следует принимать в одно и то же время, предпочтительнее утром, независимо от приема пищи. Лечение Лацилилом можно проводить в течение длительного времени.

Пациенты с нарушениями функции печени: у пациентов с нарушением функции печени коррекции дозы Лацилила не требуется. Следует соблюдать осторожность при применении Лацилила у пациентов с печеночной недостаточностью.

Пациенты с почечной недостаточностью: коррекции дозы Лацилила у пациентов с нарушением функции почек не требуется.

Пациенты пожилого возраста: у пациентов пожилого возраста коррекции дозы не требуется.

Противопоказания: гиперчувствительность к любому компоненту препарата.

Меры предосторожности. Как и другие антагонисты кальция Лацилил следует с осторожностью применять у пациентов с нарушением активности синоатриального и атриовентрикулярного узлов, с низким сердечным выбросом, у пациентов с нестабильной стенокардией и недавно перенесенным инфарктом миокарда. Следует соблюдать осторожность при применении Лацилила у пациентов с печеночной недостаточностью.

Беременность и лактация: Лацилил можно назначать во время беременности или кормления грудью только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода или новорожденного.

Влияние на вождение автомобиля и работу с механизмами: Данных о влиянии Лацилила на способность управлять автомобилем и работать с механизмами нет.

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и иные формы взаимодействия. Совместное применение Лацилила и других гипотензивных препаратов, например диуретиков, бета-блокаторов или ингибиторов АПФ, может оказывать аддитивный гипотензивный эффект. Концентрация лацидипина в плазме крови может повышаться при одновременном приеме циметидина. Как и другие препараты дигидропиридинового ряда, Лацилил нельзя запивать грейпфрутовым соком, поскольку это может снизить его биодоступность. Как было показано в клинических исследованиях, у пациентов с трансплантированной почкой, принимавших циклоспорин, Лацилил устраняет снижение почечного плазмотока и скорости клубочковой фильтрации, вызванное циклоспорином.

Побочные эффекты. Обычно Лацилил хорошо переносится. У некоторых пациентов могут возникать легкие побочные эффекты, связанные с расширением периферических сосудов: головная боль, приливы, отеки, головокружение и сердцебиение, которые обычно носят преходящий характер и, как правило, исчезают при продолжении приема Лацилила в прежней дозе. К редким побочным эффектам препарата относятся общая слабость, кожные высыпания (включая эритему и зуд), функциональные расстройства желудка, тошнота, полиурия и гиперплазия десен. Как и другие препараты дигидропиридинового ряда, у небольшого числа пациентов, прежде всего у пациентов с клинически выраженной ишемической болезнью сердца, Лацилил вызывает обострение стенокардии, особенно сразу после начала лечения. Лацилил не вызывает значимых изменений биохимических или гематологических показателей. В очень редких случаях он вызывает обратимое повышение уровня щелочной фосфатазы.

Передозировка. В медицинской литературе не описано случаев передозировки Лацилила. В случае передозировки рекомендуется принимать стандартные меры для мониторинга функциональной активности миокарда и проводить соответствующую поддерживающую терапию.

Хранение. Таблетки Лацилила следует хранить при температуре ниже 30°С, предохраняя от действия света, поэтому их следует вынимать из упаковки непосредственно перед приемом. Если пациент принимает половину таблетки, содержащей 4 мг Лацилила, оставшуюся половину следует хранить в оригинальной упаковке из фольги и использовать в течение 48 часов.

Форма выпуска: упаковки по 14 таблеток, содержащих 2 или 4 мг лацидипина

Регистрационный номер: П-8-242 № 005045.

Лацилил отпускается из аптек по рецепту врача.

Производство компании ***Glaxo Wellcome S. A.,*** Испания.

За информацией обращайтесь в Представительство компании Glaxo Wellcome в России по адресу: 117418, Москва, ул. Новочеремушкинская, д. 61, тел.: (095) 258 6722, (095) 258 6755, факс: (095) 258 6723.

GlaxoWellcome

ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

VII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» – мероприятие грандиозное. Побывать на всех заседаниях, симпозиумах, школах, семинарах, презентациях физически не удалось бы никому – слишком обширная была программа. Поэтому нам, журналистам медицинских изданий, оставалось лишь обмениваться впечатлениями, узнавать мнение участников и гостей. Этот материал не ставит целью рассказать обо всем (тем более, что уже издан многостраничный труд с тезисами всех основных докладов), а скорее – попытка передать настроение этих пяти солнечных апрельских дней.

В первую очередь всех интересовала формулярная система. Но пока представитель ВОЗ г-жа Холлоуэй делала свой доклад «Формуляр основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения: история создания, цели, задачи и перспективы использования в странах» довольно циничные медицинские журналисты обменивались мнениями: во сколько обойдется той или иной фирме «попасть в российский формуляр». И вообще, не выйдет ли, как в крылатой фразе: «Хотели, как лучше, а получилось, как всегда». Следует заметить, что многие непонятные до сей поры моменты, участникам конгресса удалось растолковать.

Проблемы охраны здоровья детей и лечения туберкулеза, также широко представленные на конгрессе, оказались напрямую связаны с другой – развитием отечественной фармацевтической промышленности. Именно для участия в тендере на поставку противотуберкулезных препаратов, который проводит Всемирный банк, отобраны четыре отечественных предприятия («Акрихин», «Брынцалов А», «Нижфарм» и Кардиологический научный центр). Одно из главных требований к участникам тендера – обеспечение при производстве лекарств стандартов GMP. (Напомним, что пока далеко не все отечественные предприятия способны соответствовать GMP, но в перспективе – заводы, которые не дотянут до этого уровня, вынуждены будут либо закрыться, либо перпрофилировать свою деятельность. Соответствующий совместный приказ Минздрава и Минэкономики уже подписан).

Если оценивать объемы фармацевтического рынка в рублях, то наблюдается его ежегодный рост. В прошлом году по розничным ценам он составлял свыше 50 миллиардов рублей. В этом году, по прогнозам цифра будет еще значительнее. Причем, количество отечественных препаратов (в ценовом выражении) увеличилось, импортных – сократилось.

Ожидается, что в скором времени в основном будут регистрироваться оригинальные высокоэффективные зарубежные препараты, так как рынок дженериков уже насыщен.

Интерес к медицинской выставке, проходившей в рамках конгресса, не иссякал. К представителям ведущих отечественных и зарубежных фирм подходили специалисты – врачи, фармацевты, студенты-медики, люди с медициной напрямую не связанные, интересовались новыми разработками, получали сувениры, буклеты, приглашения на семинары.

Так, интерес вызвал симпозиум, посвященный антедепрессанту нового поколения Профлузаку (флуоксетин-акри), выпуск которого начал «Акрихин». Профессора Ю. А. Александровский (НИИ им. Сербского) и А. М. Вейн (Клиника головной боли), которые вели это мероприятие, хотя и не сходились во мнении, что первично, а что вторично – боль или депрессия, тем не менее, высокое качество этого препарата отметили.

Вообще, фармацевтических новинок на этот раз было много. Все это свидетельствовало о том, что после печально известного всем августовского кризиса, положение отечественных производителей лекарств стабилизировалось, предприниматели потихоньку приходят в себя. Более того – их «эмиссары» присутствовали практически на всех мероприятиях под рубрикой «Поиск и создание новых лекарственных средств», а это знак хороший. Ведь еще несколько лет назад директор НИИ фармакологии РАМН С. Б. Серединин признавался, что новейшими научными разработками института интересовались лишь иностранные предприниматели. Быть может скоро и «за державу обидно не будет».

Много еще можно было бы рассказать о различных мероприятиях на конгрессе, но предоставим слово его непосредственным участникам, тем для кого во многом он и задумывался организаторами – Минздравом, Миннауки, РАН, РАМН, фондом «Здоровье человека».

Мнения участников

Павел Титов, москвич, недавний выпускник фармфакультета ММА им. Сеченова:

– Приятно удивился, когда узнал, что почетным президентом конгресса является Михаил Давыдович Машковский. Сколько поколений отечественных врачей учились по его книге «Лекарственные препараты»! И хотя сегодня появились другие, может быть более полные перечни лекарственных средств, основу знаний, конечно же, заложил сборник Михаила Давыдовича.

Отмечу одну важную, на мой взгляд, мысль, высказанную на конгрессе. Ни в коем случае нельзя упрекать врача за то, что он отмечает в карте больного неожиданные побочные действия того или иного лекарственного препарата – нужно благодарить его за это. Но, боюсь, до осознания этого не скоро дойдут горе-руководители от медицины, которым ой как не хочется создавать себе лишние проблемы.

Наталья Денисова, хирург, Подмосковье:

– Для меня в первую очередь был интересен симпозиум, посвященный баллонной ангиопластике, который вели такие известные в медицине люди, как Акчурин и Иоселиани. Но с большим вниманием прослушала и курс лекций по педиатрии – в семье растет маленькая дочь, и все почерпнутые знания в этой области никогда не будут лишними.

Татьяна Никитина, терапевт, Мурманск:

– О конгрессе узнала случайно, когда находилась проездом в Москве. Но пропустить семинар по семейной медицине не могла – пришлось задержаться. Эта тема меня интересует давно. А москвичам немного завидую – у них есть возможность посещать подобные мероприятия достаточно часто, но, по-моему, они это не ценят.

Согласиться с последним мнением можно лишь наполовину – ценят и ходят московские медики на конгрессы. Но нельзя упускать из виду, что они – люди, в общем-то, медицинской информацией не обделенные. А вот то, что на конгрессе «Человек и лекарство» было крайне мало специалистов из других российских городов – факт. И это, пожалуй, один из немногих его недостатков.

Дмитрий Виноградов

Врачу: исцели себя сам!

Открытое письмо «Общества защиты интересов медицинских работников»

Благополучие медицины развитых стран всегда вызывало у российских врачей добрую профессиональную зависть. Работать в хорошо оснащенной клинике, иметь достойную зарплату и социальные гарантии, ощущать уверенность в своем профессиональном росте, чувствовать уважение к своему труду со стороны пациентов – эмоции, большинством отечественных медиков не пережитые. Сегодня все понимают, что между возможностями современной Медицины и реальностью отечественной системы здравоохранения – огромная пропасть. И над этой пропастью, без всякой страховки, на очень тонкой, но безумно крепкой веревочке, свитой из любви к своей профессии и сочувствия к пациентам, балансирует Российский Доктор.

Как изменить ситуацию? Есть один проверенный путь – создание независимых профессиональных организаций, способных объединить работников медицины всех специальностей для проведения радикальных реформ отечественного здравоохранения. Именно такую высокую цель ставит перед собой московская региональная общественная организация «Общество защиты интересов медицинских работников». Это в перспективе, а сегодняшние задачи организации более конкретны: разработать и внедрить программы, направленные на повышение профессиональной и социальной защищенности медиков.

«Общество защиты интересов медицинских работников» совместно с Гильдией Российских Адвокатов разработало и уже использует на практике программу юридической и адвокатской помощи, в рамках которой медицинский работник имеет возможность не только получить квалифицированную юридическую консультацию по различным вопросам, но и воспользоваться помощью адвоката в случае судебного конфликта.

Уже действует программа страхования профессиональной ответственности и профессионального риска. В ней предусматривается как коллективное страхование лечебного учреждения, так и индивидуальное добровольное страхование его работников. За счет средств страховых компаний гарантируется, например, возмещение материального ущерба пациенту, предъявившему справедливые претензии (сейчас на эти цели расходуются и без того скудные средства ЛПУ), а так же компенсация ущерба медицинскому работнику, в случае заражения его вирусами иммунодефицита и гепатита при исполнении служебных обязанностей.

В работе находятся проекты по созданию кассы взаимопомощи, компьютерной базы данных о кадровых вакансиях, жилищная программа и программа кредитования в сфере медицинского бизнеса.

Безусловно, эти разработки лишь частично решают проблемы правового вакуума в медицинской сфере, но ведь мы только в начале пути! Надо идти дальше. Мы отдаем себе отчет в том, что без участия широкой общественности и, прежде всего, наших коллег – Обществу не обойтись. Поэтому обращаемся за помощью и поддержкой к тем, кто понимает: корпоративная ответственность и солидарность – единственная возможность кардинально решить большинство наших проблем, залог нашего процветания, профессионального и социального благополучия.

С уважением
«Общество защиты интересов медицинских работников»
Президент Г. Власов
Вице-президент М. Белинский

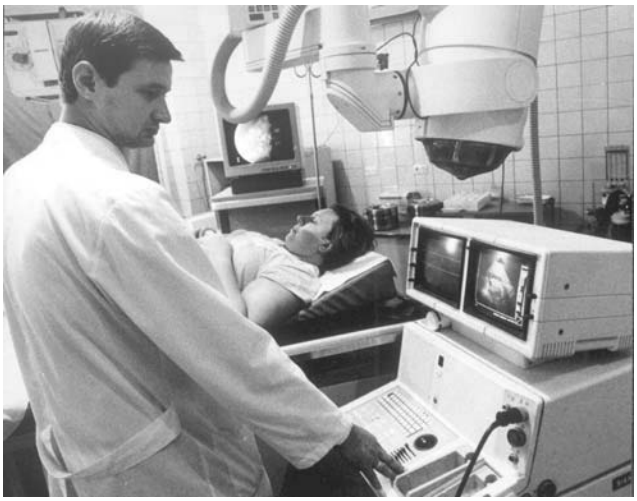
НОВОСТИ

По итогам семинара врачей-аллергологов, прошедшего недавно в Сочи, и 7-го конгресса «Человек и лекарство» состоялась расширенная пресс-конференция, на которой была представлена информация о новых подходах к терапии аллергических заболеваний.

По данным ВОЗ каждый третий человек на Земле страдает той или иной формой аллергии. За последние два десятилетия число заболевших увеличилось почти в четыре раза. Важную роль в ее развитии играет наследственность, а также факторы стиля жизни, особенности питания, климатические условия и экология.

Первое сообщение об аллергии сделал англичанин Джон Бостоск в 1819 году, но только в 60-е годы нашего столетия появились лекарственные средства, способные заметно облегчить страдания больных.

К числу лекарств первого поколения относятся диазолин, супрастин, тавегил, ко второму поколению – кестин, кларитин, зиртек и др. В начале 90-х появилось третье поколение антигистаминных средств, обладающих наиболее оптимальным соотношением «польза-риск», то есть высокой эффективностью и безопасностью. Первым антигистаминным препаратом третьего поколения является **Телфаст**. В отличие от своих предшественников, он не обладает седативным эффектом, а главное – не оказывает отрицательного воздействия на внутренние органы. Этот препарат уже прошел клинические испытания в научных центрах России и поступил в аптеки.



Ведущие гастроэнтерологи России подвели итоги работы «круглого стола» по теме: «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь на рубеже тысячелетий». В обсуждении приняли участие проф. О. Минушкин, А. Шептулин, Ю. Васильев, к. м. н. П. Ерашенко и др.

Специалисты склоняются к мысли, что XXI век будет веком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Основные ее симптомы: изжога, отрыжка, боли в верхней части живота. К сожалению и пациенты, и врачи не уделяют этому заболеванию серьезного внимания, зачастую лечат его неправильно. Между тем ГЭРБ может привести к серьезным осложнениям, в том числе к злокачественным поражениям пищевода.

В связи с важностью проблемы Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация предложила разработать социальный проект по лечению пациентов с ГЭРБ, где основной акцент делается не на лечение, а на профилактику заболевания, предотвращение осложнений. По мнению членов ассоциации, успех проекта обеспечит существенный прогресс отечественной гастроэнтерологии.

На брифинге были доложены и обсуждены результаты клинических испытаний препарата **Париет**, разработанного для лечения ГЭРБ.

Надежда Павловна Лебкова – доктор биологических наук, профессор, член Нью-Йоркской Академии наук, автор многочисленных публикаций в области ультраструктурной патологии. В Российской медицинской академии последипломного образования, где она работает почти сорок лет, ее знают и ценят не только как целеустремленного ученого, но и как тонкого лирического поэта. Стихи Надежда Павловна пишет со школьных лет. Помимо публикаций в периодических изданиях и литературных сборниках, несколько лет назад вышла ее книга «Непокорные рифмы и звуки». Мы публикуем стихи из этого сборника и одно совсем новое, посвященное 55-летию Победы в Великой Отечественной войне.

«Расскажи мне про Победу...»

ДЕДУШКА И ВНУЧКА

Подойду тихонько к деду
И пристроюсь с ним я рядом.
«Расскажи мне про Победу
В том далеком сорок пятом».

Дедушка вздохнет украдкой
И рассказ начнет печально.
Но не о салюте ярком,
А о днях войны начальных.

О дорогах, по которым,
Снег и грязь меся ногами,
Долгие четыре года
Наши воины шагали.

Фото фронтового друга,
Павшего в бою покажет.
Только о своих заслугах
Ничего почти не скажет.

Я прижмусь поближе к деду,
Тереблю его медали.
За Великую Победу
Их ему так много дали.

***

Мы помним фронтовые даты.
И память прошлого остра,
Когда и врач и медсестра
Сражались, как солдаты.

Они в окопе и в землянке
Спасали раненных бойцов.
От пуль не прятали лицо.
На мины шли, под танки.

Сменив на клиники санбаты,
Врачи и сестры вновь в строю.
И в мирных днях они – солдаты.
Они всегда
за жизнь
в бою.

***

Кружится глобус, кружится
Много веков и лет.
Рек в голубое кружево,
В ленты дорог одет.

Горы, мерзлоты вечные,
Степи, леса, моря...
Там уже дело к вечеру,
Здесь – занялась заря.

Летом, зимой и осенью
Шар наш земной хорош.
То зеленеют озими,
То колосится рожь.

То он в зарничных всполохах,
То он в разливах рек...
Не для огня и пороха
Создан на нем человек.

МАТЬ

Ты раскрыла в душевном смятенье
Треугольный, без марки конверт
И застыла на миг в иступленьи.
Слез твоих мы не видели, нет.

Помню, как мы тогда присмирели.
Зря пыталась ты нас обмануть.
Твои волосы вдруг побелели,
Ростом стала пониже чуть-чуть.

Сколько горя, отчаянья, муки
Ты узнала в те страшные дни.
Загрубели любимые руки:
Днем и ночью трудились они.

Лебеду нам варила к обеду.
И косить успевала, и шить.
Вера в Правое Дело, в Победу
Помогла тебе все пережить.

Но тревога осталась во взоре
За своих сыновей и чужих.
Не забыть материнское горе
Ни на день, ни на час, ни на миг.

НЯНЕЧКА

«Приподнимись-ка, поправлю подушку.
Глубже дыши. Понапрасну не плачь.
Ждешь-то кого: паренька иль девчушку?
Муж у тебя – инженер или врач?
Он ничего из себя, интересный.
Чем-то на Петю похож моего.
Видный такой он был, ласковый, честный.
Да в сорок третьем убили его...»

...Годы проходят, и дочь подрастает.
Будет постарше – поведаю ей,
Что – незаметная ты и простая –
Значишь для жизни ее и моей...

БОЛЬНИЦА

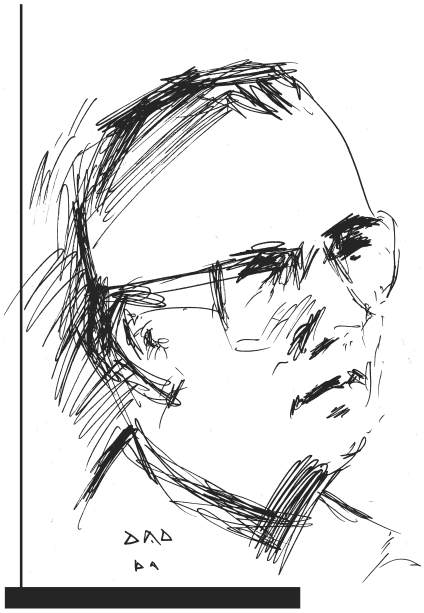
Вхожу в приемную больницы,
Что издавна зовут «покой».
И надо ж было умудриться,
Чтоб термин выдумать такой.

Покой врачу лишь только снится
На линии передовой.
Как поле ратное, больница:
За жизнь идет здесь вечный бой.

И день и ночь сраженье длится.
Ты и разведчик и связной.
Тот, кто опасности боится,
Пусть выбирает путь иной.

Но что с той радостью сравнится,
Когда отступит лютый враг.
Когда больных светлеют лица,
И исчезают боль и страх.

Больной уснул –
Врачу не снится.
Он – вечный страж.
Он – постовой.
Как поле ратное – больница.
За жизнь идет в ней
вечный бой.



Записки доктора Кука

Михаил Анатольевич Кукулевич – детский врач, реаниматолог, врач скорой помощи, судовой врач, главный врач детской неотложки. А еще он поэт, бард, а с недавних пор и беллетрист. Уже вышла первая книга, готовится к выходу вторая. Сегодня мы продолжаем публикацию отрывков из книги, которая еще только начинает складываться.

1

Я никогда не забуду этот погожий августовский день. Наш реанимобиль лениво катил с обеда, и вдруг затрещала, загудела рация: «172-я, 172-я. Ответьте «Рефлексу».

– 172-я слушает!

– 4-й микрорайон, во дворе дома № 5, на стройке. Придавило плитой. Как поняли?

– «Рефлекс», вас понял, 4-й микрорайон, дом 5, во дворе.

Послеобеденное сонное оцепенение как рукой сняло. Шофер врубил сирену и 172-я, ласточка наша – с большой синей полосой на борту и гордой надписью «реанимобиль», помчалась в сторону новостроек. Надо сказать, что с сиреной мы и тогда ездить не любили – больше надеялись на мастерство водителей. А сейчас, наверное, тем более: «крутые водилы» на медицинскую сирену чихают – они никого, кроме себя, не видят и не слышат.

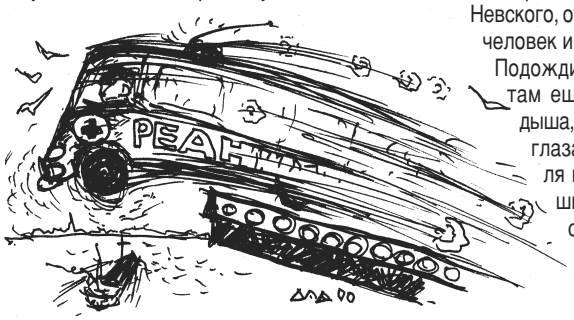
Но тогда нами овладело какое-то щемящее предчувствие. И оно не обмануло.

Мальчишка лежал на бетонной плите, а вторая висела над ним. Просвет между плитами был достаточным, и в первое мгновение я не понял, почему его не вытащили рабочие. Но, подойдя ближе, все понял и струйка холодного пота поползла за ворот: плиты не соприкасались благодаря толстым стальным прутьям. И один такой прут, пройдя через поясницу, прошил пацана насквозь. В голове у меня щелкнул компьютер и стал просчитывать варианты, один страшнее другого.

Позвали автогенщика, он осторожно отпилил штырь от основания и мы, не дыша, на одеяле, перенесли пацана на носилки. Он лежал весь белый и смотрели на нас с каким-то страшным безразличием. Так смотрят больные в тяжелом шоке. Давление практически не определялось, пульс – еле-еле, на шее и в паху. Оцепенение наше прошло, во все, во что можно, начали рекой вливать кровезаменители. Щеки мальчишки чуть порозовели, появился пульс на запястье. «Вася!» – кивнул я шоферу. Он плавно-плавно начал разворачивать машину, осторожно, минуя кочки, выехал на асфальт, а потом тихо сказал: «Держись, ребята!» Над головой завыла сирена, замигал синий огонь, и мы помчались! Через 15 минут пацан лежал на операционном столе и самая наша опытная бригада хирургов с некоторой обескураженностью смотрела на металлический штырь, прорвавший и почку и нижнюю полую вену. Описывать, что они сделали, я не буду, но через месяц после этих событий Игоря, так звали нашего героя, выписали из клиники. «Ох, опоздай вы на пару минут!» — только и пробурчал ответственный хирург.

2

Приходилось ли вам когда-либо прыгать на тяжелом РАФе через не до конца сведенный мост? Ощущение не из приятных, но выбора у нас не было. Давление в автономной кислородной системе было на пределе, а в машине задыхалась двухлетняя Маша. В нашем распоряжении было минут 15, чтобы перескочить на другой берег Невы и срочно доставить ребенка туда, где ей могли оказать необходимую помощь. Как назло, до сведения мостов оставалось еще минут 10. Ждать нельзя, поэтому созвонились с Центром, Центр – с теми, кто обеспечивал проводку судов по Неве и сводил-разводил мосты, те быстро дали добро. Мы помчались к Кировскому мосту, разводной пролет которого сводился по вертикали. Ограждение для нас заблаговременно сняли, машина влетела на мост и… прыгнула с не знаю какой высоты, на основную, не разводящуюся часть. Рессоры охнули, машина на секунду замерла, но затем с воем помчалась по Кировскому. Когда мы въехали в ворота клиники и остановились, я машинально посмотрел на часы: успели за одиннадцать с половиной минут… По счастью, система искусственного дыхания осталась в порядке, щеки ребенка сохраняли столь желанный для нас розовый цвет. Вернувшись к машине я глянул на водителя: его лицо было белее полотна, а руки, судорожно сжимавшие баранку, не хотели разжиматься.



3

Как вы думаете, чем должен быть оборудован реанимобиль? Ну, дыхательной аппаратурой, конечно. Капельницы должны быть, растворы, заменяющие кровь. Лекарства всякие сильнодействующие. Шины, бинты. Ну, все, можно ехать? Как бы не так, а платочек чистенький, уголком свернутый в кармашке халата или пиджака водителя забыли? При чем здесь носовой платок?! Как это при чем?

Время – ближе к полуночи. Место действия – Невский проспект. Грузина, видимо перепившего киндзмараули, подцепила крылом «Волга». Он лежит на асфальте с переломанным бедром. Мы осторожно (может быть шок) вводим обезболивающие, шинируем, перекладываем на носилки. Он стонет и все время повторяет: «Вы со мной поосторожнее. У меня мама большой человек в Тбилиси – она главный гинеколог-стоматолог». Фельдшерица Лидочка прыскает, налаживая капельницу. Все готово, можно ехать.

В это время с противоположной стороны Невского, от Владимирского, к нам бежит человек и громко кричит: «Подождите! Подождите!!» Мы ждем: господи, что там еще? Наконец мужик, тяжело дыша, обливаясь потом и вытаращив глаза, подбегает к окошку водителя и умоляющим шепотом спрашивает: «У вас ничего нет от насморка?». Немая сцена… Вася, наш невозмутимый шофер, достает из бокового кармаш-

ка пиджака сложенный треугольником носовой платок и молча подает его оторопевшему гражданину. Машина срывается с места и мчится в Институт скорой помощи на Петроградскую. А вы говорите!

4

Самая лафа – получить задание подежурить во время какого-нибудь массового мероприятия. Жаркий майский день, какие нечасто бывают в Питере в эту пору. На липах из клейких почек уже проклюнулись нежной зеленью такие же клейкие листочки. Нева уже чистая, ладожский лед успел пройти. Машина стоит на красном песке садика возле Зимнего. На раскаленном асфальте Дворцовой площади – шеренги пионеров (белый верх, синий низ, алые галстуки). У девчонок в косах шикарные белые капроновые банты. Стоят долго – уже часа два – идет День пионерской организации. Некоторых детей привезли сюда из области – они с самого утра на жаре, без воды и питья. Периодически то тут, то там кто-то бу-

хается в обморок. Мы отпаиваем их из ведра охлажденным сладким чаем и укладываем отдохнуть в тенечке на носилках. Пионеры долго не лежат – вскакивают и бодро плетутся в строй. Праздник продолжается – репродукторы над Дворцовой орут бодрые марши.

5

С некоторых пор я перестал любить торт «Сказку». Невеселая это история, совсем грустная. Ну-ка, скажите мне, в чем главное отличие старых холодильников от новых? Да нет, дизайн, объем и т. д. здесь не при чем. Главное – ручка. В отличие от новых холодильников, где дверца просто прилипает к камере, в старых замок был механический и открывался только снаружи. Просто никому в голову не приходило, что кто-то может залезть внутрь морозильного агрегата. Как оказалось, зря. …Семилетний Андрей был мальчиком спокойным и рассудительным. Родителям приходилось иногда оставлять его на пару часов дома одного и никогда ничего плохого не случалось. В тот день Андрюша пришел из школы, быстро сделал уроки, посмотрел телевизор. Мультик про космонавтов был просто классный. Андрюшка пошел на кухню попить молока и увидел в прихожей… настоящий космический корабль – это папа подготовил к отправке на дачу старый холодильник «ЗИЛ». Мальчик взял подаренный отцом компас, стащил с полки атлас звездного неба и залез в звездолет. Потянул на себя дверцу, она щелкнула и закрылась. «Поехали!!» крикнул Андрюшка. Воздух кончился уже через тридцать минут.

Отец встретил жену возле работы с цветами и тортом. У нее удачно прошла защита проекта и они хотели дома отметить этот праздник. Они не торопясь шли по улице, было тихо и безветренно, ярко светила полная луна. Андрюшка не выбежал их встречать и сердце у отца сжалось в немыслимом предчувствии. Не вполне понимая, что делает, он шагнул к холодильнику и рванул ручку вниз.

Машин на подстанции в тот момент не было, только микропедиатрический реанимобиль с кувезом сиротливо стоял у крыльца. Звонок с Центральной станции застал меня в кабинете – был конец года и я рылся в бумажках, готовясь к годовому отчету. «Да, но у меня никого нет!» – сказал я и тут же стал одевать шинель. Мы поехали с молодым доктором микропедиатром, судорожно соображая, что можем сделать при таком специфическом оборудовании. Когда мы ворвались в квартиру, стало ясно, что делать уже ничего не надо. Мы переглянулись с доктором и, оценив ситуацию, тут же начали заниматься реанимацией... его мамы… Когда мы уходили, отец протянул нам тот самый тортик «Сказка». Мы спустились по лестнице, мой напарник открыл крышку мусоропровода и аккуратно опустил туда эту веселенькую коробку.

6

Маша Иванова жила с мамой во дворе огромного дома на 7-й линии Васильевского острова. Снаружи дом был красивым, облицованным керамической плиткой: его построил на свои средства в начале века аптекарь Пель. Но у Маши с мамой квартирка была сыроватая и темноватая, и пятилетняя девчушка часто болела – гланды у нее были ни к черту. Естественно со мной, своим участковым педиатром, Маша подружилась, приходов моих всегда ждала и как-то по-своему к ним готовилась.

В тот короткий декабрьский день вызовы меня просто замучили. Я бегал, не успевая застегнуть пальто, взмокший и усталый по лестницам 7-й линии: звонил в дверь, мыл руки, осматривал, прописывал рецепты и бежал дальше. Притормозить мне пришлось в доме № 30. Там сидело на кровати тощенькое существо лет четырех, с ватной повязкой на шее. Скрестив и поджав под себя ноги, существо с закрытыми глазами раскачивалось справа налево и монотонным голоском стонало: «Ой-ей-ей, голлыско болит! Ой, мое голлыско болит!!» И так без продыху. На столе лежала записка: «Доктор, извините, побежала в аптеку, подождите меня, пожалуйста!» Пришлось кашлянуть, чтобы существо открыло глаза. Потом я поил его теплым молоком с маслом, потом мы играли на кровати в солдатики. Мать пришла только через 40 минут – в аптеках в связи с эпидемией были очереди. Я быстренько рассказал ей, что делать, накинул пальто и побежал на последний вызов – к Маше. Часы на углу Большого показывали без четверти девять.

Задребезжал звонок, Машина мама охнула, увидев мой запаренный вид, помогла раздеться и тут же повела на кухню пить чай, как я ни отнекивался. За чаем я и рассказал ей об игре в солдатики.

Подхожу к Маше. Она лежит лицом к стенке, на все мои уговоры повернуться и дать себя послушать не реагирует и только что-то бурчит себе под нос.

– Машка, сейчас же прекрати! – строго сказала мать – Михаилу Анатольевичу некогда!

– Да, некогда ему! Пока он там наиграется, тут умереть можно!!

И отчаянно, горько заревела, уткнувшись в подушку. Нечего и говорить, что и на этом вызове мне пришлось задержаться.

7

Родители иногда пребывают в некоем мистическом страхе перед своим дитятей. И их можно понять. Квартира новых русских блестела евроремонтом и кучей разных прибамбасов. Неотложку они вызвали, потому, что их драгоценное дитя слегка закашляло.

– Доктор! – страшным шепотом засвистела мне в ухо пышнотелая мать, – он у нас совершенно не дается врачам! Такой поднимает шум! Еще никому не удалось его ни разу как следует осмотреть!

Папа, огромный великан в роскошном халате сиреневого цвета, стоял рядом и смущенно поддакивал.

– Ладно, уж как-нибудь! – проворчал я.

Войдя комнату, я не стал обращать никакого внимания на сверкающего на меня черными глазами маленького чертенка в розовой с цветочками пижаме. Он забился в угол своего диванчика и, сдвинув брови, выжидающе на меня посматривал. Честное слово, если бы взглядом можно было убить, дети Перовского района столицы в этот день не дождались бы помощи от своего неотложного доктора. Но я выдержал. Не обращая никакого внимания на мальчишку, я методично и не торопясь осмотрел огромного бегемота, потом – игрушечную лохматую собаку, потом – жирафа со сломанной шеей. Полечив всех животных, я сложил фонендоскоп и начал укладывать его в саквояж. Потом встал и пошел к двери, на пороге оглянулся: в глазах чертенка застыло что-то похожее на изумление.

– А меня-то посмотреть?! – почему-то шепотом спросил он.

Пульс издательство

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

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

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

Контактный тел./факс 465 4854 399 8493.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральный научно-исследовательский институт медицинских проблем формирования здоровья ФНИИ МП ФЗ
103001, Москва, Б. Патриарший пер., д. 3
Тел.: 209 2449, 209 2884, факс: 209 2903

Объявляется конкурс на замещение вакантных должностей.
Организационно-методический отдел с Центром последипломного образования и консалтинга в здравоохранении:
– заведующий отделом – 1
– ведущий научный сотрудник – 2
– старший научный сотрудник – 2
– научный сотрудник – 1

ЦЕНТР ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
предлагает справочник
«АПТЕЧНЫЕ ПРЕДПРИЯТИЯ МОСКВЫ – 2000»
В справочник включены сведения о 511 аптеках и 27 аптечных складах.
По вопросам приобретения обращаться по адресу: 103031, Москва, ул. Неглинная, д. 9, стр. 1, 3 этаж.
Проезд: М. «Кузнецкий мост», «Театральная», «Охотный ряд».
Справки по телефонам: 921 9723, 925 0990, факс: 923 1115.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ МОЛОДЕЖНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «100%»

БЕСПЛАТНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

737 6868 (58)

HOSPITAL Больница
тел./факс: 465 4854
www.hospital.da.ru;
E-mail – hospital@dataforce.net

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

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

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

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.
Главный редактор Г. Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854
www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net
Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»
© Газета «Больница»

ЦЕНА ДОГОВОРНАЯ

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНИТИ: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403; тел.: 554 2186
Подписано в печать 17.05.2000 г. Тираж 10000 экз. Заказ №