

скольких лекарственных средств. Однако следует помнить, что в старческом организме изменяются побочное действие препарата и его взаимодействие с другими лекарственными средствами, что может значительно усложнить патологию.

Практика отечественной и зарубежной гериатрии располагает несколькими правилами, которые можно рекомендовать врачу для прописи лекарственных средств больным пожилого и старческого возраста.

1. Прежде чем приступить к лекарственной терапии, надо подумать, есть ли в ней необходимость, использованы ли полностью в данном случае возможности лечебной физкультуры, диетотерапии, фитотерапии.

2. Не выписывайте бесполезных лекарств в «психотерапевтических» целях. Помните, что у людей старших возрастных групп повышается чувствительность к побочному действию препарата.

3. Будьте внимательны к дозировке. Она должна соответствовать физиологическому состоянию пациента, его печеночной и почечной функциям. В большинстве случаев следует начинать с доз, равных  $\frac{1}{2}$  и или  $\frac{1}{4}$ , применяемых в среднем возрасте. Исключение составляют антибиотики.

4. Особое внимание следует обратить на форму выписываемых лекарственных средств. В данном случае надо учитывать физическое и психическое состояние пациента. Старческий тремор рук затрудняет прием капель, амнезия — учет количества принятых таблеток; при общем физическом одряхлении часто становится невоз-

можным самостоятельное введение ректальных свеч и т. д.

5. Имейте в виду, что появление новых симптомов может быть связано с побочным действием лекарств и в более редких случаях — с его отменой.

6. Внимательно изучите лекарственную «историю». Пациенты, особенно старческого возраста, принимают много лекарств по советам родственников, друзей и знакомых. Не исключено, что одно из выписанных вами средств может вызвать осложнения, взаимодействуя с принимаемыми или принятыми ранее лекарствами (например, сердечные гликозиды со снотворными средствами).

7. Следует максимально ограничивать набор используемых препаратов и упрощать схему их применения. Комбинация лекарств должна быть логичной.

8. Если в терапию добавляется новое средство, убедитесь, выведено ли полностью из организма предыдущее.

9. Постоянно контролируйте, правильно ли выполняются ваши инструкции пациентом. Иногда это можно сделать, подсчитав количество оставшихся таблеток, ампул, свеч и т. д.

10. Помните, что прекращение лекарственной терапии у пациентов старших возрастных групп — столь же ответственный момент, как и ее начало. Резкая отмена препарата в некоторых случаях может вызвать серьезные осложнения. Особенно это относится к сердечно-сосудистым средствам и гормональным препаратам.

А. М. Мустафин (Казань)

## ХРОНИКА

В г. Калининграде 16—17 июня 1988 г. состоялся пленум правления Всесоюзного научного общества терапевтов, посвященный лечению, реабилитации больных с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов (ИБС, гипертоническая болезнь, бронхолегочные и желудочно-кишечные заболевания) в амбулаторно-поликлинических условиях.

На первом пленарном заседании проф. Б. А. Сидоренко (Москва) рассмотрел вопросы тактики врача поликлиники при лечении больных стенокардией, которая должна включать следующие этапы: 1) своевременную диагностику стенокардии (ИБС); 2) своевременное распознавание нестабильной стенокардии и госпитализацию больного; 3) своевременное направление больного с хроническим течением ИБС на оперативное лечение; 4) обеспечение адекватного медикаментозного лечения. Особое внимание было уделено своевременной диагностике впервые возникшей стенокардии — клиническому началу ИБС, которое может продолжаться до 3 мес после появления первых приступов стенокардии.

Клинически впервые возникшая стенокардия в 34% случаев может исчезнуть спонтанно, а затем спустя годы проявиться в виде тяжелого поражения сердца. Причинами таких спонтанных ремиссий могут являться перемежающаяся хромота, мелкоочаговый инфаркт миокарда, развитие коллатералей, исчезновение спастических реакций (регрессия коронарного спазма). Было указано, что инструментальная диаг-

ностика впервые возникшей стенокардии трудна, и даже велоэргометрическая проба бывает положительной лишь в 40% случаев; отрицательный результат фиксируется в 37% больных; незавершенными тесты оказываются у 23% пациентов. Лечение больных с впервые возникшей стенокардией должно быть направлено на устранение симптомов этого заболевания, эпизодов ишемии и аритмии.

Вторичная профилактика впервые возникшей стенокардии предусматривает проведение мероприятий, препятствующих прогрессированию атеросклероза — это устранение склонности к спазму (ликвидация функционального компонента, эпизодов ишемии и аритмии), что является основной терапией и включает применение антагонистов кальция (например, нифедипина по 30 мг); нормализация липидного обмена путем использования гипокалорийной диеты и, главное, физических тренировок (происходит снижение уровня холестерина, липопротеидов, стимулируется фибринолиз).

Следующей формой обострения ИБС является нестабильная стенокардия, при которой происходит резкое изменение характера стенокардии в виде появления приступов в покое. Нестабильная стенокардия — понятие обобщающее, сюда входит и спонтанная стенокардия, и впервые возникшая стенокардия, и прогрессирующая стенокардия напряжения. Приступы стенокардии без изменения ЭКГ прогностически более благоприятны, чем с изменяющейся ЭКГ. Лечение комплексное: нитраты (не надо бояться

привыкания — после коротких перерывов в лечении нитраты вновь эффективны) и бета-блокаторы (преимущественно при стенокардии напряжения, признаках повышенной симпатической активности). Считается, что эти препараты достоверно снижают частоту внезапной смерти. Антагонисты кальция чаще назначают при вазоспастической стенокардии, а также предписывают аспирин в дозе 0,3—0,5 г (докладчик отметил необоснованность негативного отношения к аспирину со стороны врачей — при длительном его применении риск возникновения инфаркта миокарда снижается в 2 раза).

Приведены следующие показания к аортокоронарному шунтированию: стеноз ствола левой коронарной артерии; стеноз трех коронарных артерий; стенозы двух коронарных артерий, если одна из них — проксимальный отдел передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Второе и третье положения — прямые (обязательные) показания, особенно при снижении сократительной функции миокарда (при фракции выброса левого желудочка, равной 40%).

Проф. В. И. Волков (Харьков) подчеркнул связь ишемии миокарда с тромбоксан-простаглинной активностью, указал на необходимость изучения различных антиангинальных препаратов, влияющих на эту систему, функциональное состояние тромбоцитов. Проф. Н. К. Фуркало и соавт. (Киев) рассмотрели метод остро го тестирования различных антиангинальных препаратов с разным механизмом действия. У 50% обследованных ими больных монотерапия (обзиданом, финоптином, коринфаром) оказалась

результативной; 6% больных были прооперированы в связи с неэффективностью комбинации этих препаратов. При вариантной форме стенокардии прием коринфара рекомендован в ночные часы; при стенокардии напряжения третьего функционального класса у 60% больных наблюдался положительный эффект от комбинации обзидана (финоптина) с коринфаром.

Проф. Э. В. Халфен (Саратов) обратил внимание на необходимость следующих назначений: 1) прерывистых курсов терапии нитратами (профилактика привыкания); 2) аспирина в постинфарктном периоде для профилактики внезапной смерти; 3) курантила в сочетании с антагонистами кальция при нестабильной стенокардии.

Об эффективности немедикаментозных способов лечения (акупунктуры, дозированной физической нагрузки) больных с «мягкими» формами гипертонической болезни доложили И. К. Шхвацбаба и соавт. (Москва), а о многоступенчатой системе вторичной профилактики гипертонической болезни (основа — клофелин) сельского населения с созданием групп здоровья и искоренением пагубного влияния вредных привычек (курение, алкоголь) поделились П. Д. Синицин и соавт. (Челябинск). Было подчеркнуто, что на начальных стадиях развития гипертонической болезни необходимо ограничить потребление поваренной соли и бороться с избыточной массой тела — гипотензивный эффект отмечается при снижении массы тела на 4%, двигательная же активность должна сохраняться всю жизнь.

Проф. И. А. Латфуллин (Казань)

## РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ДАННОМ НОМЕРЕ

УДК 613.16:616.1(470.41)

**О влиянии гелиогеофизических факторов на состояние здоровья больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.** Валимухаметова Д. А., Ахметзянов И. А. Казанский мед. ж. — 1989. — № 2. — С. 88.

Исучена динамика состояния здоровья в стационаре у 395 больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Резкое усиление солнечной активности и магнитные бури ухудшают течение основного заболевания, вызывая гелиометеотропные реакции в разные сроки лечения. Продолжительность пребывания в стационаре при этом удлиняется на 3—10 дней. В магнитовозмущенные дни увеличивается число поступающих в стационар, особенно доставляемых службой скорой помощи. Это свидетельствует о необходимости внедрения мер профилактики гелиометеотропных реакций при изменении гелиогеофизической обстановки.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, солнечная активность, магнитные бури, гелиометеотропные реакции, гелиометеопрогноз.

1 иллюстрация. Библиография: 9 названий.

УДК 616.127—005.4—07:616.153.1—074

**Ферментная диагностика ишемической болезни сердца.** Латфуллин И. А., Свириданова Л. П., Агуллина Э. И., Иванова С. В., Изосимова Л. А., Дулеев

в а Т. В. Казанский мед. ж. — 1989. — № 2. — С. 90.

У 413 больных исследована в сыворотке крови активность «кардиоспецифических» ферментов. Показано, что наиболее информативным показателем некроза в миокарде является повышение активности  $\alpha$ -гидроксубутиратдегидрогеназы как в острой, так и в подострой стадиях заболевания. Лактатдегидрогеназы и креатинфосфокиназа также информативны, но менее специфичны. Роль ферментной диагностики значительно снижается у женщин и у лиц старше 70 лет.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, ферментная диагностика.

6 таблиц. 1 иллюстрация. Библиография: 8 названий.

УДК 616.72—002.77—02:616.153.915—039—074

**Перекисное окисление липидов и состояние антиоксидантной системы у больных ревматоидным артритом.** Салихов И. Г., Агешева К. Н. Казанский мед. ж. — 1989. — № 2. — С. 95.

У 67 больных ревматоидным артритом исследовано состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы. Отмечено увеличение уровня продуктов перекисного окисления липидов и истощение антиоксидантной системы у больных с высокой степенью активности ревматоидного артрита.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, кровь, синовиальная жидкость, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система. 2 таблицы. Библиография: 11 названий.