

# НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!*

# БОЛЬНИЦА

№ 6-7  
1999

## НАУКА И ПРАКТИКА

ИНСТИТУТ  
КЛИНИЧЕСКОЙ  
КАРДИОЛОГИИ ИМ.  
А. Л. МЯСНИКОВА  
РКНПК МЗ РФ

СТР. 4-11

Препараты для  
лечения  
серечно-  
сосудистых  
заболеваний

СТР. 12-16

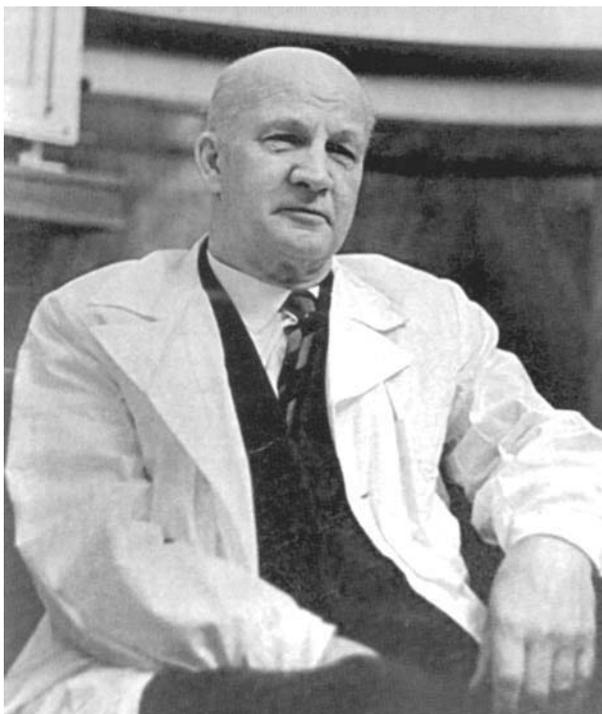
*Е. И. Чазов*  
страницы из  
книги  
**“Истоки”**

СТР. 18-21



Академик Ю. Н. Беленков: “Современная технология лечения больных с заболеваниями сердца подразумевает все больший и больший акцент на амбулаторное лечение”.

Стр. 4-5



## Российский кардиологический научно-производственный комплекс (РКНПК) Минздрава РФ. I Всероссийская конференция по проблемам атеросклероза, посвященная 100-летию со дня рождения А. Л. Мясникова

Александр Леонидович Мясников – выдающийся ученый, один из тех кто соединил нашу советскую медицину с международной. Его работы в области изучения гипертонической болезни и атеросклероза получили широкое признание в мире. Недаром Мясникову была вручена высшая награда Международного общества кардиологов – “Золотой стетоскоп”.

Искренно, с большой любовью о своем учителе рассказал Генеральный директор РКНПК академик Евгений Иванович Чазов. Проблему атеросклероза Мясников начал изучать в ранней молодости и продолжал всю свою жизнь. В 1924 году в журнале “Терапевтический архив” появляется его статья “Клинические наблюдения холестеринемии при атеросклерозе” – одна из первых работ подобного рода в мировой практике.

Несколько десятилетий все наши ученые находились в плену “инфильтративной” те-

рии Аничкова, революционной для своего времени. К концу 50-х годов появилась масса вопросов, которые не укладывались в эту теорию. Серия работ по изучению сосудов, проведенная в Институте терапии под руководством Мясникова, показала, что в развитии атеросклероза ведущую роль играет не только холестерин, но и состояние сосудистой стенки. Молодому Евгению Чазову Мясников поручил доложить эти результаты на научной конференции в 1963 году. Этот доклад был разгромлен коллегами в пух и прах, но после конференции Мясников

атеросклеротический процесс идет с активным участием артерий, а сама болезнь обусловлена генетическими особенностями обмена. Это научное открытие заставило ученых пересмотреть свои взгляды на атеросклероз.



предложил своему ученику продолжить исследование.

В 1965 году появилась монография Александра Леонидовича, где обращалось внимание на то, что артериальная стенка не является пассивным объектом отложения холестерина,

Конечно, за 34 года, минувшие со смерти Мясникова, произошли колоссальные перемены в вопросах изучения механизмов болезни, диагностики, лечения. Появились ультразвук, магнитно-резонансная и электронно-лучевая томография. Академик Чазов вспомнил международный конгресс кардиологов в 1982 году и ехидный вопрос журналистов: “Ну, а лечить-то атеросклероз вы когда-нибудь сможете?” Отвечая, Чазов тогда сказал, что в ближайшее десятилетие непременно появятся средства для предупреждения и лечения атеросклероза. Теперь все знают, что он оказался прав.

Прошедшая конференция переросла рамки российской, в ней приняли участие уче-

ные из Белоруссии, Грузии, Киргизии, а также коллеги из дальнего зарубежья. Патриарх изучения атеросклероза в нашей стране академик РАМН Анатолий Климов выступил с докладом “Эволюция холестериновой теории от Аничкова до наших дней”. Он отметил, что холестерин “повинен” не только в развитии атеросклероза, но и в ряде других заболеваний, и при этом он играет важнейшую роль в организме, в частности, в построении клеточных мембран, желчных кислот. На пользу или во вред обратится холес-

диагностики по принципу “да – нет”. Золотым стандартом по-прежнему остается коронарография, но и она лишь приблизительно показывает характер бляшки. Пожалуй, только ультразвук высокого разрешения и достаточной мощности позволяет четко представить картину заболевания. Внутрикoronарная ультразвуковая диагностика требует введения ультразвукового датчика непосредственно в коронарный сосуд, благодаря чему удается оценить состояние сосудистой стенки.



терин, зависит от того, какая его форма в организме господствует, с какими белками он связан.

В докладе академика РАМН Ю. Н. Беленкова шла речь о современных методах диагностики атеросклероза, очень дорогих, но способных радикально улучшить прогноз. Дело в том, что существующие сегодня методы инструментальной диагностики атеросклероз как таковой не выявляют. Например, компьютерная томография позволяет визуализировать лишь миокард и участок в 5–7 см от начала аорты, но самого важного для диагностики атеросклероза – сосудистой стенки – врач увидеть не может. Электронная компьютерная томография дает возможность получать трехмерную реконструкцию сосудов. При этом, правда, опять-таки виден контраст и достаточно грубые нарушения кровотока, но не сама сосудистая стенка. Этого достаточно лишь для

холестерина. Холестерин кожи – лучший индикатор атеросклероза, чем плазма крови. Исследования трупного материала выявили совпадение холестерина кожи, стенки аорты и площади ее поражения атеросклеротическим процессом. В эпидермисе содержится много холестерина, и для анализа особенно удобна ладонь.

Разработано три метода лабораторной диагностики холестерина эпидермиса. Хорошо зарекомендовал себя, в частности, “метод трех капель”, по окрашиванию которых делают вывод о выраженности атеросклеротического процесса. В исследовании приняли участие пациенты из трех групп (здоровые, больные семейной гиперхолестеринемией и коронарным атеросклерозом). У 92% здоровых окрашивалась одна капля реактива, у перенесших инфаркт миокарда – почти всегда три капли. Уровень кожного холестерина коррелирует с функциональным со-

стоянием сердечно-сосудистой системы (стресс-фактором), со степенью тяжести атеросклеротического процесса, при этом не выявлено прямой корреляции с липидами плазмы крови.

Метод диагностики атеросклероза по кожному холестерину удобен для легкого и быстрого скрининга населения, он применим как критерий диагностики семейной гиперхолестеринемии, эффективности антиатеросклеротической терапии.

Член-корреспондент РАМН Р. Г. Оганов подробно осветил проблему заболеваний, связанных с атеросклерозом и здоровья населения России.

Академик РАМН Ю. П. Никитин сообщил о проблеме атеросклероза в Сибири, где проживает почти четверть населения России. У народов северо-востока Сибири, при высокой частоте ишемической болезни сердца, гипертония относительно редка, тогда как у коренных жителей юга Сибири гипертония и инсульты встречаются чаще, а ИБС – относительно реже.

Знаменитый американский кардиохирург М. Де Бейки основную часть своего сообщения посвятил анализу факторов риска хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний. На примере ряда исследований он показал, какое огромное влияние на выживаемость оказывает гипертония, сахарный диабет, возраст больного.

Ректор медицинского колледжа Корнельского университета А. Готто рассказал о роли терапии статинами, которая является отличной профилактикой ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний, а также сообщил о первых обнадеживающих результатах генной терапии атеросклероза.

На секционных заседаниях конференции обсуждались такие проблемы, как первичная и вторичная профилактика атеросклероза, роль изменений сосудистой стенки, эндокринной патологии в этиологии и патогенезе заболевания, генетика атеросклероза.

В рамках научного форума прошла международная выставка лекарств и медицинской техники.



**Нынешняя ситуация в отечественном здравоохранении парадоксальна: врачи знают и умеют лечить самые тяжелые заболевания сердца и сосудов, но общество, государство не имеют достаточных средств для того, чтобы эти возможности были доступны всем больным без исключения. Однако ученые-кардиологи не впадают в пессимизм, они верят – экономическая ситуация когда-нибудь изменится к лучшему, все научные разработки будут востребованы, а самоотверженность и энтузиазм ученых-медиков будут достойно вознаграждены. О сегодняшнем дне института, созданного по инициативе А. Л. Мясникова, мы беседуем с его директором.**



**Юрий Никитич Беленков – директор Института клинической кардиологии им А. Л. Мясникова РКНПК, академик РАН, главный кардиолог Минздрава России**

**– Юрий Никитич, какова структура вашего института?**

– Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова является составной частью Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава РФ. По штатному расписанию он составляет примерно две трети Кардиоцентра, которым руководит академик Е. И. Чазов. В составе Института, помимо большого числа лабораторий, восемь отделений, которые занимаются всеми вопросами кардиологии. В их числе – инфарктное отделение с блоком интенсивной терапии, отделение хронической ишемической болезни сердца, отделение кардиохирургии со своим реанимационным блоком и службой переливания крови, отделения артериальной гипертонии, ангиологии, атеросклероза, отделение нарушения ритма сердца и отделение тяжелой сердечной недостаточности, которым, кстати, я заведую. У нас хорошее поликлиническое отделение, очень сильная морфологическая и патологоанатомическая службы, мощная томографическая служба, способная получать даже трехмерное изображение коронарных артерий без зондирования. Вообще, мы прекрасно оснащены, можно сказать по европейскому стандарту.

**– Откуда к вам поступают больные и сколько стоит лечение?**

– Для москвичей требуется направление из районной поликлиники в нашу поликлинику для консультации и, если потребуется, госпитализации. Для россиян – направление местных органов здравоохранения,

для жителей стран СНГ – госпитализация за плату. У нас примерно 20% коек занимают платные пациенты, остальные 80% – бюджетные. Платные пациенты попадают отовсюду – и из стран СНГ, и из России, и из Москвы. Если у пациента есть возможность лечиться в комфортных условиях, зачем ему в этом отказывать? У нас, в основном, палаты двухместные, но есть и одноместные, есть одно- и двухкомнатные палаты-люкс. Стоимость лечения рассчитывается на весь курс (существуют стандарты лечения), поэтому она отличается при различных заболеваниях. К стоимости лечения прибавляется коэффициент за комфортность. Источников финансирования у нас несколько. Первый – это средства бюджета по статье дорогостоящих методов диагностики и лечения, куда входят операции на сердце, некоторые методы зондирования и др. Отсюда же поступают деньги на приобретение лекарств и расходных материалов, на питание и зарплату. Бюджетное финансирование едва покрывает 30% наших потребностей.

Второй источник финансирования – это договор с Москвой. Мы получаем деньги за лечение москвичей по обязательному медицинскому страхованию, не очень много, но хоть какое-то подспорье. И, наконец, третий источник – платные услуги, наши коммерческие пациенты. Именно это позволяет нам стабильно выдавать зарплату, как-то развиваться.

**– Сейчас идет работа по созданию формуляров и стандартов в самых раз-**

**ных отраслях медицины. Ваш институт принимает участие в этой работе?**

– Это сложный вопрос, ведь я являюсь главным кардиологом Минздрава. Естественно, мы принимали участие в их создании. Но здесь самое важное – подход. Четыре года назад, при относительной стабильности в стране, стандарты нужны были для того, чтобы на периферии лечили не хуже, чем в столичных клиниках. Сейчас тенденция совершенно иная – стандарты должны совпасть с имеющимся финансированием: вот вам пять рублей и ни в чем себя не ограничивайте. Список жизненно важных средств сокращается катастрофически! Я в эти игры играть не хочу. Нельзя требовать, чтобы мы лечили инфаркт миокарда одним препаратом – это несерьезно. Как гражданин я могу понять трудность финансовой ситуации в стране, но как врач – нет. Подписав Женевскую конвенцию, мы обязаны получить согласие пациента на многие процедуры, мы не должны скрывать, что знаем, как надо лечить его заболевание и какими препаратами. А то, что человек не может купить нужное ему лекарство, это уже другая, не медицинская проблема.

**– Как главного кардиолога Минздрава, вас удовлетворяет обеспеченность кардиологическими койками в стране?**

– Это тоже вопрос не простой, и два года назад я бы ответил на него не так, как сейчас. Современная технология лечения больных с заболеваниями сердца подразумевает все больший и больший акцент на амбу-

латорное лечение. Ни в одной нормальной стране мира уже не лечат артериальную гипертонию в стационаре. Поэтому три-четыре года назад я бы сказал, что половину кардиологических коек надо закрывать и переводить лечение больных на современные рельсы: сразу после инфаркта ангиопластические процедуры – баллонирование, стентирование, и через неделю пациент уходит домой. Через три недели после аортокоронарного шунтирования человек должен выйти на работу. Никакой инвалидности, никаких санаториев – они не нужны при нормальном лечении заболевания. У нас же, к сожалению, койки сегодня сплошь и рядом социальные – больные лежат только для того, чтобы бесплатно получать лекарство и питание. К современной кардиологии это никакого отношения не имеет. Как специалист, я понимаю, что в конечном итоге все это дороже обходится государству, но изменить ситуацию мы не можем.

**– Какой процент больных с ишемической болезнью, на ваш взгляд, должен оперироваться?**

– Все зависит от возраста. Если мы возьмем всех больных за 100%, то 60% из них должны подвергаться тем или иным процедурам реваскуляризации, начиная с обычного баллонирования, которое тоже дает очень хороший результат. Сейчас появились препараты, относящиеся к последней генерации антикоагулянтов и тромболитиков, их называют еще иногда жидким стентом. Если их вводить сразу после баллонирования, то практически можно давать гарантию, что в течение года никаких рецидивов не будет. Стоимость одной дозы – 1250\$. Но это значит, что вы в течение года не будете тратить 10000\$ на операцию, стентирование и т. д. Здесь нужно соотносить стоимость с той выгодой, которая получается в результате того или иного вмешательства. Но, к сожалению, наше государство не рассчитано на то, чтобы платить сейчас, а экономию получать через два года.

Итак, ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование – у 60% больных хронической ишемической болезнью. Хорошо бы, чтобы этот баланс не нарушался. Вот я перед вами смотрел пациента: 52 года, тяжелейшие сосудистые нарушения, вторичная митральная недостаточность. Понятно, что он пойдет сразу на аорто-коронарное шунтирование. А вот если бы он пришел в 45 лет, когда приступы появились впервые, ему бы сделали ангиопластику и обеспечили бы хорошее качество жизни лет на пять, а с введением, допустим, препарата РеоПро – лет на семь. Все эти годы он бы принимал лишь кардиоаспирин, препараты снижающие холестерин, и, может быть, бета-блокаторы. А через семь лет он пришел бы снова,

и опять, после коронарографии – ангиопластика и стентирование. И еще на семь лет – хорошее качество жизни.

Сейчас на Западе стараются делать операцию аорто-коронарного шунтирования в 60–70 лет, не раньше. Она дает гарантию хорошего качества жизни на 10 лет. То есть, они приводят пациента к среднестатистическому возрасту дожития. Все очень просто. Когда все это знаешь, все умеешь и всем этим обладаешь – никакой хитрости и наукообразных измышлений не нужно. Это нормальная современная технология. Пациент сам должен решать, что ему надо – сидеть на даче и нюхать цветочки или эти самые цветочки выращивать. Врач обязан достаточно жестко давать ему необходимую информацию для правильного выбора. Патерналистского отношения к пациенту быть не должно – он сам отвечает за свое здоровье.

Конечно, один разговор, когда пациенту 70–75 лет, другой – с пятидесятилетним, который курит и просится на бесплатную операцию. Желающих прооперироваться за счет бюджета – огромное количество! Но хирурги сейчас уже не берутся за больных с облитерирующим эндартериитом, если они курят. Нет смысла! Деньги ухлопаешь, а через два месяца – гангрена. Зачем тратить силы и средства там, где заведомо будет рецидив?! Я лучше прооперирую человека, который бросил курить, соблюдает диету, сбросил вес. У него есть шанс на долгий успех после операции.

**– Какие на ваш взгляд серьезные прорывы в кардиологии были за последние тридцать лет?**

– По ишемической болезни сердца это, наверное, широкое внедрение эндоваскулярных методов лечения, в том числе и в острой фазе инфаркта миокарда. Это – возвращение пациента в строй в кратчайшие сроки. После ангиопластики люди даже не успевают психологически подготовиться к тому, что их уже на третий день можно выписывать. И это все? – удивляются они. Да, это все, инфаркта нет.

К достижениям в этой области можно отнести появление новых тромболитиков и препаратов, эффективно снижающих холестерин – статинов, фибратов, рыбьего жира северных рыб.

Что касается гипертонической болезни, то здесь нам особенно гордиться нечем. Россия сейчас по распространенности гипертонии, наверное, на самых последних местах. На всех международных конференциях мы относимся к референс-группе – во всех странах снижается гипертония, а у нас – растет. Из достижений лишь то, что мы лет пятнадцать–двадцать тому назад начали разбираться со сборной группой артериальных гипертоний. Они все разные, поэтому стали

выделять симптоматические гипертонии – почечные, реноваскулярные, надпочечниковые, гипертонии центрального опухолевого происхождения, эндокринные и т. д. Эти гипертонии требуют совершенно разного лечения, направленного на устранение вызвавшей их причины. Второе – это пришествие таких препаратов, как бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, позволяющие получать эффект в 80% случаев. Сейчас есть лекарственные средства, выводящиеся и печенью, и почками, которые можно применять у больных с почечной недостаточностью и у диабетиков. Итак, сегодня мы, по крайней мере, знаем, как лечить гипертонию. Например, если делать это на ранних этапах, когда она еще лабильна, мы сможем снизить количество инсультов на 40%, а общую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний примерно на 20%. Лечение простое – регулярный прием немудрых, но, к сожалению, и недешевых препаратов. Если человек время от времени принимает дибазол или папазол, это не значит, что он лечит гипертоническую болезнь.

У нас есть приборы, которые записывают АД в течение суток неинвазивным путем при помощи специальных мониторов, поэтому мы можем подобрать пациенту препарат по времени суток. Ведь есть люди, у которых максимальное давление утром, а у других максимум приходится на день или на вечер. То есть, мы индивидуально проводим подбор терапии, и для этого вовсе не нужно лежать в стационаре. Гораздо важнее промониторировать больного на работе, при его максимальной нагрузке. Именно поэтому я и говорю, что артериальная гипертония – не стационарная проблема.

**– И последний вопрос. Почему вы выбрали своей специальностью кардиологию и чем кроме нее увлекаетесь?**

– Кардиологом я стал не случайно – эта наука интересовала меня со студенческой скамьи. Заканчивая Горьковский медицинский институт, написал свои первые научные статьи под руководством моего учителя – профессора Матусовой Александры Петровны. До сих пор мы поддерживаем с ней теплые отношения.

Много лет работая кардиологом, я сохранил врачебный оптимизм. Несмотря на то, что наши больные, как правило, болеют всю жизнь, мы научились облегчать им страдания, значительно улучшать качество их жизни, продлевая ее активный, деятельный период. Это ли не повод для оптимизма?

Что касается моих увлечений, то они достаточно обычны. Очень люблю читать, слушать классический джаз. С юности привык под музыку работать и сейчас не изменяю своим давним пристрастиям. Главное же мое увлечение, конечно же, любимая кардиология. Надеюсь, эта любовь взаимна.

*После разговора с директором НИИ кардиологии им. А. Л. Мясникова мы прошли по основным подразделениям института. Нас интересовали вопросы оказания медицинской помощи пациентам с хронической ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, артериальной гипертензией и болезнью века – атеросклерозом. На все эти вопросы получили развернутые, квалифицированные ответы, содержание которых постараемся донести до наших читателей.*



## НА ПОРОГЕ XXI ВЕКА

Начнем с отделения неотложной кардиологии, где лежат больные, перенесшие инфаркт миокарда – грозное заболевание, ставшее печально известным из-за высокой летальности. Заведует отделением доктор медицинских наук Игорь Иванович Староверов, ему и адресован наш вопрос: как лечили инфаркт вчера и как лечат сегодня?

– Активное наступление на инфаркт началось в начале 60-х годов. Тогда в России, как и во всем мире, была развернута сеть блоков интенсивного наблюдения, где концентрировались наиболее тяжелые коронарные больные – пациенты с инфарктами миокарда, острыми коронарными синдромами, нестабильной стенокардией. Создав в дополнение к этим блокам специализированные бригады скорой помощи, кардиологам удалось наполовину сократить летальность от этих заболеваний, превышающую в те годы 50%, в 70-е годы она снизилась до 20–25%.

Самым популярным препаратом у врачей в то время был лидокаин, не потерявший своего значения и сегодня. Теперь, правда, он используется несколько иначе: тогда его вводили всем без исключения больным в первые сутки инфаркта, а сейчас – лишь тем пациентам, у которых есть симптомы, угрожающие развитием аритмий, несовместимых с жизнью.

Следующим шагом на пути к снижению летальности было применение фибринолитиков (тромболитических ферментов). Лечение этими препаратами дало очень хороший результат, ибо основой для развития инфаркта миокарда у большинства больных является тромботическая окклюзия одной из коронарных артерий. Некроз миокарда развивается настолько быстро, что, если соответствующие препараты не будут введены в течение первых 6 часов, а лучше бы в первые 2–4 часа после начала заболевания, то результативность лечения будет резко снижена и врачам придется бороться уже с осложнениями инфаркта миокарда. Поэтому, начиная с 1986–87 года, в Москве, опять же – как и во всем мире, введение тромболитиков производится кардиолога-

ми скорой помощи. Такая постановка дела позволила снизить летальность в этой группе больных еще в два раза, и теперь она не превышает 8–10%!

Тромболитики восстанавливают кровоток, растворяя тромб, и существенным образом модифицируют зону, которая находилась под ударом. А тем больным, которым лечение тромболитиками по каким-то причинам противопоказано, проводят процедуру механического восстановления кровотока – так называемую баллонную ангиопластику коронарной артерии, которую иногда сочетают с ее стентированием. Эту операцию делают в специализированных клиниках, которых в Москве сегодня около полутора десятков. Некоторые специалисты считают, что эта методика на первом этапе имеет даже определенные преимущества: она ускоряет заживление и образование рубца, зачастую избавляя пациента от стенокардии после перенесенного инфаркта.

Разработан еще ряд методик, способных уменьшить площадь инфаркта и облегчить его течение. Прежде всего, это использование бета-блокаторов, которые хороши не только в остром периоде инфаркта миокарда, но и для лечения хронической ишемической болезни сердца. Учитывая динамич-



ность процесса, в остром периоде отдается предпочтение короткодействующим препаратам (обзидан, индерал) – они более управляемы. Начинают с внутривенного введения, а на вторые–третьи сутки переходят на препараты для приема внутрь. Дозу стараются оптимизировать и держать частоту сердечного ритма в пределах 60 сокращений в минуту. В последующем переходят на бета-блокаторы более длительного действия: атенолол, метопролол и др.

Данное направление развивается с середины 70-х годов. В результате многочисленных многоцентровых исследований стало ясно, что эти лекарства могут существенно улучшить прогноз для больного, перенесшего инфаркт миокарда. Действие их многообразно – они предупреждают развитие опасных для жизни аритмий, предотвращают ишемию, уменьшая нагрузку на сердце, воздействуют на сосуды, модифицируя давление на атеросклеротическую бляшку. Применение бета-блокаторов на 30–40% снижает летальность в течение года после перенесенного инфаркта, а также после 5 и 10 лет. Но! Недопустимо применять эти препараты в недостаточных дозах, циклами и курсами. Только постоянный пожизненный прием препарата может принести пользу!

Еще одна группа лекарственных средств, используемых при инфаркте наряду с тромболитиками – антитромботические препараты. Врачам хорошо известен антикоагулянт гепарин, который назначают и для профилактики реинфаркта, и для предупреждения тромбозов и эмболий. Сейчас развивается направление по использованию низкомолекулярных гепаринов (Клексан – генерик эноксапарина, Фрагмин и др.). Их основные преимущества: применение не требует частого контроля за свертывающей системой крови, их не надо вводить внутривенно, а значит не надо титровать и дозировать с помощью специальных инфузионных устройств и насосов, а главное – низкомолекулярные гепарины по сравнению с нефракционированными значительно эффективнее.

Особенно актуально применение низкомолекулярного гепарина у больных с неста-

бильной стенокардией: препарат не дает тромбу “прирастать” к сосудистой стенке. Еще более перспективен в этом отношении рекомбинантный гирудин: он аналогичен веществу, вырабатываемому пиявками, но очищен, и при его применении не нужен лабораторный контроль.

И, наконец, тот препарат, без которого сегодня не лечит ни один кардиолог – аспирин в дозах, которые обеспечивают снижение способности тромбоцитов к агрегации. Это небольшие дозы, не более 100–250 мг в сутки. Аспирин помогает предотвратить прилипание тромбоцитов к разрушенной бляшке, с чего собственно и начинается образование тромба. Принимать аспирин тоже надо пожизненно.

И еще один препарат, воздействующий на тромбоциты – РеоПро (абциксимаб). Механизм действия здесь выгодно отличается от аспирина тем, что он блокирует все известные на сегодня пути активизации тромбоцитов. Его введение во время острых коронарных синдромов, во время ангиопластики не дает тромбоциту связываться с фибриногеном, причем, препарат действует продолжительный период времени, иногда до полугода. Работа с этим препаратом в нашей стране только началась и опыт постепенно накапливается.

Что же касается антагонистов кальция, то они при остром инфаркте миокарда сейчас не используются: к сожалению, эти препараты не оправдали возлагавшихся на них надежд.

Таков, в общих чертах, опыт отдела неотложной кардиологии в деле лечения острых инфарктов миокарда и нестабильной стенокардии.

**А как же лечат больных хронической ишемической болезнью до и после перенесенного инфаркта? Рассказывает**

**заведующая отделением ХИБС доктор медицинских наук Екатерина Александровна Жарова:**

– Больные ишемической болезнью – хронические больные. Они могут перенести инфаркт миокарда без предшествующих симптомов, но, чаще всего, начинают болеть



И. И. Староверов

постепенно. Первый признак – стенокардия – приступ боли за грудиной, возникающий в типичных случаях при физической нагрузке, жжение, давление, чувство холода за грудиной. Часто эти боли отдают в спину, в левую руку. Хотя бывают и безболевые формы ишемии миокарда, когда человек ничего не испытывает. Прогностически такие больные особенно тяжелы, ибо они обычно не лечатся и не ограничивают своих нагрузок, ведут активный образ жизни.

В нашем отделении умеют выявлять ИБС на ранних стадиях болезни. Для диагностики используют различные нагрузочные пробы – велоэргометрию, тредмил, применяют суточное мониторирование ЭКГ. При этом оцениваются изменения сегмента ST, указывающие на ишемию миокарда. Монитор ЭКГ улавливает и различные нарушения сердечного ритма, которые пациент может не замечать. Но далеко не у всех больных стенокардией развивается инфаркт миокарда: сердце приспосабливается к работе в условиях ишемии. Очень опасно развитие инфаркта миокарда в молодом возрасте, поскольку молодежь не ограничивает своих нагрузок – и физических, и психологических.



Если раньше инфарктом миокарда чаще болели мужчины, то теперь в отделении довольно много женщин, в том числе и молодых. Считалось, что женщины до климакса защищены своими гормонами от инфаркта, но теперь мы лечим женщин с нормальным циклом и сохраненной детородной функцией. У них выявляются и стенозы, и поражения коронарного русла, такие же, как у мужчин. Возможно это зависит от того, что женщина сейчас выполняет работу по интенсивности и эмоциональным нагрузкам сходную с мужской.

Нашему самому молодому пациенту с ИБС было 22 года, именно в этом возрасте он перенес инфаркт. Кстати, у ряда пациентов стенокардия проявляется при неизмененных коронарных сосудах. Это явление особенно характерно для молодых людей и женщин. Мы начинаем активно изучать особенности течения болезни в таких случаях.

Какова тактика фармакологического лечения при хронической ишемической болезни? Если диагноз установлен и если есть факторы риска, такие, как артериальная гипертония, повышение уровня холестерина и других липидов в крови, ожирение, курение, то с ними надо бороться. Нередко ишемическая болезнь сочетается с сахарным диабетом – здесь тоже требуется соответствующая коррекция.

Для лечения ИБС чаще всего используются нитраты. В настоящее время существует много препаратов этого ряда, в том числе и отечественных. Имеются разные дозировки и формы применения, в том числе нитроглицерин короткого действия, используемый при приступе – в виде таблетки, спрея, кожных форм (пластыря, наклейки на десну, откуда препарат особенно активно всасывается), и т. д. Есть нитраты длительного действия, которые достаточно применять один–два раза в сутки. Это изосорбит-динитрат, который имеет различные коммерческие названия (Дитрат, Изо Мак, Изосорб ретард, Кардикет, Кардонит и т. д.), и, так называемые, мононитраты (Эфокс, Моно Мак и др). Все они дают разгрузку сердцу. У этих препаратов есть два минуса – они иногда плохо пере-

носятся больными из-за сильных головных болей и к ним возникает, в той или иной мере, привыкание. В меньшей степени это относится к моонитратам последней генерации. В частности, Моно Мак представлен формами, содержащими 20, 40 мг, а в дозировке 50 и 100 мг в депонированном (ретардированном виде) препарат назначается однократно, его хватает на сутки. Концентрация плавно понижается, и в течение 8 часов она находится на таком уровне, что эффект есть, а толерантность не развивается.

Из дешевых и эффективных препаратов следует отметить наш отечественный препарат нитросорбид. Его нужно принимать 2–4 раза в день, поскольку эффект его длится не очень долго, а перед физической активностью его нужно подкреплять очередным приемом.

Стенокардия напряжения делится на классы в зависимости от величины нагрузки, при которой возникают боли. О наиболее тяжелом функциональном классе свидетельствует появление болей при минимальных физических нагрузках и в покое, особенно в ночные и ранние утренние часы. Данное состояние требует активного лечения, поскольку угрожает инфарктом миокарда.

Кроме нитратов широко применяются бета-блокаторы, например атенолол. Дозы и режим приема устанавливаются индивидуально в зависимости от исходного кровяного давления и частоты пульса. Лечение бета-блокаторами в адекватных дозах эффективно при лечении ИБС у молодых людей. С чего начинать лечение – с нитратов или бета-блокаторов тоже решает врач. У пожилых людей предпочтительнее начинать с первых, у молодых пациентов – со вторых. Важно предупредить больного, что лечение должно быть систематическим, нельзя бросать прием препарата, все изменения лечения согласовывать с врачом. Пациент также должен знать, что возникший болевой приступ нужно как можно скорее купировать с помощью нитроглицерина.

Следующий класс препаратов – антагонисты кальция. К ним от-

носятся, в частности, верапамил, нифедипин, дилтиазем и др. По поводу нежелательных эффектов нифедипина была дискуссия в печати, но те дозы, которые применялись у нас, не вызывали тяжелых побочных явлений. В дискуссии же речь шла о дозах 60–80 мг/сутки, которые на практике применяются очень редко, да и сам метод анализа, примененный в этой рабо-



Е. А. Жарова

те, оценивается специалистами как спорный.

Антагонистами кальция особенно хорошо лечится т. н. вазоспастическая форма стенокардии – они надежно снимают спазмы сосудов. Кроме того, Коринфар (нифедипин) удобен и эффективен для снижения артериального давления при гипертоническом кризе. Коринфар может с успехом применяться для лечения как гипертонической болезни, так и ИБС и их сочетания, в сред-



них дозах 30–40 мг в сутки. Нежелательные эффекты антагонистов кальция обычно нивелируются совместным приемом бета-блокаторов, в частности, атенолола.

Необходимо также сказать о препаратах так называемого метаболического действия. Кардиологи давно мечтают о возможности увеличения резервов миоцита в условиях гипоксии. В свое время пытались использовать рибоксин, АТФ, кокарбоксилазу, но не получили убедительных данных об их эффективности. Сейчас начали изучать препарат Предуктал и результаты исследований обнадеживающие. Он обладает антиангинальным действием, может длительно применяться, помогает скорректировать метаболизм при ишемической болезни в сочетании с сахарным диабетом. Рационально его применение и у пожилых людей, когда использование многих кардиоактивных препаратов ограничено, а у Предуктала таких противопоказаний нет, так как серьезных побочных эффектов у него не обнаружено.

Таким образом, список препаратов, применяющихся при лечении ИБС, постепенно растет, хотя это приводит к удорожанию лечения.

Эффективность терапии при ХИБС определяется просто – уменьшением количества приступов и лучшей переносимостью физических нагрузок. Если эффекта все же нет – нужно прибегать к инвазивным методам диагностики и лечения

**В отделе артериальной гипертонии мы беседуем с доктором медицинских наук, ведущим научным сотрудником отдела Еленой Владимировной Ощепковой:**

– Вся проблема в том, что многие люди даже не подозревают о наличии у них артериальной гипертонии. Институт профилактической медицины опубликовал в 1997 году такие данные: 57–74% мужчин и 75–82% женщин не знали о том, что у них повышенное артериальное давление! Отсюда и крайне низкий процент эффективно леченных больных – мужчин 6–10% и женщин 14–26%. Всего! Под эффективностью понималось, что в процессе лечения диастолическое давление снижалось до 90 мм рт. ст. – как рекомендует ВОЗ. Но недавно проведено круп-

ное международное исследование (НОТ), показавшее, что на самом деле оптимальным является снижение диастолического давления до уровня 83–85 мм рт. ст. В свете этих данных наши достижения выглядят еще скромнее.

Причины этого явления многофакторные: прежде всего, наше население не приучено следить за своим здоровьем, больные не убеждены, что нужно снижать давление до определенного уровня и принимать таблетки даже при хорошем самочувствии, причем, не курсами, а постоянно. Люди не знают, что после отмены препаратов артериальное давление обязательно возвращается к прежним высоким величинам.

Каждому человеку важно знать уровень своего артериального давления как он знает свою группу крови, температуру и т. д. При малосимптомной гипертонии он может не догадываться о существовании повышенного артериального давления. В отделении сейчас находится пациентка с почечной гипертонией с цифрами АД 220/150 мм рт. ст. При этом субъективно она не ощущает столь высокое давление. Манифестация болезни произошла в виде нарушения ритма сердца – пароксизмальной желудочковой тахикардии, то есть, когда вследствие тяжелой артериальной гипертонии произошли значительные изменения в сердечной мышце. Но это исключение, чаще всего головная боль – это первый симптом, на который обращают внимание. Надо при этом обязательно измерять артериальное давление, и чем старше человек, тем вероятность повышения у него АД больше.

Существует определенный алгоритм диагностики и лечения больных, поступающих в клинику. Для того, чтобы диагностировать гипертоническую болезнь, синонимом которой за рубежом является эссенциальная гипертония, исключаются все возможные

причины вторичных форм артериальной гипертонии. Существует двухэтапная схема обследования, которая включает в себя обследование почек и их сосудов, надпочечников, и т. д. По специальным показаниям проводят ангиографию заинтересованных сосудистых регионов, компьютерную и магнитно-резонансную томографию мозга, почек, надпочечников.



Е. В. Ощепкова

Для лечения больных с артериальной гипертонией существует большое количество антигипертензивных препаратов, которые систематизируются в семь основных классов. Это диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы альфа-адренорецепторов и блокаторы рецепторов ангиотензина-II (тип 1), препараты центрального действия.

Подбор препаратов осуществляется индивидуально. Сейчас нет той жесткой схемы, которая существовала в 70–80-х годах и заключалась в строгой последовательности применяемых препаратов. Теперь выбор определяется, с одной стороны, особенностями течения заболевания – со-



стоянием органов-мишеней, наличием у больного сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, бронхиальной астмы и т. д.), факторов риска и метаболических нарушений (углеводного, липидного обмена и т. д.), а с другой – фармакологическими и фармакодинамическими свойствами препаратов. Кроме того, выбор препарата обусловлен его переносимостью, удобством применения, а также стоимостью и доступностью. Антигипертензивный препарат тестируется не только с точки зрения его основного действия, но и других его эффектов – влияния на миокард, почки, метаболические показатели и т. п. Для некоторых препаратов существуют специальные показания: например, в случае перенесенного острого инфаркта миокарда бета-блокаторы улучшают прогноз заболевания; при наличии гипертрофии левого желудочка с нарушением диастолической и систолической функции показаны ингибиторы АПФ. Достаточно часто для уменьшения побочных эффектов препарата и усиления гипотонического эффекта на практике проводят терапию сочетанием малых доз нескольких препаратов.

Очень важно, чтобы врачи понимали необходимость лечения и так называемой “мягкой” гипертонии, когда цифры артериального давления не превышают 140–170/90–105 мм рт. ст., а такой формой болезни страдает до 70% всех больных! Несмотря на название “мягкая”, эта форма далеко не мягкая по развитию осложнений, в том числе инсультов и инфаркта миокарда.

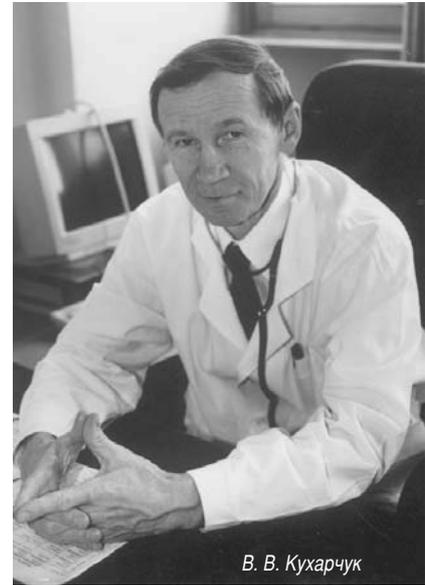
**В лаборатории, возглавляемой профессором Валерием Владимировичем Кухарчуком, заместителем директора Кардиоцентра, мы познакомились с одним из способов борьбы с гиперхолестеринемией. Вот что он нам рассказал:**

– В лаборатории занимаются плазмозферезом и иммуносорбцией липопротеидов низкой плотности, которые, проникая в сосудистую стенку, вызывают образование атеросклеротической бляшки.

Основные показания для проведения очищающих процедур – тяжелые гомозиготные и гетерозиготные формы наследственной гиперхолестеринемии. Они проявляются уже в детском возрасте. Атеросклероз у детей – это, как правило, наследственное заболевание, развивающееся вследствие получения от родителей дефектного гена, ответственного за синтез рецепторов, захватывающих холестерин из крови. Этот рецептор липопротеидов низкой плотности расположен в печени. Когда ребенок получает два дефектных гена (от отца и матери), они в его организме не работают и весь холестерин остается в крови. Концентрация его бывает в четыре раза выше, чем в норме. И уже у шестилетних детей возможно развитие настоящего атеросклероза, иногда с клиническими проявлениями. С гомозиготными поражениями они могут дожить до 20–25 лет и умирают обычно от инфаркта миокарда, от инсульта. Если дефект гена рецептора есть только у одного родителя, то вероятность заболевания, естественно, ниже. Распространенность данной патологии при гомозиготной форме примерно 1:1 000 000, при гетерозиготной – естественно чаще – примерно 1:5 000–1:10 000. Это те тяжелые формы, с которыми нельзя справиться только медикаментами.

Больным, как правило амбулаторно, проводят иммуносорбцию. Процесс этот необходимо в идеале повторять еженедельно, но под прикрытием холестеринснижающих препаратов (статинов) эту процедуру можно проводить и раз в две недели, но не реже, ведь синтез холестерина идет постоянно и его надо поддерживать на определенном уровне. Но поскольку иммуносорбция очень сложна и требует дорогостоящей зарубежной аппаратуры, специальных плазмосепараторов, дорогих колонок, чаще приходится ограничиваться процедурой плазмозфереза, при которой удаляется определенный объем плазмы (около 2 литров) и вводится плазмозамещающий раствор (реополиглюкин, 5% альбумин в эквивалентном количестве). Чтобы развивать данное направление, требуется значительно большее финан-

сирование как научных разработок, так и уже существующего производства колонок, которые, кстати сказать, разработаны были



В. В. Кухарчук

здесь, в Кардиоцентре, доктором Покровским в лаборатории сорбентов Института экспериментальной кардиологии.

Можно ли не снижать холестерин, если уровень его высок? Однозначно – нельзя. Совершенно точно доказано, что чем он выше, тем выше риск развития ишемической болезни сердца. У людей с концентрацией холестерина 300 мг % ишемическая болезнь развивается в четыре раза чаще, чем при уровне 200 мг %. Этот уровень сегодня считается нормой для Европы. Хотя еще сравнительно недавно нормой считался уровень 240–260 мг %. Плохо только то, что на первичную профилактику статинами требуется много средств. Даже в развитых странах Европы экономика позволяет проводить только вторичную, стоимость которой в 4–5 раз ниже (цена одной спасенной жизни при первичной профилактике составляет 250 000 \$, при вторичной – 70 000 \$). Нашей экономике и это не под силу. Конечно, проводятся поиски более дешевых препаратов – изучаются различные пищевые добавки, витамины-антиоксиданты, препараты чеснока, продукты не-



насыщенных жирных кислот. Но пока адекватной замены статинам не найдено.

Многоцентровые исследования показали, что если регулярно лечить какую-то популяцию статинами, то смертность от сердечно-сосудистых заболеваний при вторичной профилактике снижается на 40–50%. Что касается первичной профилактики, то доступна диета, о которой уже всем известно: отказ от животных жиров, большое количество фруктов, овощей и зелени, прием в пищу растительных масел, рыбы. Правильно подобранная диета может снизить холестерин на 4–5%. Вот еще интересные данные: снижение холестерина на 10 единиц уменьшает риск развития ИБС и инсульта на 30%; снижение АД в среднем на 6 мм рт. ст. – на 18% снижается риск ИБС, на 40% риск инсульта. А вот если человек бросил курить – риск снижается вдвое – на 50%! При курении окись углерода повреждает сосудистую стенку, при этом нарушается функция эндотелия, плохо вырабатывается оксид азота, вещество, которое при нормальном состоянии эндотелия расширяет сосуды и держит их в тонусе.

Что касается алкогольных напитков, то здесь ситуация такова. Безопасная доза – 30 г чистого алкоголя – это стопка водки или бокал вина. Но эти дозы безопасны только в плане развития ишемической болезни сердца. Жизнь показывает, что все равно нужно делать дни, свободные от приема алкоголя. Потому что сосуды могут быть и не повреждаются, но о печени этого сказать нельзя. Кроме того, повреждается сам миокард, может развиваться алкогольная кардиопатия. Тем более, что наше население вряд ли удержится на “безопасных” 30 г алкоголя. Да, у алкоголиков на вскрытии атеросклероза не находят, но зато у них находят цирроз печени и истощенный миокард. Они достаточно часто умирают от нарушения сердечного ритма.

Что касается проблемы распространенности атеросклероза, то его меньше у жителей Азии, особенно у японцев. Они к нему

генетически менее расположены. В частности, у них нет специфического белка обратного транспорта холестерина. Это белок, который способствует переносу холестерина от липопротеидов высокой плотности к липопротеидам промежуточной или низкой плотности и, таким образом, возвращает его в сосудистую стенку. Сейчас разрабатываются лекарства, подавляющие функцию этого белка. Возможно, это еще один из путей борьбы с гиперхолестеринемией.

Начали активно работать генетики, пытаются создать препараты, влияющие на липидный обмен, в частности на функцию АПО-А и АПО-Е белков, ответственных за транспорт липопротеидов. В эксперименте специалисты уже могут вызвать атеросклероз у животного и убрать его. Есть прогноз, что во второй половине XXI века врач будет выбирать нужные гены, как сейчас выбирают обычный лекарственный препарат.

**Лечение ишемической болезни сердца сегодня невозможно без инвазивных методов. И мы заканчиваем свой репортаж в лаборатории рентгеноваскулярных методов лечения разговором с ее руководителем – профессором Анатолием Николаевичем Самко.**

С начала девяностых годов стремительно растет кривая частоты эндоваскулярного лечения, превысив количество операций аорто-коронарного шунтирования. Сейчас начал распространяться метод комбинации эндоваскулярного вмешательства с малоинвазивными операциями. Через лабораторию проходит большое количество больных. В последнее время здесь заинтересовались особенностями протекания ишемической болезни у женщин. Давно замечено, что у некоторых больных с неизменным эндо-

телием (например, у алкоголиков) тонус сосудов снижен и они толще. У женщин сосудистая стенка тоже не изменена, а ишемическая болезнь и даже инфаркты встречаются достаточно часто. В 1983 году у нас была девочка 14 лет, у которой во время



А. Н. Самко

физической нагрузки – она прыгала со скалкой – случился инфаркт. При исследовании сосудов патологии не найдено. Видимо, инфаркт был вызван эмболией. Сейчас мы начали набирать этот материал. Чаще ишемия и инфаркты на неизменных сосудах бывает у женщин и молодых мужчин. Эта патология встречается у 10% всех больных с ХИБС. Возможно все дело в изменениях мельчайших, невидимых нами сосудов, в нарушении микроциркуляции. Из 28 больных, которые прошли через лабораторию за год, у половины – ненормальная реакция на введение ацетилхолина – спазм вместо расширения, что связано, по видимому, с особенностью рецепторов эндотелия. Проблема эта требует дальнейшего изучения.

Лаборатория продолжает изучать возможности расширения эндоваскулярных методов, пробует одновременно баллонировать несколько стенозов, изучает сравнительную характеристику различных стентов.

**Материалы из института подготовили М. Кукулевич и Т. Нефедова. Фото В. Афанасьева.**



## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПЛЕНДИЛА (ФЕЛОДИПИНА) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А. Л. Верткин, А. Д. Фищенко, С. И. Бухаров, Москва

В настоящее время практическое здравоохранение располагает большим арсеналом медикаментозных средств для лечения больных артериальной гипертензией (АГ). Вместе с тем проблема эффективной и безопасной терапии данной категории больных еще далека от своего решения по ряду причин. Во-первых, применяя антигипертензивные препараты, врачи не всегда правильно определяют цель лечения. Что важнее? Снизить артериальное давление или одновременно с этим нормализовать сниженный уровень функциональной активности органов-мишеней, которые, в конечном счете, и определяют риск таких грозных осложнений, как внезапная смерть, сердечная недостаточность и острое нарушение мозгового кровообращения.

Во-вторых, это нерациональное использование самих антигипертензивных средств, когда в качестве препаратов первого ряда используются лекарственные средства центрального действия (клофелин, допегит) или комбинированные препараты (адельфан, трирезид). Это же касается доз и кратности применяемых лекарственных веществ, а также их комбинаций.

В третьих, врачи очень часто не соблюдают сроки и интенсивность антигипертензивной терапии, а сами пациенты могут иметь "равнодушное" отношение к проводимому лечению. Поэтому, когда мы назначаем антигипертензивное средство пациенту с артериальной гипертензией, мы должны тщательно взвесить все "за" и "против": насколько препарат эффективен и насколько он повысит качество жизни больного, насколько он снизит риск развития таких грозных осложнений артериальной гипертензии, как острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения и внезапная смерть.

Целью нашей работы явилась оценка клинической эффективности и переносимости антигипертензивного препарата **Плендил** (фелодипин) фирмы "Астра" (Швеция) у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией.

Нами обследовано 46 пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Средний возраст их составил 56,9 лет. Среди них у 15 была мягкая артериальная гипертензия, у 31 – умеренная. Основная патология в ряде наблюдений имела сопут-

ствующие заболевания: у 28 – стенокардия II–III функционального класса, у 15 – постинфарктный кардиосклероз, у 18 больных сердечная недостаточность I стадии. Хронический пиелонефрит, ХНЗЛ и бронхиальную астму имели 14, 18 и 9 пациентов соответственно. У 18 больных отмечалось сочетание артериальной гипертензии с инсулиннезависимым сахарным диабетом. Сопутствующая патология была вне обострения и не требовала проведения курсового лечения.

Всем больным Плендил назначался однократно, утром, в стартовой дозе 5 мг. Если через 2 недели эта доза препарата не способствовала развитию стойкого антигипертензивного эффекта, то суточную дозу Плендила увеличивали до 10 мг. Если к концу 3 недели мы также не получали стойкой антигипертензивной реакции, то переходили к комбинированной терапии: к 10 мг Плендила добавляли другой препарат первого ряда антигипертензивных средств (бета-блокатор или ингибитор АПФ или диуретик).

Оценка эффективности Плендила включала в себя следующие методы: мониторинг АД, эхокардиография и биохимические константы крови исследовались до и после терапии. Ежедневно оценивались клинический антигипертензивный эффект, изменения ЧСС и АД, проявление побочных эффектов препарата. За время проведения курсового лечения всем больным трижды снималась ЭКГ.

Критериями "хорошего" антигипертензивного эффекта считали, когда средние терапевтические дозы Плендила (5–10 мг) вызвали снижение диастолического артериального давления (ДиАД) до 90 мм рт. ст. и менее. При этом побочные эффекты препарата отсутствовали. К критериям "удовлетворительного" эффекта относили, когда снижение ДиАД до 90 мм рт. ст. достигалось комплексной терапией, а фиксируемые побочные эффекты препарата не требовали его отмены. И к критериям "неудовлетворительного" эффекта относили, когда максимальные суточные дозы Плендила не приводили к снижению ДиАД, а побочные эффекты препарата требовали его отмены.

### Результаты

Одним из обязательных условий апробации нового антигипертензивного средства, особенно столь активного вазоагента, как Плендил, является оценка его влияния на

показатели центральной и периферической гемодинамики. Что касается артериального давления и ЧСС, то у 22 больных, получавших стартовую и поддерживающую дозу в 5 мг, отмечен стойкий и статистически значимый антигипертензивный эффект через 2 и 4 недели от начала лечения. Это касалось как систолического артериального давления (СиАД) – с  $202,7 \pm 12,1$  до  $157,5 \pm 11,3$  мм рт. ст., так и ДиАД – с  $101,7 \pm 10,2$  до  $77,2 \pm 7,2$  мм рт. ст. У 12 пациентов стойкий антигипертензивный эффект был отмечен к концу 3 недели лечения на дозе 10 мг. И у 7 больных монотерапия Плендилем в дозе 10 мг была неэффективна, а желаемый антигипертензивный эффект удалось добиться лишь комбинированной терапией. При применении Плендила как в низких, так и более высоких дозах отмечено незначительное увеличение ЧСС с  $85,5 \pm 7,8$  до  $86,2 \pm 6,2$  ударов в минуту.

Эти положительные гемодинамические изменения со стороны СиАД и ДиАД нашли свое подтверждение в результатах суточного мониторирования артериального давления. Так исходный уровень циркадного ритма артериального давления до лечения свидетельствовал об артериальной гипертензии с максимальными пиками подъема СиАД и ДиАД в утренние и послеобеденные часы. В ночное время гемодинамических данных, свидетельствующих об артериальной гипертензии отмечено не было. В процессе курсового лечения Плендилем в дозе 5–10 мг отмечена стойкая нормализация артериального давления как в утренние часы, так и в послеобеденное время.

Какой же ценой в отношении функций сердечной деятельности происходит снижение артериального давления? Выше нами уже были уже представлены данные, что снижение артериального давления сопровождалось некоторым увеличением ЧСС. При этом показатели центральной гемодинамики свидетельствовали, что антигипертензивный эффект Плендила обусловлен в основном уменьшением общего периферического сопротивления с  $2398,2 \pm 126,2$  до  $1582,4 \pm 109,3$  дин. сек. см<sup>5</sup>. Отрицательным инотропным действием препарат не обладал, а некоторое увеличение сердечного индекса и фракции выброса левого желудочка происходило опосредованно, за счет снижения постнагрузки на сердце. Нами также не отмечено влияние препарата на

синоатриальную и атриовентрикулярную проводимость.

Таким образом, если говорить о гемодинамическом эффекте Плендила, то хороший эффект препарата отмечен у 73,8% больных (47,8% в суточной дозе 5 мг и 26,0% в суточной дозе 10 мг). Удовлетворительный эффект препарата, там где Плендил сочетался с другими антигипертензивными средствами, составил 15,3%. У 3 больных лечение было прервано из-за развития побочных эффектов: у 1 – сильная головная боль, у 2 – стойкая распространенная гиперемия кожи.

Еще один аспект, который был затронут в нашей работе – это оценка антигипертензивной эффективности Плендила у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом. В настоящее время диагностика и лечение данной категории больных является важной частью программы по предупреждению множественных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Данные литературы свидетельствуют, что сама артериальная гипертензия является фактором риска развития инсулиннезависимого сахарного диабета с проявлением целого ряда нарушений обменных процессов в организме. В то же время многие антигипертензивные препараты (бета-блокаторы, диуретики) не являются нейтральными в этом отношении и могут оказывать негативное влияние на липидный спектр крови и уровень гликемии. В связи с этим при лечении артериальной гипертензии у больных с сахарным диабетом предпочтительно отдавать лекарственным препаратам, которые удобно назначать и которые не влияют на метаболизм глюкозы и липидов.

Среди 46 больных артериальной гипертензией, проходивших лечение в рамках ис-

следования, 18 страдали сахарным диабетом. Эти пациенты были выделены в отдельную группу и анализировались отдельно. У гипертоников, страдающих сахарным диабетом, Плендил понижал артериальное давление так же эффективно, как и у других пациентов. Он не оказывал никаких отрицательных воздействий на уровень содержания глюкозы и липидов, концентрацию электролитов в плазме крови и параметры почечных функций. Эти факты свидетельствуют о том, что Плендил показан для лечения пациентов, у которых повышен риск сердечно-сосудистых заболеваний из-за наличия сопутствующих метаболических нарушений.

В результате курсового лечения у всех больных нами также оценивалась динамика субъективных симптомов, характерных для повышения артериального давления. Исходно 24% больных жаловались на головную боль, 20% – на головокружение, на боль в сердце и сердцебиение – 30 и 26% соответственно. В процессе лечения Плендилем у 74% больных было отмечено полное исчезновение субъективных ощущений артериальной гипертензии. Лишь у 10% пациентов сохранялось сердцебиение и у 6% – головная боль. Боль в сердце и головокружение продолжали беспокоить 10% больных.

Теперь несколько слов о безопасности и переносимости Плендила. В нашем исследовании определялось содержание в плазме крови липидов, электролитов, а также другие лабораторные показатели (кальций, глюкоза, мочевая кислота, азот мочевины в крови, креатинин). Согласно результатам этих исследований Плендил не оказывал никакого действия на содержание в плазме крови калия, холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности. Препарат

также не влиял на концентрацию в крови азота, мочевины, креатинина и мочевой кислоты.

У пожилых пациентов, принимавших Плендил, средние концентрации липидов и электролитов в плазме крови, а также показатели, характеризующие функциональную активность печени и почек, значительно не изменились относительно начальных уровней. Таким образом, Плендил не приводит к неблагоприятным метаболическим и органодисфункциональным изменениям.

Наше исследование также показало хорошую переносимость Плендила, побочные эффекты которого предсказуемы и являются следствием вазодилаторного действия препарата. Они дозозависимы, проявляются в мягкой и умеренной форме и, как правило, быстро проходят после отмены или уменьшения дозы препарата. Среди них наиболее распространенными и приводящими к отказу от приема препарата являются: головная боль – 4,2%, головокружение – 1,2%, отеки голеней – 2,2%, тошнота – 0,7% и сердцебиение – 0,6%.

#### Заключение

Плендил (фелодипин) является высокоэффективным антагонистом кальция, нормализующим повышенное артериальное давление за счет снижения периферического сосудистого сопротивления без нарушения сердечной функции. Препарат первой линии при сочетании артериальной гипертензии с сахарным диабетом и у пожилых больных. Эффективен при лечении различных форм ИБС и сердечной недостаточности. Имеет хорошую переносимость и минимум побочных эффектов. Назначается по 2,5–5–10 мг один раз в сутки.

**В работе представлены результаты клинических исследований, проведенных в ГКБ № 50 и ГКБ № 81.**

## ВЁРВАГ ФАРМА



**Магнерот** – препарат, содержащий магний и оротовую кислоту. Применяется при стенокардии, инфаркте миокарда, ХСН, гиперлипидемии, магнийзависимых аритмиях сердца, спастических состояниях.

Совершенно новому аспекту применения препарата по-

священо исследование акад. А. М. Мартынова, проф. О. Б. Степуры и О. М. Мельник “Применение Магнерота у больных идиопатическим пролапсом митрального клапана”.

Исходя из существующего мнения о том, что выраженность полиморфной клинической симптоматики при пролапсе митрального клапана, часто связываемой с вегетативной дисфункцией, зависит от дефицита магния, авторы изучили магниевый обмен и его связь с клинической картиной при этом заболевании. Было показано, что почти у 73% наблюдавшихся больных имел-

ся дефицит магния в организме, а у остальных его уровень находился у нижней границы нормы. Половине из обследованных пациентов был назначен Магнерот (1 табл. содержит 500 мг магния оротата, в т. ч. 32,8 мг Mg<sup>2+</sup>), другие служили группой сравнения. На фоне терапии Магнеротом выявлена нормализация уровня магния у 62,5% больных с его исходным снижением.

На фоне приема Магнерота почти в 14 раз уменьшилась частота вегетативных кризов, более чем в 5 раз сократилась частота нарушений сердечного ритма, реже воз-

## МАГНЕРОТ

никали расстройства терморегуляции, частота кардиалгий, желудочно-кишечных расстройств и нейрогенных дизурий.

Уменьшилась частота и выраженность сосудистых нарушений и геморрагических симптомов; сократилась частота неврастении и расстройств настроения. В целом индекс клинической эффективности по шкале CGI был значительным в 51,2% случаев и средним у 37,5% больных.

*Более подробную информацию о препарате можно получить по тел./факс: (095) 382 8596.*

## ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. И. Маколкин, В. В. Бранько, Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова

В настоящее время на российском фармацевтическом рынке имеется достаточно широкий арсенал средств из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, всего же в мировой практике накоплены сведения более чем о 30 отдельных препаратах. Все эти препараты различаются по ряду фармакокинетических и фармакодинамических параметров, однако, клиническое значение этих различий в большинстве случаев пока не ясно.

Проведенное исследование эффективности ингибиторов АПФ различных поколений при лечении хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие постинфарктного кардиосклероза (в условиях острого лекарственного теста и при курсовом применении в течение 4-х недель) показало неоднозначность их влияния на показатели центральной и периферической гемодинамики.

Наряду с ингибиторами АПФ пациенты получали терапию сердечными гликозидами, диуретиками, при необходимости – нитратами короткого действия, а также аспирином в суточной дозе 125 мг. Параметры центральной гемодинамики оценивались методом зондирования правых камер сердца, а периферический кровоток – методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Острый лекарственный тест проводился на высоте действия препарата с учетом его фармакокинетических особенностей. Назначались каптоприл в разовой дозе 25 мг, эналаприл – 10 мг, рамиприл 5 мг и периндоприл (Престариум, Servier) 4 мг. В случае, если артериальное давление было ниже 105 и 60 мм рт. ст., следует использовать половинные дозы вышеуказанных препаратов. Далее препараты назначались на курсовой прием в течение 4-х недель, причем стремились достичь доз, рекомендуемых фирмами-производителями, эффективность которых была подтверждена в многочисленных крупномасштабных контролируемых исследованиях. Следует отметить большое удобство применения Престариума: уже в течение первой недели все больные вышли на рекомендуемую дозу 4 мг, причем не было необходимости “титрования дозы” в отличие от других ингибиторов АПФ.

В остром фармакологическом тесте все препараты вызывают положительные сдвиги

центральной гемодинамики: увеличивают сердечный индекс, снижают общее периферическое сопротивление сосудов и давление заклинивания легочной артерии. Каптоприл вызывал статистически достоверное снижение уровня среднего АД на 11,7% и увеличение ЧСС на 10,2% ( $p < 0,05$ ); достоверное снижение артериального давления отмечалось также при приеме эналаприла на 7,8% ( $p < 0,05$ ). Рамиприл и, в особенности, Престариум статистически значимо на АД и ЧСС в остром лекарственном тесте не влияли, что подтверждает данные других исследователей об отсутствии эффекта первой дозы у этих препаратов, затрудняющего подбор терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

При курсовом применении сохраняются позитивные гемодинамические сдвиги на фоне терапии эналаприлом, рамиприлом и Престариумом. Уже к концу 4-й недели происходит достоверное улучшение клинического статуса пациентов, получающих терапию длительно действующими ингибиторами АПФ. Наиболее выраженные положительные сдвиги отмечаются на фоне терапии Престариумом, в частности отмечено достоверное уменьшение тяжести сердечной недостаточности более чем на один функциональный класс.

В группе пациентов, получавших терапию каптоприлом, выявлены больные, у которых было отмечено ухудшение клинического и гемодинамического состояния (снижение сердечного индекса на 9,8% и рост общего периферического сопротивления сосудов на 21%). Это “ускользание эффекта” связано с активацией альтернативных путей образования ангиотензина II и альдостерона, в том числе не связанных с АПФ, на фоне изменения концентрации короткодействующего препарата в плазме крови.

Важным вопросом в лечении препаратами из группы ингибиторов АПФ является наличие и выраженность побочных эффектов. В этом аспекте можно утверждать, что Престариум практически лишен побочных эффектов, в частности мы не регистрировали возникновение сухого кашля или гипотензии первой дозы, в то время как эти побочные эффекты довольно часто отмечались при терапии эналаприлом и, в особенности, каптоприлом.

Существенным механизмом действия ингибиторов АПФ является их антишемиический эффект. Наиболее выраженным он был при курсовом применении Престариума (прирост порога стенокардии составил 16,2%).

Важным свойством ингибиторов АПФ является улучшение периферического кровотока при их применении, особенно на уровне микроциркуляторного русла. Начиная с III функционального класса сердечной недостаточности уменьшается периферическая перфузия, амплитуда медленных и пульсовых колебаний в микроциркуляторном русле, реакция периферического кровотока на симпатическую активацию и работа веноартериолярных механизмов регуляции. Именно периферические расстройства определяют качество жизни и прогноз больных с сердечной недостаточностью. Ингибиторы АПФ, в особенности Престариум, существенно увеличивают периферический кровоток, восстанавливают его волновую структуру. Престариум более эффективно, чем другие препараты восстанавливал нарушенный ответ микроциркуляторного русла на симпатическую активацию, а также работу веноартериолярных механизмов регуляции периферического кровотока.

Следует выделить определенные преимущества Престариума перед другими ингибиторами АПФ в лечении хронической сердечной недостаточности:

- облегчение действия брадикинина независимо от кининазной активности АПФ (периндоприл является аллостерическим индуктором  $V_2$ -кининовых рецепторов);
- облегчение действия других агонистов кининовых рецепторов;
- более благоприятное воздействие на перераспределение сердечного выброса (в пользу сосудов почек и кожи, где кровоток снижен в наибольшей степени);
- более эффективное восстановление нарушенного ответа микроциркуляторного русла на симпатическую активацию, а также работы веноартериолярных механизмов регуляции капиллярного кровотока;
- меньшая частота побочных эффектов.

## ЭНАМ (ЭНАЛАПРИЛ) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

С. А. Дегтярева, О. В. Демихова, Е. И. Шмелев, В. В. Аношин  
Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

В последнее десятилетие хронические заболевания легких выходят на одно из первых мест в структуре заболеваний Российской Федерации. Ухудшение экологической и социально-экономической обстановки в России за последние годы привело к резкому увеличению числа больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ) до 16–17 млн. человек (А. Г. Чучалин, 1998) и туберкулезом легких 2 млн. 288 тыс. (А. Г. Хоменко, 1998). Грозным осложнением этих заболеваний является формирование хронического легочного сердца (ХЛС).

По распространенности и частоте летальных исходов легочное сердце в последние годы находится почти на одном уровне с заболеваниями сердца другой этиологии и занимает 3-е место после острого инфаркта миокарда и гипертонической болезни. Среди всех случаев легочной недостаточности хроническое сердце составляет 25%.

Для системы здравоохранения это означает выделение значительных ресурсов на оказание амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Для самих же пациентов ХЛС проявляется не только в дополнительных расходах, но и в негативном влиянии на качество жизни: ухудшении работоспособности, ранней инвалидизации, постоянном страхе за свою жизнь. Недостаточная эффективность известных способов лечения ХЛС диктует необходимость поиска новых подходов к этой проблеме. Известен положительный эффект применения ингибиторов АПФ на структурно-функциональное состояние левого желудочка сердца у больных с артериальной гипертонией и недостаточностью кровообращения. Применение же этой группы препаратов в лечении ХЛС пока малоизучено.

В Центральном НИИ туберкулеза РАМН проводится изучение эффективности и безопасности длительного непрерывного применения эналаприла малеата (Энам фирмы Д-р Реддис Лабораторис ЛТД, Индия) в лечении хронического легочного сердца у больных ХОБЛ и туберкулезом легких.

Возраст больных колебался от 24 до 76 лет. У 54,3% сопутствующей была артериальная гипертензия. Все больные получали общепринятую базисную терапию, включающую глюкокортикоиды, в-агонисты, метилксантины, холинолитики. У больных туберкулезом проводилась противотуберкулезная химиотерапия и лечение сопутствующих заболеваний.

После предварительного обследования по разработанной схеме, включающего изучение анамнеза, жалоб, лабораторных исследований, рентгенографии, ЭКГ, функции внешнего дыхания (ФВД), эхокардиографии (ЭХО ДКГ), всем больным основной группы наблюдения назначался Энам в средней дозе 20 мг в сутки.

Результаты врачебного клинического мониторинга оценивались по пятибалльной шкале. На стационарном этапе наблюдение осуществлялось ежедневно, затем каждые три месяца больной вызывался для контрольного исследования.

Нами были разработаны дневники наблюдения для больных, в которых они ежедневно отмечали выраженность симптомов болезни, таких как кашель, одышка, количество приступов удушья, переносимость физической нагрузки, ночной сон, отеки, скоростные показатели выдоха (ОФВ) посредством пикфлоуметрии.

В стационаре диагностическое исследование ФВД проводилось с помощью кривой поток–объем форсированного выдоха, спирографии и определения парциального давления кислорода и углекислоты в артериализованной крови (Пневмоскрин 2 Эрих, Егер). У всех больных оценивалось состояние левого и правого желудочков методом эхокардиографии при помощи эхотомографа LSC-7000 фирмы «Piker International» (США) с электронным датчиком частотой 3,5 мГц по общепринятой методике Н. Н. Мухарлямова и Ю. Н. Беленкова (1974). Импульсивная эхокардиография выполнялась на том же аппарате с углом сканирования 90° в положении больного лежа на спине или на левом боку из стандартного парастернального доступа.

Определяли следующие параметры: давление в легочной артерии, диастолический размер правого желудочка, толщину межжелудочковой перегородки. Показатели центральной гемодинамики (фракция выброса, ударный объем, минутный объем) рассчитывались по общепринятым формулам.

В проведенном нами исследовании 33 пациента принимали Энам в комплексе с терапией основного заболевания. Все больные переносили препарат хорошо. Однако у трех больных (7,9%) появился кашель, у одного – выраженная гипотония, из-за чего препарат был отменен.

В результате шести месяцев применения препарата было установлено, что за время

постоянного его приема у 25 (75,7%) больных одышка и кашель уменьшились с 4-х до 1–2-х баллов, у 20 (83,0%) нормализовалось артериальное давление, увеличилась толерантность к физической нагрузке, улучшился ночной сон. В дальнейшем это было подтверждено данными инструментального обследования.

Особого внимания заслуживают результаты, подтверждающие способность ингибиторов АПФ снижать давление в легочной артерии. В результате шестимесячного применения эналаприла давление в легочной артерии снизилось в основной группе с 43+1,1 до 32,5+6,8 мм рт. ст., тогда как в контрольной группе отмечалась тенденция к дальнейшему нарастанию его значений. Исследование величины правого желудочка сердца свидетельствует о достоверном уменьшении его размера за шесть месяцев непрерывного приема эналаприла с 3,55+0,12 до 3,1+0,1

Нами были проанализированы показатели ОФВ1, которые в основной группе увеличились с 39,44+5,85 до 56,22+6,61%. И лишь незначительный прирост наблюдался в контрольной группе от 72,0+16,1 до 77,33+11,2%, хотя все больные получали одинаковую базисную терапию. Это свидетельствует об эффективности применения препарата у больных с бронхообструктивным синдромом.

В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Долгосрочное применение эналаприла в лечении ХЛС у больных ХОБЛ и туберкулезом, осложненным ХОБ, приводит к улучшению качества жизни больных. Повышается толерантность к физической нагрузке, возрастает активность в повседневной жизни, уменьшается болезненность, тревога и депрессия, улучшается сон, возрастает ОФВ1, уменьшается одышка.

2. Шестимесячное применение эналаприла один раз в сутки приводит к нормализации артериального давления, снижению легочной гипертонии, обладает ремодулирующим действием на миокард правого желудочка сердца (уменьшение размеров и толщины его стенки).

3. Препарат Энам фирмы Д-р Реддис Лабораторис ЛТД по сравнению с аналогичными лекарственными средствами этой группы является не только эффективным, но и дешевым, что является зачастую решающим фактором для больного.

## НИФЕДИПИН – НАДЕЖНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Член-корреспондент РАЕН С. Ю. Марцевич, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ

Нифедипин относится к антагонистам кальция из группы дигидропиридинов. В отличие от двух других групп антагонистов кальция – фенилалкиламинов (верапамил) и бензодиазепинов (дилтиазем), действующих в первую очередь на клетки миокарда, нифедипина действует в первую очередь на гладкомышечные клетки сосудов. За счет этого нифедипин обладает выраженным сосудорасширяющим действием, которое распространяется в первую очередь на периферические артерии и коронарные артерии. Нифедипин, в отличие от верапамила и дилтиазема, не замедляет сердечного ритма, не влияет на атриовентрикулярную проводимость и не уменьшает сократимость миокарда.

Его используют в первую очередь при лечении артериальной гипертонии (как периферический вазодилататор) и ишемической болезни сердца (как антиангинальный препарат), а также для лечения пороков сердца (аортальной недостаточности), феномена Рейно, легочной гипертензии, мигрени.

Очень важно, что нифедипин нередко может назначаться в тех случаях, когда противопоказан или нежелателен прием ряда других препаратов. Так, его применение возможно при обструктивных заболеваниях легких, нарушениях периферического кровообращения, язвенной болезни, когда противопоказан прием бета-адреноблокаторов. Нифедипин можно назначать при атриовентрикулярной блокаде, синдроме слабости синусового узла, брадикардии, когда противопоказан прием не только бета-адреноблокаторов, но и замедляющих ритм антагонистов кальция – верапамила и дилтиазема.

Нифедипин в отличие от ряда других препаратов, используемых в кардиологии, не вызывает метаболических нарушений, в частности, он не влияет на обмен глюкозы и липидов (в отличие от диуретиков и бета-адреноблокаторов).

В ряде случаев нифедипин может считаться «препаратом выбора», поскольку по эффективности превосходит другие препараты, обладающие аналогичным действием. Так, он почти всегда устраняет или значительно урежает приступы вазоспастической стенокардии, причем это его действие обычно более выражено, чем действие замедляющих ритм антагонистов кальция или нитратов.

В специально проведенном многоцентровом исследовании (КИАП), целью которого было сравнение эффективности различных антиангинальных препаратов у больных стабильной стенокардией напряжения, было показано, что у 19% больных нифедипин при однократном применении является самым эффективным антиангинальным препаратом, то есть, превосходит по выраженности эффекта нитраты и бета-адреноблокаторы.

Важно, что эффективные дозы нифедипина колеблются в достаточно больших пределах у разных больных. У больных стабильной стенокардией напряжения разовая доза нифедипина в 10 мг дает эффект примерно в 20% случаев. У большинства таких больных эффективная разовая доза нифедипина составляет 20 мг, в ряде случаев ее приходится увеличивать до 30 и более мг.

Нифедипин производится в различных лекарственных формах, что предоставляет практическому врачу возможность выбрать в каждом конкретном случае адекватную терапию. Лекарственные формы нифедипина короткого действия представляют собой так называемые быстрорастворяющиеся капсулы (в России они известны под названием Адалат). Препарат при применении в таких капсулах очень быстро начинает свое действие, поэтому они очень удобны для купирования гипертонических кризов.

Лекарственные формы нифедипина умеренно пролонгированного действия выпускаются в виде таблеток (в России наиболее известен препарат Коринфар). Концентрация нифедипина при их применении нарастает почти так же быстро, как и при применении капсул (поэтому они с успехом используются для купирования гипертонических кризов), но спадает более плавно.

Еще более длительным действием обладают специальные таблетки нифедипина пролонгированного действия, при применении которых препарат достаточно быстро поступает в кровь и сохраняет достаточную концентрацию в течение 8–12 ч (в России известны под названием Коринфар-ретард, Адалат-SL). Такие лекарственные формы назначают, как правило, 2 раза в день, они еще реже дают побочные эффекты, поскольку их действие еще более равномерно.

Существуют и лекарственные формы нифедипина значительно пролонгированного действия (Аоринфар-уно, Осмо-Адалат). При их изготовлении используются специальные

технологии, позволяющие обеспечить медленное высвобождение нифедипина в желудочно-кишечном тракте и его постоянное, в течение достаточно длительного времени, поступление в организм. Начало действия этих препаратов, как правило, отсрочено, но при их регулярном применении они дают очень равномерный эффект. Эти лекарственные формы назначают 1 раз в день, они реже всего дают побочные эффекты.

Из нежелательных эффектов нифедипина, не связанных с конкретной лекарственной формой, в первую очередь надо отметить появление отеков на ногах. Отмечено, что частота этого побочного действия прямо зависит от дозы препарата.

Принципиален вопрос о влиянии нифедипина на прогноз заболевания при его длительном назначении. Высказывались мнения об опасности длительного применения этого препарата в связи возможностью увеличения смертности больных и частоты инфаркта миокарда. Анализ современных данных позволяет утверждать, что никакого отрицательного влияния на показатели смертности нифедипин у больных со стабильно протекающей ишемической болезнью сердца и у больных артериальной гипертонией не оказывает. Лишь у больных нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда применение нифедипина (в первую очередь в виде лекарственных форм короткого действия) может ухудшить течение болезни, в основном из-за возможности проишемического действия и способности вызывать так называемый синдром «рикошета», или синдром отрицательного последствия, который характерен в первую очередь для лекарственных форм короткого действия.

Таким образом, нифедипин является эффективным и достаточно безопасным препаратом, способным существенно улучшить состояние больных различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. По-видимому, при длительном назначении этого препарата целесообразно отдавать предпочтение лекарственным формам пролонгированного и значительно пролонгированного действия. Если же препарат назначается в виде лекарственных форм умеренно пролонгированного действия, то необходимо обеспечить достаточно равномерный эффект препарата в течение суток, назначая его не менее 3–4 раза в день (в том числе на ночь).

## Не только лекарства

## БЕСЕДА ПЯТАЯ



## Театротерапия

**В этой рубрике мы рассказываем, как благотворно влияют на наше здоровье природа и искусство - живопись, музыка, ароматы цветов и "магия" камней, театр и телевидение... А беседует с вами профессор Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова Николай Борисович Коростелев, культуролог, ученый-гигиенист, литератор, но прежде всего - мудрый человек, и это читатели, безусловно, почувствуют.**

Театр дарит людям возможность общения с прекрасным, возвышая душу человека, делая его духовно богаче. Действие, происходящее на сцене, заставляет зрителя окунуться в атмосферу сопереживания и забыть на время о трагизме происходящего в реальной жизни. Это особенно важно в трудные периоды жизни людей – во время войн, кризисов, разрухи, голода, потери родных и близких. Не случайно в годы войны такой популярностью пользовалась пьеса А. Н. Островского "Без вины виноватые". Сложная коллизия, разыгрывающаяся на сцене, прекрасная игра актеров как бы переключает внимание присутствующих в зале с их внутренних переживаний на события, происходящие в спектакле, уводя житейские проблемы на второй план.

У врачей уже давно родилась идея о возможности использования театрального искусства в лечебном процессе. На практике это впервые реализовал выдающийся русский психиатр С. С. Корсаков. Известно, что постановки для душевнобольных в руководимой им клинике с большим интересом смотрел Л. Н. Толстой. В спектаклях участвовали и сами больные. Психиатры, психологи, театральные деятели много потрудились, чтобы вскрыть механизм благотворного влияния исполнения различных ролей пациентами на излечение от истерии, некоторых неврозов и фобий, снятия стрессовых состояний.

Предпринимались попытки точно определить, каким группам больных показаны те или иные жанры: драма, комедия, оперетта, цирк...

Оказалось, что сделать это можно только в очень ограниченном количестве случаев. Действительно, для выра-

ботки рекомендации врач должен очень много знать о своем пациенте: интеллектуальный уровень, вкусы, подготовленность к восприятию, финансовые возможности, привязанности, любимых артистов, склад характера, даже политические пристрастия и место жительства (из отдаленных районов стало опасно ездить в вечернее время).

Однако можно высказать общую для всех рекомендацию. Устраивайте себе праздники - хоть изредка выбирайтесь в театр сами, а то и вместе с детьми и внуками. Что выбрать для просмотра? Посоветуйтесь с друзьями, знакомыми, родными, вкусу которых вы доверяете. Разузнайте, что за спектакль идет в том или ином театре, кто его поставил, какие артисты в нем задействованы.

Никакой телевизор или кино не заменит атмосферу зрительного зала, сценического действия, живую игру актеров.

...Одно время я был довольно близко знаком с С. В. Образцовым и даже несколько дней жил у него на даче. Помню раннее утро. Мы неспешно прогуливаемся вокруг живописного прудика и обсуждаем влияние спектакля на психическое здоровье детей. Прекрасный режиссер, актер, писатель. С. В. Образцов был и вдумчивым педагогом. Он говорил страстно, увлекаясь, повышал голос, словно перед ним была большая аудитория, которую он пытался убедить в своей правоте. Он был уверен в том, что театр должен дарить ребенку радость, облагораживать зрителя, заставляя его посмотреть на самого себя как бы со стороны и вдруг увидеть себя в неожиданном ракурсе. Спектакли должны быть рассчитаны на определенный

возраст ребенка. Ни в коем случае нельзя пугать детей младшего возраста. Такой персонаж, как Серый Волк из «Красной Шапочки» может вызвать нервный шок у 3-летних детей. А какое яркое и веселое зрелище – цирк! На арене только появлялся солнечный клоун Олег Попов, а взрослые и дети уже начинали смеяться. Стоило ему пройтись своей знаменитой походочкой и произнести хотя бы одну из реплик - зал уже хохотал. Сам Попов, этот «академик смеха», писал: «С шуткой легче жить, легче преодолевать трудности. У одного древнего естествоиспытателя среди прочих советов, как сохранить здоровье и бодрость до старости, я прочел следующее: «Больше смейтесь над собственными неудачами и недостатками». Смех, действительно, целителен и не только в личном, человеческом, но и в общественном, социальном смысле. Одна из моих программ, кстати, так и называется «лечение смехом».

Вам грустно, и плохое настроение, и все не так, как хотелось бы – идите в цирк. Возьмите с собой детей. Обнимите ребенка за плечи в тот момент, когда вы почувствуете, что он может испугаться (на арене львы, тигры, пантеры), пусть он ощутит тепло вашей руки – страх пройдет.

А какая она благодарная, детская аудитория. Мне приходилось выступать перед ребятами с забавными историями и сказками про животных, про самых обычных котов, ворон, воробьев. В ответ я слушал всякие занятные случаи из жизни своих питомцев. «Сценический опыт» я приобрел еще в годы Великой Отечественной войны, когда мне, мальчишке, приходилось выступать перед ранеными, читая им смешные стихи, рассказы. В студенческие годы в институте, где я учился, был очень сильный эстрадный коллектив. Случилось даже так, что многие его участники сменили белые халаты на театральные костюмы. Они стали профессиональными артистами и писателями. Так вот, в студенческие годы мы часто выступали в клиниках, больницах с «шефскими концертами». Сейчас жизнь изменилась. И все-таки, если поступает на лечение действующий или бывший артист, то хорошо бы заведующему отделением наметить ему при выздоровлении, насколько велика роль «театротерапии» и как были бы рады больные люди увидеть его самого и его коллег-артистов с небольшим спектаклем...

А может быть, в отделении есть видеоманитофон? Отлично. Соберите видеотеку с лучшими фильмами, в которых играют любимые всеми артисты и используйте ее в качестве «видеоманитотерапии» в лечебном процессе!

**В июне медицинская общественность отметила 70-летний юбилей врача-кардиолога, академика Е. И. Чазова. Мы присоединяемся к поздравлениям коллег, а к пожеланиям здоровья и успехов в работе на посту директора Кардиоцентра добавляем – творческих удач на ниве литературы.**

**Книга «Здоровье и власть» стала бестселлером, ее прочли многие, а вот книгу «Истоки», наверное, удалось достать не всем поклонникам творчества Евгения Ивановича. Между тем она необычайно интересна и полезна. Монография посвящена М. Я. Мудрову (1772-1831) – врачу, педагогу, ученому, внесшему огромный вклад в становление русской медицины. Предлагаем нашим читателям небольшие отрывки из книги, выпущенной издательством «Медицина» в 1994 г.**



## ИСТОКИ

В начале 50-х годов, когда я работал в 1-м Московском медицинском институте, в одной из аудиторий мое внимание привлек портрет красивого мужчины лет пятидесяти. Необыкновенны были глаза – проникновенные, как будто что-то изучающие и немного грустные. Казалось, что человек хотел заглянуть в тебя и познать – а что ты есть? Я спросил: «Чей это портрет?» «Разве ты не знаешь? – отвечали мне. – Это же портрет Мудрова». Мне было стыдно, но я действительно впервые видел его портрет. Да и сообщалось тогда нам о его многогранной деятельности очень немногое. Вероятно, о нем больше знали по высказыванию Л. Н. Толстого в «Войне и мире» как о прекрасном практикующем враче. Так и звучало обычно «доктор Мудров». На фоне громких имен – Пирогов, Боткин, Сеченов – он тогда казался второстепенной фигурой в истории медицины. Я до сих пор не могу понять, что это было: сознательно или просто, как нередко бывает, – труды и дела Мудрова затерялись в пыли истории.

Я решил тогда для себя познать эту необычную личность, так странно смотревшую на меня с портрета, написанного художником Щегловым. Где только можно, я доставал очень скромную литературу о нем, вроде небольшой, на двух печатных листах, брошюры профессора В. Н. Смотровой, а позднее, когда появилась возможность, искал все, что можно, в архивных материалах. И передо мной постепенно разворачивалась глыба – «медицинский Ломоносов». Перед глазами проходила необыкновенная жизнь человека, достигшего больших успехов благодаря таланту и характеру, жизнь, полная счастья познания нового, созидания в науке и преподавании, жизнь сама по себе – врачебный подвиг. И в то же время это была жизнь человека мечущегося, полная борьбы с несправедливостью, подлостью, полная трагизма и нераскрытых возможностей человека и ученого. М. Я. Мудров – натура на редкость противоречивая – соединял в себе величие православной религии, мистицизм и духовность масонства с материализмом врача и естествоиспытателя. Но самое главное для меня заключалось в том, что это был эталон «гиппократова врача», который оставил после себя на великой Руси много подобных себе.

Почему история так незаслуженно распорядилась этим необыкновенным врачом и профессором, создателем медицинского института при Московском университете? Ведь Мудров, а не Боткин создал первую школу русских терапевтов, рассматривавших болезнь как страдание всего организма. Ведь не Пирогов, а Мудров первым заявил о медицине профилактической, и именно он предложил доктрину военной гигиены. А его работы по дизентерии, холере, в борьбе с которой он погиб, – разве это не подвиг врача, о котором, к сожалению, забыли?

Мне повезло в начале моей врачебной деятельности, поскольку я начал работать в клинике А. Л. Мясникова под руководством ста-

рейшего на тот момент преподавателя 1-го Московского медицинского института М. Я. Панченкова, помнившего старую русскую земскую медицину, старых русских профессоров.

На мой вопрос: «Почему у нас так недооценивают Мудрова?» – он ответил так: «Знаешь, говорят, история все ставит на свои места. Как бы не так. Историю пишут и создают люди, а они не безгрешны, отстаивая свои взгляды и принципы. Тот же Мудров сейчас кто? Церковник, масон, частно практикующий врач, лечивший князей и богатых купцов. И забывают, сколько он сделал для русской медицины, для нашего университета, да, в конце концов, для всего русского народа. Ведь как бывает: кто работает за славу, кто за деньги, а есть и такие, как Мудров, которые работают во славу Господа Бога и России. Разве понравится он тем, кто хотел бы переписать русскую историю?»

**17 августа 1808 г.** Матвей Яковлевич Мудров впервые пришел в стены Московского университета как профессор, руководитель кафедры, преподаватель. И до 1831 г., до последних дней его жизнь будет связана с университетом, который стал ему родным домом. Несмотря на мир с Наполеоном, в России были уверены, что война с французами неизбежна. Вот почему Мудров с большим воодушевлением читал курс военной гигиены и болезней военного времени... Своим студентам М. Я. Мудров не только преподавал военную гигиену, но и много рассказывает о терапии болезней в лагерях и госпиталях, «наиболее бывающих», и показывает «делоручие (хирургию) поврежденных на поле бранном наносимых». Будущих врачей он упражнял в накладывании простых и удобнейших перевязок, в совершении операций, наиболее случающихся в российской полевой хирургии.

Большой психолог и в то же время знающий врач, Мудров довольно быстро стал завоевывать врачебную практику в Москве. Его начали приглашать на большие консилиумы, и на них он завоевывал свою популярность. Один из современников вспоминает: «Сам же он, призванный на консилиумы, никогда горячо не спорил, не порицал мнений и действий врачей, но изъяснял свое мнение и возражал тихо, вразумительно, без надменности, без насмешек; перед больным и домашними его членами никогда не поносил и не чернил поступков обыкновенно пользовавшего в доме врача, ибо осуждать самую науку врачебную; но если подлинно усматривал неправильные действия какого-то врача, то наедине делал ему замечание, даже и выговор, но дельный, ясный, без грубостей и оскорблений, и при всем том он старался всячески оправдать врача перед больным; если советовал совершенную перемену лечения, то хлопотал

всегда о том, чтобы новые лекарства по вкусу и виду были сколь можно схожи с прежними». Вот если бы так же вели себя многие современные врачи и профессора!

С самых первых дней своей практики Мудров начал скрупулезно записывать и собирать истории болезни. Они будут величайшим богатством Матвея Яковлевича... Имена тяжелобольных с трудным диагнозом подчеркивались им либо одной, либо двумя, либо тремя черточками, в зависимости от того, как часто он должен был их посещать. По истечении года тетрадки переплетались и вместе с записной годовой книжкой, на которой золотом печатался год работы, помещались в специальный шкаф... Мудров мог в любой момент найти историю болезни того или иного больного, к которому его приглашали, или найти способ лечения, который использовался в данном конкретном случае. Любопытны записки, которые ему иногда присылали московские барыни и купчихи: «Батюшка, Матвей Яковлевич, пришли мне рецепт зеленой мази, что ты мне давал, когда я у тебя лечилась. Она мне очень помогла и теперь ужас как надобна». Мудрову иногда приходилось по таким запискам выдавать рецепты, прописанные этим больным десять, а то и пятнадцать лет назад.

Мудров чрезвычайно дорожил и «пуще глаза» берег это бесценное свое сокровище. В конце своей жизни, а смерть наступила внезапно, он предложил своим ученикам, в частности своему самому близкому ученику Б. Страхову, разобраться во всех этих историях болезни, обобщить материалы и их опубликовать. Но, к сожалению, этот труд не был выполнен, и богатейший материал Мудрова пропал...

Предложенные им принципы составления истории болезней и сегодня весьма актуальны для любого врача. Надо сказать, что история болезни, без которой сегодня невозможно существование нашей медицины, берет начало от Матвея Яковлевича Мудрова.

Вспомним «Войну и мир» Льва Николаевича Толстого: «Как бы переносил граф болезнь своей любимой дочери, если бы он не имел возможности рассказывать подробности о том, что Метивье и Феллер не поняли, а Фриз понял, и Мудров еще лучше определил болезнь». Речь, как помните, идет о болезни Наташи Ростовской, к которой приглашали лучших специалистов, и только Мудров поставил правильный диагноз. Действительно, судя по описанию Толстого, разобраться в болезни, учитывая характер ее возникновения, было непросто. Решающую роль играл нервный фактор. Но разобраться в этом было проще Мудрову потому, что он, в отличие от многих практических врачей, представлял болезнь не просто как какой-то симптом, поражение одного органа, а как болезнь всего организма, где внешний фактор, состояние человека, его душевный мир играют важную роль.

В декабре 1811 г. Мудрова награждают орденом Владимира IV степени, а весной 1812 г. его избирают деканом медицинского университета.

Пожалуй, Мудров был первым, кто в своих лекциях говорил не только о больном, о его болезни, но и о враче. Из поколения в поколение передавались пять его заповедей, с которых начинались его

лекции. От них, по его словам, в значительной степени зависят успехи в работе врача.

**«1. Око твое да будет чисто, да и все тело твое светло будет. Уклоняй очи от зренья лукавого и дух от похоти очисти. Ибо очи твои должны взирать токмо на страдающие лица больных, на положение их тела, на дыхание, на язык, на раны, язвы, сыпи и на гнойные извержения, ибо и во врачевании светильник телу есть – око.**

**2. Слух твой да будет внимлющ и чувствителен не к буйным козлоглосованиям, но к хвалению Господа, к поучению и беседам мудрых. Ухо твое да будет чутко и в полунощи на жестком ложе твоем, и на камне с книгой в взглавие твое, когда воззовут тебя на помощь. Наряд твой должен быть таков, что встал – то готов. Не только в бодрственном состоянии, но и в самом сне изнемогшего тела твоего при одре болящего ты бодрствуй духом. Слыша его дыхание, внимай его требованиям, стенанию, кашлю, бреду, икоте и восприни от своего бодрственного сна.**

**3. Язык твой обуздай на глаголы неподобные и на словеса в лукавстве. Да будет он в успокоение мятущейся души к предвкушению пищи, пития и лекарства больных, а не к лакомству и пресыщению твоему.**

**4. Обоняние твое да будет чувствительно не к масти благовонной для влас твоих, не к ароматам из одежды твоей испаряемым, кои все противны больным, но к запертому и зловонному воздуху, окружающему больного, к заразительному его дыханию, поту и всем его извержениям.**

**5. Руки твои должны быть чисты и обмывены всячески, то есть наружно и нравственно, всегда готовы подать помощь каждому».**

К сожалению, в тот период не печатались лекции профессоров, не издавались руководства по диагностике. Но можно с уверенностью говорить, что Мудров был первым профессором Московского университета, который в полном объеме давал студентам представление обо всех возможных подходах к диагностике.

**М. Я. Мудров:**

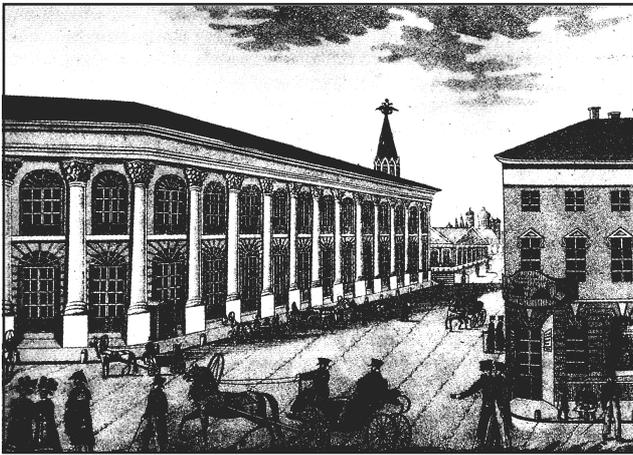
**«Наука не стоит на одном месте, а подобно великой реке беспрестанно течет вперед и ни в чем остановлена быть не может».**



Мудров боролся против полипрагмазии, которая царствовала в тот период в практической медицине. Он говорил, что, зная диагноз, можно применить точное конкретное лекарственное вещество. Он упростил терапию, вывел из практики употребление сложных лекарственных смесей и учил не видеть в рецепте основу лечения. **«Надобно много знать лекарств, – говорил он студентам, – но мало употреблять оных. Знайте, Виллье назначает такие сложные лекарства, которые состоят из 20 компонентов, и, написав последний, он, наверное, не помнит, какой был первым. Простота есть печать истины. Из средств я выбираю по большей части слабейшее, а при опасности иногда и самые сильные, но всегда простые, обыкновенные».**

Студенты любили слушать его лекции из-за непосредственности лектора. Понимая, что будущие его питомцы столкнутся по выходе из университета с жизнью практических врачей, он нередко давал такие советы, за которые кое-кто, например А. Ф. Кони, инкримини-

ровал ему «циническую наивность» и страсть к стяжательству. Но это не было «цинической наивностью», это была, наверное, мудрая простота Матвея Яковлевича, стремившегося помочь будущим практическим врачам, которым придется зарабатывать на жизнь своим житейским опытом. Вспоминают, как, обратившись к одному из бедных студентов, он поучал: «Ты, братец, когда станешь врачом и вы-



звуют тебя к замоскворецкому купцу, прежде всего пошли нанять карету, хоть заложил что-нибудь, коли денег нет, а карета чтоб была. Да как приедешь к больному и войдешь в дом, прежде всего пощи глазами образ, да помолись на него, да потом и спроси, где болящий. Ну, какая может быть болезнь у него? Скорее всего, обьялся. Ты пропиши ему касторку в надлежащем количестве, а на расспросы окружающих скажи: «Ничего еще не могу сказать, приложу все разумение, а впрочем, на все воля Господня. Но облегчишь ты его, и станут считать тебя хорошим доктором».

В 1828 г. в октябрьском номере «Вестника естественных наук и медицины» появляется статья Мудрова, в которой он, обобщая свой большой опыт, дает обоснование медицине как науке и подробно рассуждает о подходах к ее изучению. Эта работа показывает, каких высот аналитического мышления достиг Мудров. Эта работа – удар по тем противникам, которые, не имея возможности подвергать сомнению его талант врача, отвергали роль Мудрова в развитии русской науки. Вероятно, это была первая теория медицинской науки, изложенная русским ученым. Сегодня актуально звучат его слова: **«Медицина, как и все прочие главные отделения человеческих познаний, состоит из многих разных отраслей или отдельных наук. Все сии отдельные науки, несмотря на свое разнообразие, одна из другой основываются, одна за другой следуют, одна другую поддерживают и одна другой способствуют, и таковою совокупностью своею составляют целое единство медицинской науки и врачебного искусства. Все они имеют между собой логическую, то есть неперемнную связь, все находятся в целой медицинской науке точно в таком же отношении, как отдельные члены животного к целому телу».**

Как завещание для будущих поколений преподавателей и учеников звучат слова первого директора Московского медицинского института: «Многим наукам можно научиться, сидя в своей комнате, через долговременное собственное упражнение без учителя; но медицине, и в особенности высочайшей ее степени – врачебному искусству, никак и никогда. Для снискания знаний врачебного искусства непременно должно иметь живого, опытного учителя; должно через него введено быть в святилище медицины; должно внять из уст его практические наставления; должно осязательным образом при постели больных принять непосредственно из благодетельных возвращающих здравие рук его дар целения болезни». Наверное, это высказывание Мудрова можно было бы большими буквами напечатать и вывесить при входе в любой медицинский ВУЗ...

Эта блестящая, полная философского смысла работа Мудрова прошла как-то мимо наших ведущих ученых и специалистов, как, в общем-то, и многое другое, о чем мы уже говорили (вроде приписываемого Пирогову предложения об активном внедрении профилактики, которое он услышал из уст своего учителя – профессора Мудрова). Поражает блестящее предвидение Мудровым будущего, понимание того, что врач может быть врачом, «подобным Богу», только в том случае, если он не будет останавливаться на достигнутом, не будет ограничиваться теми знаниями, которые он имеет, а будет учиться всю жизнь. Его слова: «Наука не стоит на одном месте, а подобно великой реке беспрестанно течет вперед и ни в чем остановлена быть не может», – составляют кредо жизни и деятельности любого настоящего ученого.

Вся жизнь Мудрова была отдана людям. Во имя их здоровья и благополучия он и отдал свою жизнь. В конце 1829 г. эпидемия холеры, двигавшаяся из Персии, достигла Поволжья. Течение ее было крайне тяжелым, половина заболевших умирали. Донесения царю Николаю I из Астрахани, Оренбурга, Саратова носили все более и более угрожающий и панический характер. Эпидемия медленно поднималась вверх по Волге, захватывая все новые и новые районы. Испуганный Николай предложил министру внутренних дел графу Арсению Андреевичу Закревскому лично возглавить борьбу с холерой.



Прекрасный администратор и хороший организатор, Закревский обратился к петербургским светилам с просьбой помочь разработать принципы охраны населения от холеры. Каковы же были его возмущение и удивление, когда никто в столице толком не дал разумительного ответа на поставленные вопросы; более того, он узнал, что нет единого мнения даже о путях переноса инфекции. Кто-то вспомнил, что вопросами гигиены и защиты населения от болезней занимался профессор Московского университета известный врач Мудров. Закревский слышал о нем от своих друзей, слышал о его прекрасных качествах врача. Поэтому, решив создать специальную «центральную комиссию для уничтожения холеры», он включил туда, причем в качестве руководителя, Матвея Яковлевича...

Три месяца комиссия работала в Поволжье, собирая материалы о распространении холеры, пытаясь выяснить все возможные пути ее распространения и отработать наиболее эффективные средства предупреждения и лечения. Однако дело продвигалось туго... Мягкому интеллигентному Мудрову никак не удавалось свести воедино разноречивые мнения... Наконец, не надеясь на комиссию, Мудров сам со Страховым составил рекомендации, которые были утверждены комиссией. «Наставления простому народу, как предохранять себя от холеры и лечить занемогших сею болезнью в местах, где нет ни аптекар, ни аптек» были представлены министру внутренних дел. Трудно переоценить значимость этой работы, учитывая, что эта рекомендация приобрела форму закона и была включена в 13-й том Свода законов. Не отсюда ли нам надо отсчитывать санитарно-эпидемиологическое законодательство нашей страны?

Весной 1831 г. холера, каким-то образом обойдя Москву, появилась в Петербурге. Первые случаи были выявлены в конце апреля – начале мая 1831 г. и вызвали всеобщую панику. Они застали петербургских медиков врасплох. Медицинские бюрократы были во все времена. Много их было и в тот период при Николае I. Рекомендации Мудрова осели где-то на министерских полках...

Напряжение в Петербурге нарастало. Тысячи людей и лошадей с товарными обозами были задержаны на ближних и дальних подступах к столице. В Петербурге стала ощущаться нехватка продуктов. Создавались специальные госпитали для больных холерой, но смертность в этих госпиталях была такая, что среди простого народа начали распространяться слухи, что там специально «морят» людей. Как всегда в случаях стихийных бедствий, народных трагедий ищут, если не знают причину, «козлов отпущения». На сей раз, не найдя виновных, толпа обратила свой гнев против поляков и докторов. Апогеем народных волнений стало разрушение учрежденной на Сенной площади холерной больницы, при этом были убиты три врача и два полицейских. Закревский доложил Николаю I о стихийно возникшем холерном бунте на Сенной площади, который может перекинуться на весь город.

Николай I, понимая, чем это может кончиться, вскочил в коляску и с одним лишь графом Орловым врезался в самую гущу толпы,



выпрыгнул из коляски на ступени церкви и, растерявшийся перед разбушевавшейся толпой, не зная, что сказать, закричал: «На колени! Молитесь Господу!» Появление царя, его крик вызвали шок у толпы и остановили ее безумство, – пишет очевидец тех событий. Николай сделал строгий выговор Закревскому за то, что тот медлит с организацией защиты Петербурга от холеры. Закревский собрал к тому времени в Петербурге всю центральную комиссию, пригласили и Мудрова.

...Было начало мая и зелень только что распускалась. За Пресненской заставой проводить Мудрова собралось много близких людей. Повернувшись к Москве, он увидел в лучах заходящего солнца купола московских церквей, купол Ивана Великого и вспомнил то утро, когда юношей впервые стоял перед этой незабываемой панорамой. Сколько прожито, сколько пережито, а сколько еще не сделано того, о чем мечталось! С грустью он оставлял Москву. С такой же грустью приехал и в Петербург. Он как будто бы предчувствовал, что это его последняя поездка, и он не увидит больше Москвы.

Комиссия по борьбе с холерой продолжала свою работу. Мудров предложил, чтобы члены комиссии отвечали за состояние в определенных районах города. Сам он, вместе с тремя студентами, среди которых был и будущий знаменитый профессор и ученый С. А. Ивановский, организовал и заведовал двумя больницами – на Песках и у Калашниковой пристани. Мудров, понимая необходимость увеличения числа холерных больниц, обратился за помощью к петербургским и иногородним купцам. Они охотно откликнулись на призыв, и на их средства была создана больница в Рождественской

части для рабочих судоверфей на Неве: 1 июля она должна была открыться. Мудрова предупредили, что толпа, поддавшись подстрекательству некоторых заводил, хочет разгромить эту больницу. Понимая всю опасность, несмотря на уговоры и предостережения Мудров вышел к толпе. Он умел говорить, умел доказывать свою



Москва, в которой жил и работал М. Я. Мудров. Гравюры XVIII – XIX века

правоту, верил в благочестие народа и поэтому надеялся сдержать порыв толпы. Простая доходчивая речь, с которой он обращался к совести народа, опираясь на религиозные догмы, не только успокоила толпу, но и позволила внушить ей доверие к врачам и руководителям города.

Мудров постоянно ищет новые подходы к лечению больных холерой и возможные методы предупреждения болезни. Он даже отработал рецепт диеты для этих больных и попросил приготовить для себя обед из этих блюд... 7 июля Мудров, как обычно, пригласил к себе домой студентов и врачей, работавших с ним, с тем, чтобы вместе оценить новую диету. Обед начался весело, Матвей Яковлевич шутил со студентами, которые работали в холерных больницах, с петербургскими врачами, прикрепленными к нему... Внезапная слабость, ломота во всем теле заставили его лечь на диван. Так проявлялись первые признаки болезни, уж Мудров-то знал это. Через дверь он попросил одного из студентов зайти к нему, потребовал, чтобы его закрыли и никого из близких к нему не подпускали. Что ни делали его молодые ученики, – вывести его из нарастающего тяжелого состояния они не смогли.

Всю ночь они боролись за жизнь великого доктора, но в те времена медицина в таких случаях была бессильна. Мудров попросил священника. Бросились искать, но не смогли найти. 8 июля 1831 г., при первом ударе благовеста к ранней обедне в Большом Казанском соборе, недалеко от того места, где жил Мудров, он вздохнул в последний раз, произнеся: «Берегитесь!» Так на посту, как и подобает настоящим великим ученым и врачам, ушел из жизни создатель русской терапевтической школы, замечательный русский врач Матвей Яковлевич Мудров.

*Много раз в своей жизни я возвращался к теме «Мудров». Хотелось восстановить все величие его жизни и подвига. К сожалению, в силу различных обстоятельств мне это не удалось сделать, и я ждал, что, может быть, кто-то напишет о нем. Но тщетно. Вот почему я решил рассказать, особенно молодежи, все, что я узнал о Мудрове – человеке и враще необычной судьбы. Ведь если мы хотим сохранить все, чем богата Россия, наша русская медицина, не должны быть «Иваном, не помнящим родства». Почитая потомков, мы создаем свое будущее. Особенно остро это ощущается сегодня, когда определенные силы хотели бы, чтобы Россия, мы, русские, забыли свое прошлое, слепо копировали и прославляли все, что несет нам Запад.*



**Валентина Васильевна Сидорова – Олимпийская чемпионка по фехтованию на рапирах, десятикратная чемпионка Мира. 25 лет она отдала спорту, а сейчас занимается домашним хозяйством, заботится о семье.**

**Ее пятнадцатилетняя дочь Людмила увлекается медициной и мечтает стать врачом.**

**Сегодня Валентина Сидорова – гость нашей редакции. С ней беседует корреспондент Татьяна Аникина.**

– Спорт и здоровье – принято считать неделимыми друг от друга. Так ли это?

– Если иметь в виду любительские занятия, то да. А в большом спорте дело обстоит несколько иначе. Конечно, спортсмены – люди более сильные и выносливые, чем их болельщики, но у нас чаще случаются травмы, есть и профессиональные заболевания. Например, у многих фехтовальщиков болят колени и спина. Дни соревнований не всегда совпадают с хорошим самочувствием, и поэтому нельзя полагаться только на отличную физическую подготовку. Для поддержания силы духа я занималась йогой, выполняла упражнения на расслабление и мобилизацию. Эти занятия на первый взгляд просты, но несут в себе большую опасность. Со мной работали специалисты, которые контролировали мое состояние. Поэтому я бы посоветовала тем, кто хочет применять подобные методики, обязательно найти руководителя. Иначе, вместо того, чтобы улучшить состояние, они могут принести вред организму. Так, одна моя знакомая спортсменка решила практиковать йогу, изучая книги. В результате у нее возникли серьезные проблемы со здоровьем и ей пришлось оставить спорт.

На первом курсе института Физкультуры (ГЦОЛИФК), я с увлечением занималась анатомией. Вообще, очень люблю медици-

## УЧИТЕСЬ ПОБЕЖДАТЬ

ну, и благодарна врачам, которые помогли мне поддерживать форму и побеждать.

– Но, несмотря на эту любовь, вы остались верны спорту...

– Да, расстаться оказалось невозможным. Фехтование, на мой взгляд, очень интеллектуальный вид единоборства. Для того, чтобы сразиться на дорожке и победить, нужно размышлять и учитывать тактические планы – свои и противника. Спорт помогает мне в решении психологических вопросов, возникающих при общении с людьми, учит не впадать в крайности и избе-

гать разногласий. Конфликт, происходящий во время боя, отражает различные жизненные ситуации. Возможность оценить ту или иную проблему с точки зрения игры – позволяет легче воспринимать события и ориентироваться в них. Некоторые эпизоды я до сих пор обдумываю и пытаюсь объяснить себе – почему произошло так, а не иначе.

Был такой случай на Чемпионате Мира в Гамбурге... Моя хорошая подруга – Корнелия Ханиш из Германии – провела серию трудных боев, чтобы попасть в финал. А для меня – это не представляло особой сложности. Перед тем, как выйти на поединок с Корнелией, я узнала, что она решила доказать своему будущему супругу, что не напрасно занимается спортом и может завоевать “золото”. Поэтому выиграть у нее – у меня не поднималась рука. Но, с другой стороны, я не хотела подвести тренера, возлагавшего на меня надежды. Однако, видимо, желание сделать подарок Корнелии – взяло верх, и я проиграла. При подведении итогов соревнований оказалось, что все участники финала набрали одинаковое количество очков. Значит, должны были состояться повторные встречи. Судьба снова свела нас с подругой на дорожке... С большим трудом мне удалось “отключиться” от личных отношений и завоевать первое место.

Думаю, именно подсознательное желание помочь своей подруге в осуществлении ее мечты, дать ей шанс – помешало мне добиться победы сразу, невольно выбило из колеи. В жизни встречаются трудные случаи, и я пытаюсь их понять, опираясь на свое “фехтовальное” прошлое.

– Что такое, по-вашему, трудный случай? Если вы с ним сталкивались, – как удавалось справиться?

– Тяжелый случай, в моем понимании, это когда тебе никто не может помочь и ты сам не справляешься с ситуацией. Например,

никто не даст тебе запасную руку или ногу, или голову. Точно так же, в условиях общего кризиса, вряд ли кто сумеет накормить голодного, если ему самому нечем питаться. Другая ситуация: мы нуждаемся в понимании, помощи и поддержке, но не всегда находятя люди, готовые и способные подставить плечо. Случается и так, что спасение зависит от самого человека, его целеустремленности, собранности. Надо уверить себя в том, что все будет хорошо и тогда сможешь победить.

– Валентина, как вы относитесь к астрологии, гороскопам и таким понятиям, как “благоприятные и неблагоприятные дни”?

– Я пользуюсь лунным календарем, он помогает мне в жизни. Во многих Западных странах подобные прогнозы предлагают даже в парикмахерских – чтобы знать когда лучше делать стрижку. К астрологии и подобным наукам отношусь с интересом, тем более, если убеждаюсь на практике, что это не пустые теории, а значимые, реальные вещи. Больше узнавая об окружающем мире – через познание себя, природы, космоса, интересуюсь разными науками и искусством – мы способны двигаться вперед, развиваться.

– Вы много раз бывали за рубежом. И, вероятно, сталкивались с медицинским обслуживанием. Оно чем-то отличается от нашего?

– Однажды, перед важными соревнованиями за границей, у меня образовался флюс. Я обратилась к дантисту. К моему удивлению – мне не стали объяснять, как и когда полоскать рот, а всего лишь дали какую-то таблетку. Я ее выпила, и на утро флюса уже не было. Однако, я не собираюсь обижать нашу медицину грустными сравнениями. Да, у наших врачей плохо с медицинской техникой, мало хороших лекарств, зато традиционно они сильны душевностью, благородством. Это тоже надо учитывать.

– Выходит, что добро и зло – это тоже медицинские средства?

– На здоровье человека влияет любой его поступок – и добрый, и плохой, а помогая другому – мы не только становимся лучше, но и меньше болеем. Сострадая, сочувствуя, мы проявляем свои лучшие качества, а этим достигается гармония в душе...

Россия, мне кажется, имеет потрясающий потенциал человечности. Надеяться на лучшее и совершать как можно больше доброго – это единственная возможность пережить трудное время. У вашей газеты хороший девиз: “Не падай духом в несчастье!”, я полностью с ним согласна.



Сосудистые заболевания головного мозга (инсульт, сосудистая деменция) представляют в настоящее время одну из важнейших медицинских и социальных проблем. В последнее десятилетие в России они вышли на второе место (после сердечно-сосудистых заболеваний) среди всех причин смерти населения, опередив в этом отношении онкологическую патологию. Расчеты, основанные на данных регистров, показывают, что в России ежегодно происходит более 400 тысяч инсультов, а показатели смертности населения от сосудистых заболеваний мозга остаются одними из самых высоких в мире.

## “АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА”

### Пособие для врачей

Для исправления этого положения разработана Федеральная программа “Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации”. В рамках данной программы специалисты Российского кардиологического научно-производственного комплекса Министерства здравоохранения Российской Федерации (директор – академик Е. И. Чазов) и НИИ неврологии РАМН (директор – академик РАМН Н. В. Верещагин) в этом году издали пособие для врачей “Артериальная гипертония и профилактика инсульта”. В нем изложены современные принципы лечения больных АГ с целью профилактики острых (инсультов) и хронических форм нарушений мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия). Обобщен опыт кардиологов и невропатологов, накопленный в течение 10 лет совместной

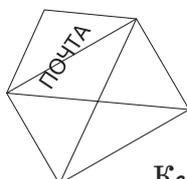
работы отдела “Артериальных гипертоний” Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова и Института неврологии РАМН. Проведен критический анализ современной литературы по вопросу профилактики инсультов за последние 5 лет, особенно крупных многоцентровых исследований. Кроме того, приведены материалы собственных эпидемиологических и клинических научных исследований.

Отдел “Артериальных гипертоний” Института клинической кардиологии имеет многолетний опыт по изучению суточного профиля АД у больных с разными формами АГ. Все приведенные результаты исследований обработаны статистически с помощью ЭВМ. Предложенная схема обследования больных АГ с целью выявления органических поражений и факторов риска развития ос-

ложнений, в том числе и сосудистой патологии головного мозга, апробирована и внедрена в отделе в течение последних лет. Разработанный алгоритм диагностики особенностей АГ позволяет выделить группу больных с высоким риском развития нарушений мозгового кровообращения.

Пособие рассчитано на терапевтов и кардиологов. Знания основных положений ангионеврологии позволит врачам выделять больных АГ с высоким риском развития инсульта и проводить целенаправленную профилактику. Приведены основные принципы современной антигипертензивной терапии.

**Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации: 121552, 3-я Черепковская ул., 15а. Тел.: 140 9336**



Когда на „своей“ тени привезли в больницу, не ожидала встретить здесь такого доброжелательного, внимательного отношения.

Уважаемая редакция!

Через Вашу газету прошу передать огромную благодарность всем сотрудникам 10-го гинекологического отделения ЖКБ № 6, а особенно твоему наставнику врачу Анне Юрьевне Набатовой, сделавшей мне операцию, за их бескорыстный, нелегкий и благородный труд.

Е. Афанасьева, Москва

## ШЕСТАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА “АПТЕКА•99”



В рамках выставки проводится  
**ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ АССАМБЛЕЯ**

### “НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ”

- ПСИХИАТРИЯ
- АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
- ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Организаторы:  
M.S.I. Vertriebs GmbH (Австрия)  
совместно с ОАО “Фармимэкс” (Россия)

**MSI**  
M.S.I. Vertriebs GmbH

Офис M.S.I. в Москве:  
Россия, 121069, Москва, ул. М. Никитская, 23  
Тел.: 7/095 290-40-13, 202-93-49  
Факс: 7/095 290-60-02  
Http://www.mr.ru  
Http://www.msi-vystavki.ru

Офис M.S.I. в Вене:  
Neudegggasse 8/2 1080 Vienna/Austria  
Tel.: 43/1 402-89-54 Fax: 43/1 402-89-54-54  
Http://www.msi-fairs.com  
E-mail: apteka@msi-fairs.com

**ФАРМИМЭКС**  
ОАО “Фармимэкс”  
Россия, 101423  
Москва, ул. Б. Дмитровка, 7/5  
Тел.: 7/095 292-52-17  
Факс: 7/095 292 98-89

Информационная поддержка:

**PEMEDICUM**

# 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

Контактный тел./факс 465 4854  
399 8493.



Всё, что Вам нужно –  
в Каталоге  
Агентства «РОСПЕЧАТЬ»



«КНИГИ. УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ.  
ТОВАРЫ»

- Художественная литература, литература по искусству, детская, музыкальная, справочно-энциклопедическая литература, словари, научно-техническая, деловая, медицинская литература
- Учебные пособия, карты и атласы
- Канцтовары, учебное оборудование
- Видео- и аудиокассеты, CD-ROM
- Игры, конструкторы
- Товары для дома

### ВО ВСЕХ

ОТДЕЛЕНИЯХ ПОЧТОВОЙ СВЯЗИ  
И ПРЕДПРИЯТИЯХ РОСПЕЧАТИ  
ВЫ МОЖЕТЕ ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ  
ПО КАТАЛОГУ  
КНИГИ  
УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ  
ТОВАРЫ

123837, Москва, просп. Маршала Жукова, 4  
Тел. (095) 195-66-75. Факс (095) 785-14-70  
<http://www.rosp.ru>, e-mail: [rosp@rosp.msk.ru](mailto:rosp@rosp.msk.ru)

## СЕКРЕТЫ ТРИХОЛОГИИ

Ежедневно по всем программам телевидения и во всех газетах мы видим и читаем рекламу различных средств по уходу за волосами. Это не удивительно, так как, с одной стороны, каждый мужчина и каждая женщина хотят иметь красивые и здоровые волосы, а с другой стороны, существует огромная отрасль промышленности, производящая такие средства. Появилась даже специальная научная дисциплина – трихология, занимающаяся проблемами волос.

Поэтому в прошлом году приказом Министерства здравоохранения РФ был создан уникальный научно-методический и консультативный центр «Здоровые волосы». По мнению его руководителя, члена-корреспондента РАМН доктора медицинских наук главного дерматовенеролога Минздрава РФ профессора А. А. Кубановой, создание этого центра вызвано резко участвовавшими обращениями пациентов к врачам по поводу преждевременного облысения, выпадения волос и т. д.

Задачей Центра (подчеркиваем, Государственного центра Минздрава РФ, а не неведомой частной клиники) является не только разработка методов диагностики, лечения и профилактики, но и непосредственная консультативная помощь, разнообразная профилактическая работа, помощь по рациональному использованию шампуней, бальзамов, кремов и т. д.

В Центре возможно полное гормональное, иммунологическое, биохимическое инструментальное обследование пациентов, часто необходимые для успешной диагностики и лечения.

Результаты работы Центра были высоко оценены специалистами. Так, недавно в Москве прошла Всероссийская научно-практическая конференция дерматовенерологов, в ходе которой состоялось подведение итогов очередного этапа конкурса на лучшую работу в области исследования волос, проводимого совместно с компанией Procter&Gambol. Научные работы победителей конкурса будут использованы специалистами Центра в создании новых совершенных методик лечения и профилактики заболеваний волос.

### Врачам

Работа с фармакопейными  
препаратами. По рецептам.  
Тел.: 406 9153.

# HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854

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

**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 Галина Денисова

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

[www.dataforce.net/~hospital](http://www.dataforce.net/~hospital); E-mail - [hospital@dataforce.net](mailto:hospital@dataforce.net)

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ