

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

56
2014

*ревматология, травматология
и ортопедия № 3*



Клинические исследования

Инновационная технология
кровесбережения при артропластике
тазобедренного сустава

Клиническая эффективность

Выбор препарата для контроля боли у пациентов с коморбидностью

Медицинский форум

Современные подходы
к тромбопрофилактике
в ортопедии и травматологии

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ТАЗА И ПОЗВОНОЧНИКА

12-14 ФЕВРАЛЯ 2015 г.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

ОТЕЛЬ «ПАРК ИНН ПУЛКОВСКАЯ»

ОРГАНИЗАТОРЫ

- ▶ Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ▶ Отделение медицинских наук РАН
- ▶ Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- ▶ Ассоциация травматологов-ортопедов России
- ▶ Российская Ассоциация хирургов-вертебрологов
- ▶ Ассоциация нейрохирургов России
- ▶ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
- ▶ Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова
- ▶ РНИИТО им. Р.Р. Вредена
- ▶ НИДОИ им. Г.И. Турнера
- ▶ АОТРАУМА
- ▶ АОСПИНЕ
- ▶ МОО «Человек и его здоровье»

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- ▶ Остеосинтез костей конечностей
- ▶ Остеосинтез при политравме
- ▶ Остеосинтез при травмах и заболеваниях позвоночника
- ▶ Остеосинтез при травмах и заболеваниях у детей
- ▶ Стабилизация таза при нестабильных повреждениях, остеосинтез при переломах вертлужной впадины
- ▶ Осложнения после остеосинтеза костей конечностей, таза и позвоночника
- ▶ Остеосинтез при огнестрельных переломах

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Прием тезисов в сборник материалов конференции – 10 ДЕКАБРЯ 2014

Прием заявок на доклады – 10 ДЕКАБРЯ 2014

Льготная регистрация – 15 ДЕКАБРЯ 2014

В рамках мероприятия проводится тематическая выставка. Приглашаем компании к участию



Технический комитет:

МОО «Человек и его здоровье»

Тел./Факс: +7 (812) 380 3154, +7 (812) 380 3155

ph@peterlink.ru
www.congress-ph.ru

Эффективная
фармакотерапия. 56/2014
Ревматология, травматология
и ортопедия. № 3

ISSN 2307-3586

Главный редактор

член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия

докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. А.В. КАРАУЛОВ

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ

докт. мед. наук, проф. О.Д. ОСТРОУМОВА

докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Научный редактор направления

«Ревматология, травматология и ортопедия»

докт. мед. наук, проф. В.В. БАДОКИН

Редакционный совет направления

«Ревматология, травматология и ортопедия»

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА,

Р.М. БАЛАБАНОВА, Б.С. БЕЛОВ,

В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ,

И.С. ДЫДЫКИНА, И.А. ЗБОРОВСКАЯ,

Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, Е.Г. ЗОТКИН,

Д.Е. КАРАТЕЕВ, О.М. ЛЕСНЯК,

Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,

Н.В. ЯРЫГИН

© ИД ГК «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор ИД ГК «Медфорум»

А. СЕНИЧКИН

Руководитель направления

«Ревматология, травматология и ортопедия»

А. КОЧЕТКОВА (farmeffective@webmed.ru)

Выпускающий редактор Н. ФРОЛОВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер С. НОВИКОВ

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Подписка и распространение

Т. КУДРЕШОВА (podpiska@webmed.ru)

Отпечатано в типографии

ООО «Юнион Принт»

Тираж 8000 экз.

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» 70271

Редакция не несет ответственности за содержание

рекламных материалов.

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов

Авторы, присылающие статьи для публикации,

должны быть ознакомлены с инструкциями

для авторов и публичным авторским договором.

Информация размещена на сайте www.eftj.ru

**Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен
в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)**

Содержание

Клинические исследования

А.П. ШЕПЕЛЬКЕВИЧ, В.Л. ЛОБАШОВА, Н.А. ВАСИЛЬЕВА

Опыт применения алендроновой кислоты (Осталон) в комплексном лечении
постменопаузального остеопороза 4

О.А. КАПЛУНОВ, И.В. МИХИН, С.Н. БИРЮКОВ

Оценка эффективности методик профилактики и сокращения кровопотери
при артропластике тазобедренного сустава с учетом
социальных особенностей пациентов 12

Клиническая эффективность

Е.В. ЗОНОВА

Остеоартроз. Выбор безопасной тактики
лечения пациента с коморбидностью 18

Медицинский форум

*X съезд ортопедов-травматологов России
Сателлитный симпозиум компании «Байер»*

Тромбопрофилактика в ортопедии и травматологии.

Результаты российского неинтервенционного
исследования СОПРАНО 24

Editor-in-Chief

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

A.V. KARAULOV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

O.D. OSTROUMOVA, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

Scientific Editor for

Rheumatology, Traumatology & Orthopaedics

V.V. BADOKIN, MD, DMSci, Prof.

Editorial Council

Rheumatology, Traumatology & Orthopaedics

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA,

R.M. BALABANOVA, B.S. BELOV,

N.V. CHICHASOVA, L.N. DENISOV,

I.S. DYDYKINA, D.Ye. KARATEYEV,

O.M. LESNYAK, N.V. TOROPTSOVA,

V.I. VASILYEV, N.V. YARYGIN,

N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA,

Ye.G. ZOTKIN

© Medforum Publishing House

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.webmed.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

A. KOCHETKOVA

farmeffective@webmed.ru

Contents

Clinical Studies

A.P. SHEPELKEVICH, V.L. LOBASHOVA, N.A. VASILYEVA
Experience of Using Alendronic Acid (Ostalon)
in a Combination Therapy of Postmenopausal Osteoporosis 4

O.A. KAPLUNOV, I.V. MIKHIN, S.N. BIRYUKOV
Evaluation of the Efficacy of Blood Loss Prevention
and Reduction during Hip Arthroplasty with Due Regard
to Social Characteristics of the Patients 12

Clinical Efficacy

Ye.V. ZONOVA
Osheoarthrosis. Selection of Safe Therapeutic Tactics
for Treating Patients with Comorbidities 18

Medical Forum

*X Congress of Orthopedic Surgeons and Traumatologists
Bayer Satellite Symposium*
Thromboprophylaxis in Orthopedic and Trauma Surgery.
The Results of the Russian Part of Non-Interventional SOPRANO Study 24

ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

Группа компаний
«Медфорум»
работает
на фармацевтическом
рынке России
с 1997 года
и является
экспертом
в области
образовательных
программ
(конференций, лекций,
тренингов),
освещения сателлитных
симпозиумов
на конгрессах,
консалтинга
и промоакций
для врачей
основных
специализаций.

- ◆ В рамках национального проекта «Здоровье» Группой компаний «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения России, ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами и вузами страны создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.
- ◆ К сфере реализации данного проекта относится организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России.
- ◆ Издательский дом «Медфорум» с 2005 года выпускает журналы «Вестник семейной медицины» для практикующих врачей, «Аптечный бизнес» для провизоров и фармацевтов, а также линию журналов «Эффективная фармакотерапия», которые выходят по всем направлениям медицины. С 2010 года выходит журнал «Hi+Med. Высокие технологии в медицине».
- ◆ Солидный научный уровень изданий, актуальная тематика, доступность изложения, современная форма подачи материала помогают практикующему врачу всегда находиться на высоком профессиональном уровне.



¹ Белорусский
государственный
медицинский
университет

² Республиканский
центр медицинской
реабилитации
и бальнеолечения

Опыт применения алендроновой кислоты (Осталон) в комплексном лечении постменопаузального остеопороза

А.П. Шепелькевич¹, В.Л. Лобашова¹, Н.А. Васильева²

Адрес для переписки: Алла Петровна Шепелькевич, alusha71@mail.ru

В статье представлены результаты проспективного клинического исследования по оценке эффективности комплексной терапии постменопаузального остеопороза (включающей нефармакологические методы, комбинированный препарат карбоната кальция 500 мг и холекальциферола 400 МЕ в сочетании с алендроновой кислотой (Осталон) 70 мг в неделю) в группе пациенток в возрасте до 70 лет. Установлено, что применение комплексной терапии остеопороза в течение 12 месяцев приводит к повышению минеральной плотности кости в области позвоночника на 5,1% (4,2–7,2%) – 84,0% пациенток, шейки бедра на 2,9% (1,9–3,8%), проксимального отдела бедра на 2,7% (1,4–3,5%). Отмечена высокая приверженность пациенток лечению – 92,3%.

Ключевые слова: постменопаузальный остеопороз, алендроновая кислота, минеральная плотность кости, костные маркеры

Согласно заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения проблема остеопороза (ОП) носит глобальный характер. По медико-социальной значимости данное заболевание стоит на четвертом месте после сердечно-сосудистых,

онкологических заболеваний и сахарного диабета. В структуре ОП на постменопаузальный ОП приходится практически 60% [1–3]. В настоящее время для профилактики и лечения как первичного, так и вторичного ОП (глюкокортикоид-индуцированного, ОП

у мужчин) широко используют бисфосфонаты [1–10]. Учитывая доказанную эффективность бисфосфонатов в снижении риска переломов (позвоночных и внепозвоночных), а также их фармакоэкономические преимущества, данная группа лекарственных средств рассматривается в качестве первой линии терапии постменопаузального ОП. Следует подчеркнуть, что терапия ОП является одновременно и его профилактикой, поскольку предупреждает прогрессирование заболевания и снижает риск новых переломов [6–9].

Алендроновая кислота по химической структуре относится к группе аминобисфосфонатов [10]. Доказательная база по оценке ее эффективности в лечении постменопаузального ОП начала формироваться более 15 лет назад, однако наиболее значимые результаты получены в конце 1990-х гг. [1, 2, 4]. Для улучшения комплаенса лечения и снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта была создана ретардная форма алендро-



ната в дозе 70 мг один раз в неделю. Сравнительное исследование эффективности и переносимости препарата в дозе 10 мг в сутки и 70 мг один раз в неделю в лечении постменопаузального ОП подтвердило преимущество ретардной формы при меньшей частоте побочных эффектов [4, 6, 10–19].

Оценке эффективности алендроната (препарата Осталон, компания Gedeon Richter) в дозе 70 мг в сочетании с комбинированным препаратом карбоната кальция и холекальциферола в терапии постменопаузального остеопороза у пациенток в возрасте до 70 лет посвящена настоящая работа.

Материал и методы исследования

Проспективное сравнительное клиническое исследование проведено на базе Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения.

Критерии включения в исследование: женщины с верифицированным диагнозом «постменопаузальный ОП» в возрасте до 70 лет, согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: возраст старше 70 лет, наличие хирургической менопаузы, проведение заместительной гормональной терапии на момент начала работы или в анамнезе, сопутствующие заболевания и состояния, ассоциированные со снижением минеральной плотности кости (МПК), заболевания опорно-двигательного аппарата III и IV функционального класса, хронические заболевания внутренних органов выше 2-й степени недостаточности.

В исследование было включено 27 пациенток. В ходе первого визита проводилось общеклиническое обследование с оценкой антропометрических данных (рост, масса тела, индекс массы тела, окружность талии); изучение факторов риска ОП в ходе анкетирования (минутный тест для оценки риска ОП, рекомендованный Международным фондом остеопороза (International Osteoporosis Foundation – IOF)). Оценивались суточное потребление кальция и витамина D по дан-

ным опросника питания (описание рациона пациентки в течение трех дней в неделю), в дальнейшем использовался программный комплекс I-Nutrition, физическая активность – по данным анкетирования. Согласно дизайну исследования всех пациенток проинформировали об особенностях питания, физических нагрузок, режима приема лекарственных средств. Был рекомендован комплекс ежедневных упражнений «7 × 7», ходьба не менее 60 минут в день. В ка-

честве базисного лекарственного средства назначен комбинированный препарат карбоната кальция и витамина D₃ (по две таблетки в сутки после еды – обед, ужин), что составило 1000 мг карбоната кальция и 400 МЕ витамина D₃. В схему лечения добавлена алендроновая кислота в дозе 70 мг один раз в неделю в течение 12 месяцев. Для повышения приверженности лечению пациенткам помимо заполнения анкет было рекомендовано вести дневник самокон-

Таблица 1. Клиническая характеристика пациенток, включенных в исследование, Me (LQ–UQ)

Показатели	Описание
<i>Клинико-anamnestические</i>	
Возраст, лет	57,0 (56,0–62,0)
Рост, см	160,0 (157,0–162,0)
Масса тела, кг	78,0 (75,0–80,0)
ИМТ, кг/м ²	30,48 (29,3–31,64)
Длительность менопаузы, лет	9,0 (7,0–14,0)
<i>Лабораторные</i>	
Холестерин, ммоль/л	6,0 (5,4–6,4)
Триглицериды, ммоль/л	1,78 (1,12–2,10)
Общий белок, г/л	74,0 (70,0–79,0)
Креатинин, мкмоль/мл	81,0 (80,0–83,0)
Расчетная скорость клубочковой фильтрации, мл/мин/1,73 м ²	66,72 (63,98–68,91)
Ca _{общ} , ммоль/л	2,35 (2,25–2,46)
P _{неорг} , ммоль/л	1,27 (1,13–1,7)
ПТГ, пг/мл	57,6 (45,98–72,1)
ЩФ, МЕ/л	148 (133–171)
ОК, нг/мл	19,3 (15,05–23,1)
Бета-КроссЛапс, нг/мл	0,33 (0,19–0,68)
25(OH)D ₃ , нмоль/л	43,8 (35,15–64,5)
<i>Инструментальные</i>	
МПК (L _I –L _{IV}), г/см ²	0,84 (0,83–0,86)
T-критерий (L _I –L _{IV})	-2,8 (-2,9/-2,6)
МПК (ШБ), г/см ²	0,77 (0,75–0,81)
T-критерий (ШБ)	-1,8 (-2,1/-1,4)
МПК (область Варда), г/см ²	0,85 (0,84–0,86)
T-критерий (область Варда)	-2,6 (-2,7/-2,5)
МПК (область большого вертела), г/см ²	0,69 (0,64–0,74)
T-критерий (область большого вертела)	-1,3 (-1,5/-0,6)
МПК (ПОВ), г/см ²	0,84 (0,80–0,88)
T-критерий (ПОВ)	-1,6 (-2,0/-1,0)



троля: отмечать регулярность выполнения физических упражнений, приема лекарственных средств, наличие нежелательных явлений. Для оценки клинических параметров и данных самоконтроля запланированы повторные визиты – через три, шесть и 12 месяцев. Через 12 месяцев наблюдения проводился контроль лабораторно-инструментальных исследований.

Две пациентки через шесть месяцев прекратили участие в исследовании: одна в связи со сменой места жительства, вторая в связи с отказом принимать большое количество лекарственных средств. Таким образом, только 25 пациенток дошли до конца исследования. Лабораторные исследования также выполнялись на базе Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнео-

лечения. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, холестерин, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза (ЩФ), Ca, P) проводился на автоматическом многоканальном биохимическом анализаторе HITACHI 911 компании Roche Diagnostics (Германия) с использованием реагентов Cormay (Польша).

Исследование паратиреоидного гормона (ПТГ) осуществлялось на иммуноферментном автоматизированном анализаторе AXSYM компании Abbot с применением реагентов Abbot (США).

Уровень кальцидиола (25-гидроксивитамин D₃ – 25(OH)D₃) в сыворотке крови устанавливали с помощью автоматизированной системы плащечного иммуноферментного анализатора BRIO компании SEAK (Италия) с применением реагентов DRG (США).

Для оценки скорости костного метаболизма в сыворотке крови определяли содержание маркеров костеобразования и костной резорбции: N-MID остеокальцин (ОК), бета-КроссЛапс. Использовали метод иммуноферментного электрохемилюминесцентного анализа с помощью системы MODULAR E 170 компании Roche Diagnostics с применением реагентов Roche Diagnostics (Германия).

МПК оценивали на основании результатов двойной рентгеновской денситометрии осевого скелета на денситометре PRODIGY LUNAR компании General Electric Medical Systems (США), год выпуска – 2004. Рентгеновская нагрузка в одной проекции – 0,04 мЗв. Проводилось исследование МПК (г/см²): Z-критерия, T-критерия в области поясничного отдела позвоночника (L₁–L_{IV}) и проксимального отдела бедра (ПОб) (шейка бедра (ШБ) – neck, область Варда – upper neck, область большого вертела – trochanter, ПОб – total hip). При оценке динамики показателя МПК учитывался процент изменений за 12 месяцев.

Для количественной оценки состояния МПК использовался

Таблица 2. Результаты анкетирования пациенток на момент включения в исследование

Признак	Количество пациенток, абс. (%)
Наличие переломов в анамнезе:	
▪ да	8 (32,0)
▪ нет	17 (68,0)
Наличие переломов у родственников первой линии родства:	
▪ да	8 (32,0)
▪ нет	17 (68,0)
Снижение роста более 3 см в возрасте старше 40 лет:	
▪ да	12 (48,0)
▪ нет	13 (52,0)
Количество падений в течение последнего года:	
▪ одно	2 (8,0)
▪ более одного	23 (92,0)
Употребление кофе, чашек/сут:	
▪ две и менее	7 (28,0)
▪ более двух	18 (72,0)
Физическая активность (ходьба), мин/нед:	
▪ 420 и более	12 (48,0)
▪ менее 420	13 (52,0)
Пребывание на солнце менее 10 мин/день:	
▪ да	4 (16,0)
▪ нет	21 (84,0)

Таблица 3. Лабораторные показатели, характеризующие фосфорно-кальциевый и костный метаболизм, исходно и через 12 месяцев наблюдения, Me (LQ–UQ)

Показатель	Исходно	Через 12 месяцев	Достоверность различий
Ca _{общ} ²⁺ , ммоль/л	2,35 (2,25–2,46)	2,37 (2,29–2,42)	W = 143,0 p = 0,6
P _{неорг} ²⁺ , ммоль/л	1,27 (1,13–1,7)	1,29 (1,2–1,4)	W _{cp} = 93,5 p = 0,28
ПТГ, пг/мл	57,6 (45,98–72,1)	53,3 (43,38–64,16)	W _{cp} = 2,0 p < 0,001
ЩФ, МЕ/л	148 (133–171)	158 (132–176)	W _{cp} = 88,5 p = 0,13
ОК, нг/мл	19,3 (15,05–23,1)	21,3 (16,12–24,21)	W _{cp} = 96,0 p = 0,07
Бета-КроссЛапс, нг/мл	0,33 (0,19–0,68)	0,31 (0,2–0,62)	W _{cp} = 35,0 p < 0,001
25(OH)D ₃ , нмоль/л	43,8 (35,15–64,5)	51,58 (41,6–66,47)	W _{cp} = 9,0 p < 0,001



T-критерий (более -1,0 – норма; от -1,0 до -2,5 – остеопения; менее -2,5 – остеопороз) [5–7].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программ Excel for Windows (2000), Statistica 7.0 StatSoft Inc. (США) с предварительной проверкой соответствия рассматриваемых переменных нормальному распределению по критерию Колмогорова – Смирнова. Распределение исследуемого признака считали нормальным при $p > 0,05$. К количественным признакам, имеющим распределение, отличное от нормального, применяли непараметрические методы и использовали U-критерий Манна – Уитни. Для сравнения двух связанных выборок – критерий Вилкоксона (W), трех – критерий Фридмана (χ_r^2). Во избежание проблемы множественных сравнений при анализе трех и более независимых групп применяли метод Краскела – Уоллиса (H) [16].

Результаты и их обсуждение

Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование и завершивших его, представлена в табл. 1.

Результаты проведенного анкетирования пациенток (n = 25) на момент включения в исследование представлены в табл. 2.

К установленным факторам риска ОП относится низкая физическая нагрузка, в том числе ходьба менее 60 минут в день [6, 7]. Анкетирование показало, что показатель физической активности соответствовал норме у 12 (48,0%) пациенток (табл. 2).

Согласно рекомендациям IOF суточное потребление кальция с продуктами питания для пациенток в период постменопаузы должно составлять 1500 мг, витамина D – 800 МЕ (20 мкг/сут) [6, 7]. У пациенток эти показатели были ниже целевых значений.

Анализ анкет участниц исследования через шесть и 12 месяцев показал достоверное увеличение суточного потребления кальция и витамина D с продуктами питания, а также уровня физической активности на фоне комплексной терапии ОП (рис. 1–3).

Результаты, полученные в ходе оценки динамики лабораторных показателей, характеризующих фосфорно-кальциевый и костный метаболизм исходно и через 12 месяцев лечения, представлены в табл. 3.

На фоне проводимого лечения отмечено достоверное снижение содержания бета-КроссЛапс, ПТГ и повышение содержания 25(OH)D₃.

В результате увеличения потребления кальция и витамина D

Таблица 4. Лабораторные показатели через 12 месяцев наблюдения

Показатель	Количество пациенток, абс. (%)
ПТГ, пг/мл: ■ менее 65 ■ 65 и более	19 (76,0) 6 (24,0)
25(OH)D ₃ , нмоль/л: ■ менее 50 ■ 50 и более	12 (70,83) 13 (48,0)
Ca _{общ} , ммоль/л: ■ менее 2,2 ■ от 2,2 до 2,6	1 (4,0) 24 (96,0)
ОК, нг/мл: ■ менее 13,0 ■ от 13,0 до 48,0	1 (4,0) 24 (96,0)

с продуктами питания увеличилось количество пациенток с нормальными значениями Ca_{общ} и 25(OH)D₃ в сыворотке крови, отмечено снижение показателей ПТГ (табл. 4). Данные изменения потенциально отражают универсальный механизм регуляции фосфорно-кальциевого обмена, направленный на поддержание его собственного гомеостаза [20–22].

Оценка лабораторных показателей, характеризующих фосфорно-кальциевый обмен и костный метаболизм, в группе наблюдения показала снижение уровня ПТГ на фоне повышения содержания Ca_{общ}

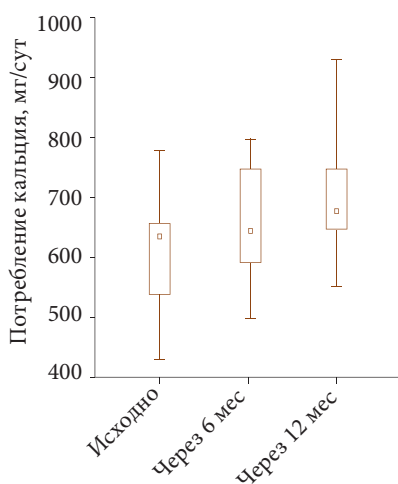


Рис. 1. Показатели потребления кальция с продуктами питания в динамике ($\chi_r^2 = 33,96$, $p < 0,001$)

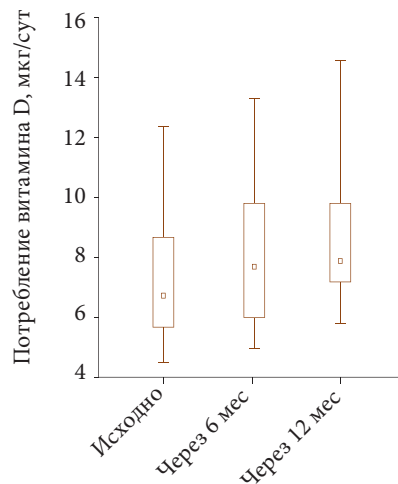


Рис. 2. Показатели потребления витамина D с продуктами питания в динамике ($\chi_r^2 = 27,9$, $p < 0,001$)

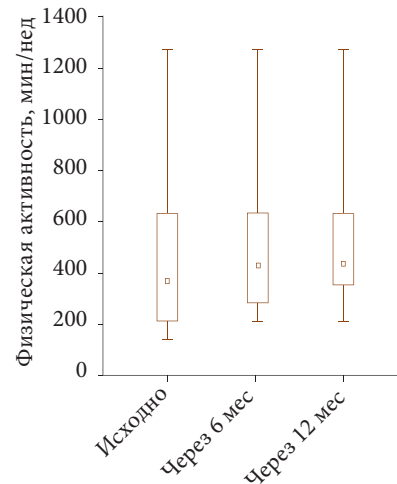


Рис. 3. Показатели физической активности в динамике ($\chi_r^2 = 21,6$, $p < 0,001$)



Таблица 5. Показатели МПК осевого скелета исходно и через 12 месяцев наблюдения, Me (LQ-UQ)

Показатели	Исходно	Через 12 месяцев	Достоверность различий
МПК (L _I -L _{IV}), г/см ²	0,84 (0,83-0,86)	0,89 (0,88-0,91)	W = 0,0 p ≤ 0,001
T-критерий (L _I -L _{IV})	-2,8 (-2,9/-2,6)	-2,1 (-2,2/-1,9)	W = 0,0 p = 0,001
МПК (ШБ), г/см ²	0,77 (0,75-0,81)	0,8 (0,79-0,84)	W = 24,0 p < 0,001
T-критерий (ШБ)	-1,8 (-2,1/-1,4)	-1,6 (-1,8/-1,0)	W _{ср} = 31,0 p = 0,001
МПК (область Варда), г/см ²	0,85 (0,84-0,86)	0,9 (0,88-0,91)	W = 0,0 p < 0,001
T-критерий (область Варда)	-2,6 (-2,7/-2,5)	-1,98 (-2,2/-1,9)	W = 1,0 p < 0,001
МПК (область большого вертела), г/см ²	0,69 (0,64-0,74)	0,71 (0,68-0,77)	W = 29,5 p < 0,001
T-критерий (область большого вертела)	-1,3 (-1,5/-0,6)	-0,9 (9-1,2/-0,2)	W = 3,0 p < 0,001
МПК (ПОБ), г/см ²	0,84 (0,80-0,88)	0,87 (0,81-0,89)	W = 55,0 p = 0,004
T-критерий (ПОБ)	-1,6 (-2,0/-1,0)	-1,2 (-1,5/-0,9)	W = 22,0 p = 0,001

Таблица 6. Изменение МПК осевого скелета через 12 месяцев наблюдения, Me (LQ-UQ)

Зона	Изменение МПК, %
Область L _I -L _{IV}	5,1 (4,2-7,2)
ШБ	2,9 (1,9-3,8)
Область большого вертела	1,8 (1,2-3,2)
ПОБ	2,7 (1,4-3,5)

Таблица 7. Распределение пациенток по значению показателя «% изменения МПК» в области L_I-L_{IV} и ПОБ через 12 месяцев наблюдения

Изменение МПК	Количество пациенток, абс. (%)
Область L _I -L _{IV} :	
■ более 3%	21 (84,0)
■ менее 3%	4 (16,0)
ПОБ:	
■ более 3%	11 (44,0)
■ менее 3%	14 (56,0)

и 25(ОН)D₃. Кроме того, отмечено снижение маркера костной резорбции бета-КроссЛапс и отсутствие значимой динамики показателей ЩФ и ОК. Полученные данные потенциально свидетельствуют о снижении скорости костного метаболизма преимущественно за счет подавления процессов костной резорбции в результате комплексного лечения ОП.

Динамика показателей МПК осевого скелета на фоне лечения ОП представлена в табл. 5. Достоверное повышение показателей МПК в области позвоночника и ПОБ через 12 месяцев подтверждает эффективность проводимой комплексной терапии. Известно, что различные области ПОБ неоднородны по содержанию трабекулярного и кортикального

компонентов костной ткани. Так, МПК в области Варда, расположенной в основании ШБ, ассоциирована с ранними изменениями костной плотности и коррелирует с МПК тел поясничных позвонков, что может служить маркером риска их переломов. Выделение зон ШБ и ПОБ наиболее значимо для оценки состояния минеральной плотности кортикальной зоны [22].

Разницу между исходными показателями МПК в области позвоночника, ШБ, большого вертела, ПОБ и показателями МПК через 12 месяцев наблюдения отражает показатель «% изменений МПК». Если данный показатель менее -3%, динамика отрицательная, от -3% до 3% – стабилизация, более 3% – динамика положительная. Изменение МПК в ходе лечения представлено в табл. 6.

Более высокие значения показателя «% изменения МПК» осевого скелета отмечены в области LI-LIV, ШБ, ПОБ. При этом большая доля пациенток имела положительную динамику (более 3%) МПК в области LI-LIV и ПОБ (табл. 7). Приверженность лечению составила 92,3%.

Выводы

Результаты проведенного проспективного клинического исследования свидетельствуют об эффективности комплексной терапии постменопаузального ОП (включающей нефармакологические методы, комбинированный препарат карбоната кальция 500 мг и холекальциферола 400 МЕ в сочетании с алендроновой кислотой (препарат Осталон) 70 мг в неделю) в течение 12 месяцев у женщин в возрасте до 70 лет. Основание: повышение МПК в области позвоночника на 5,1% (4,2-7,2%) с более выраженной положительной динамикой МПК в области позвоночника – 84,0% пациенток; повышение МПК в области ШБ на 2,9% (1,9-3,8%), в ПОБ на 2,7% (1,4-3,5%). Отмечена также высокая приверженность пациенток лечению – 92,3%. ☺

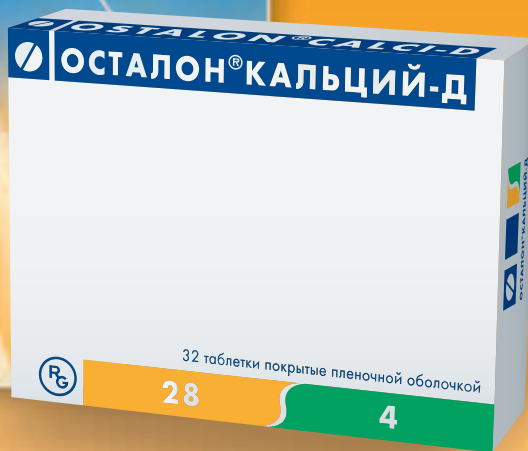
ОСТАЛОН® КАЛЬЦИЙ-Д

70 мг алендроната

600 мг кальция

400 МЕ витамина Д₃

Три компонента комплексной
терапии остеопороза!



- Соответствует Российским и Европейским рекомендациям по лечению остеопороза
- Достоверно снижает риск остеопоротических переломов
- Обеспечивает высокую приверженность пациентов к лечению



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56, E-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru



Литература

1. Руководство по остеопорозу / под ред. Л.И. Беневоленской. М.: БИНОМ, 2003.
2. World Health Organization Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary health care level. Technical Report. World Health Organization Collaborating Center for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, UK, 2007.
3. Риггз Б.Л., Мелтон Л.Д. Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение. СПб.: БИНОМ, 2000.
4. Lanza F., Sahba B., Schwartz H. et al. The upper GI safety and tolerability of oral alendronate at a dose of 70 milligrams once weekly: a placebo-controlled endoscopy study // *Am. J. Gastroenterol.* 2002. Vol. 97. № 1. P. 58–64.
5. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / под ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
6. Kanis J.A., Burlet N., Cooper C. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women // *Osteoporos. Int.* 2008. Vol. 19. № 4. P. 399–428.
7. National Osteoporosis Foundation. NOF's Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis // www.nof.org/professionals/NOF_Clinicians_Guide.pdf.
8. Джонел О. Остеопороз: заболевание, которому все еще уделяется недостаточно внимания // *Медикография.* 2004. Т. 26. № 3. С. 1–3.
9. Greenspan S., Field-Munves E., Tonino R. et al. Tolerability of once-weekly alendronate in patients with osteoporosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Mayo Clin. Proc.* 2002. Vol. 77. № 10. P. 1044–1052.
10. Fleish H. Bisphosphonates in bone disease. From the laboratory to the patients. Academic Press, 2000.
11. Levis S., Quandt S.A., Thompson D. et al. Alendronate reduces the risk of multiple symptomatic fractures: results from the fracture intervention trial // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002. Vol. 50. № 3. P. 409–415.
12. Pols H.A., Felsenberg D., Hanley D.A. et al. Multinational, placebo-controlled, randomized trial of the effects of alendronate on bone density and fracture risk in postmenopausal women with low bone mass: results of the FOSIT study. Fosamax International Trial Study Group // *Osteoporos. Int.* 1999. Vol. 9. № 5. P. 461–468.
13. Papapoulos S.E., Quandt S.A., Liberman U.A. et al. Meta-analysis of the efficacy of alendronate for the prevention of hip fractures in postmenopausal women // *Osteoporos. Int.* 2005. Vol. 16. № 5. P. 468–474.
14. Wells G.A., Cranney A., Peterson J. et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008. Vol. 23. № 1. CD001155.
15. Поворознюк В.В. Бисфосфонаты: роль ибандроновой кислоты в лечении постменопаузального остеопороза // *Здоров'я України.* 2007. № 5. С. 57–58.
16. Lehr R. Sixteen S-squared over D-squared: a relation for crude sample size estimates // *Stat. Med.* 1992. Vol. 11. № 8. P. 1099–1102.
17. Black D.M., Cummings S.R., Karpf D.B. et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group // *Lancet.* 1996. Vol. 348. № 9041. P. 1535–1541.
18. Roux C. The living bone. Wolter Kruwer Health France, 2007.
19. Rizzoli R. Atlas of Postmenopausal Osteoporosis. Third Edition. Current Medicine Group, 2010.
20. Rizzoli R., Boonen S., Brandi M.L. et al. The role of calcium and vitamin D in the management of osteoporosis // *Bone.* 2008. Vol. 42. № 2. P. 246–249.
21. Sahota O., Mundy M.K., San P. et al. The relationship between vitamin D and parathyroid hormone: calcium homeostasis, bone turnover, and bone mineral density in postmenopausal women with established osteoporosis // *Bone.* 2004. Vol. 35. № 1. P. 312–319.
22. Bischoff-Ferrari H.A. How to select the doses of vitamin D in the management of osteoporosis // *Osteoporos. Int.* 2007. Vol. 18. № 4. P. 401–407.

Experience of Using Alendronic Acid (Ostalon) in a Combination Therapy of Postmenopausal Osteoporosis

A.P. Shepelkevich¹, V.L. Lobashova¹, N.A. Vasilyeva²

¹Belarusian State Medical University

²Republican Center of Medical Rehabilitation and Balneology

Contact person: Alla Petrovna Shepelkevich, alusha71@mail.ru

There are presented results obtained from prospective clinical study on assessing efficacy of combination therapy of postmenopausal osteoporosis (including non-pharmacological methods, drug combining Calcium Carbonate 500 mg and cholecalciferol 400 ME together with alendronic acid (Ostalon) 70 mg per week) administered to females under 70.

It was found that a combination therapy applied for 12 weeks in patients with osteoporosis resulted in elevated bone mineral density in the spine by 5.1% (4.2–7.2%) that had a more pronounced positive dynamics in 84.0% of patients, femoral neck – by 2.9% (1.9–3.8%), proximal femur – by 2.7% (1.4–3.5%). High compliance with treatment was noted in patients reaching up to 92.3%.

Key words: postmenopausal osteoporosis, alendronic acid, bone mineral density, bone markers



XXII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

6–10 апреля 2015 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА

- Фундаментальная наука и современные подходы к диагностике и лечению основных заболеваний человека
- Проблемы морали и этики современного медицинского сообщества. Врачебные ошибки
- Медицина в XXI в. – превентивная, предсказательная, персонализированная. Формирование здорового образа жизни
- Совершенствование системы высшего профессионального (медицинского) образования, информационные технологии в непрерывном профессиональном образовании
- Современные подходы и инновационные технологии в профилактике, диагностике и лечении неинфекционных заболеваний. Взгляды врачей разных специальностей
- Клинические рекомендации научно-практических медицинских обществ России по наиболее распространенным заболеваниям человека
- Диспансеризация. Внедрение высокотехнологичных диагностических мобильных систем в практику здравоохранения
- Редкие болезни. Организация медицинской помощи, лекарственного обеспечения и социальной поддержки пациентов
- Рациональное использование современных лекарственных средств в условиях поликлиники. Формулярная система, основанная на принципах доказательной медицины
- Совершенствование скорой и неотложной медицинской помощи
- Медицина катастроф. Актуальные вопросы
- Междисциплинарные аспекты репродуктивного здоровья молодежи
- Высокотехнологическая медицинская помощь в педиатрической практике

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

- Кардиология (тромбозы и антитромботическая терапия)
- Педиатрия (гастроэнтерология раннего возраста)
- Кардиология (артериальная гипертония)
- Педиатрия (догоспитальная помощь)
- Гастроэнтерология
- Педиатрия (кардиология)
- Гематология (клиническая гемостазиология)
- Педиатрия (антибактериальная терапия)
- Эндокринология
- Педиатрия (скорая и неотложная помощь)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Гастроэнтерология
- Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ

- Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека

В рамках конгресса проходит выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К конгрессу готовится Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (XVI выпуск)

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Срок
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	до 26.12.2014
Тезисы с подтверждением факта оплаты за публикацию	до 15.12.2014
Конкурсные работы с комплектом сопроводительных документов	до 19.01.2015
Регистрационные карты (приложение 4)	до 25.03.2015
Заявки на участие в выставке (приложение 6)	до 07.03.2015

КОНТАКТЫ

Тел./факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь); тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама). E-mail: publish@medlife.ru (тезисы); reg@medlife.ru (конкурсные работы); kongress-omo@mail.ru (регистрационные карты); trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе); stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке); secretariat@medlife.ru (выставление счетов). **Официальный сайт конгресса:** <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52, секретариат оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»



Оценка эффективности методик профилактики и сокращения кровопотери при артропластике тазобедренного сустава с учетом социальных особенностей пациентов

О.А. Каплунов, И.В. Михин, С.Н. Бирюков

Адрес для переписки: Олег Анатольевич Каплунов, volortho@mail.ru

Данные литературы, свидетельствующие о значительной потере крови в ходе и после эндопротезирования тазобедренного сустава, а также появление больных, отказывающихся от аллогемотрансфузий по социальным (в том числе религиозным) причинам, стали поводом принятия инновационных мер для повышения эффективности кровесбережения и сокращения потребности в гемотрансфузиях. В статье показано, что спинальная анестезия, управляемая Пентамином и нитроглицерином гипотония, интраоперационное применение системных гемостатиков и превентивное назначение стимуляторов эритропоэза, сформированные в патентуемую технологию кровесбережения, позволяют достичь статистически значимого сокращения кровопотери и перевести гемотрансфузию при эндопротезировании в разряд случайного события.

Ключевые слова: эндопротезирование, технологии кровесбережения, социально мотивированные пациенты, Аркоксия

Введение

Эндопротезирование крупных суставов является наиболее распространенным оперативным вмешательством, позволяющим повысить качество жизни пациентов с деформирующим артрозом. В силу травматичности данное вмешательство нередко сопровождается значительной периоперационной кровопотерей, дости-

гающей в среднем 570–940 мл [1, 2]. Удельный вес больных, нуждающихся в переливании компонентов крови после артропластики, колеблется от 43 до 87% [3–5]. Так, в Великобритании от 8 до 12% донорской крови используется у больных после эндопротезирования крупных суставов [6]. В то же время увеличивается число пациентов, нуждающихся в заме-

не сустава, но отказывающихся от переливания крови и кровезаместителей из-за религиозных убеждений или страха гемоассоциированных инфекций.

Еще одна проблема – дефицит донорской крови и ее компонентов (особенно в мегаполисах). По данным станции переливания крови г. Москвы, в 2012 г. относительная нехватка крови и ее компонентов составила более 20%.

Эти обстоятельства обуславливают актуальность проблемы кровесбережения (КС) при эндопротезировании.

Алгоритм кровесберегающих технологий разнообразен, не стандартизирован и существенно различается в разных клиниках [7]. Современные методики предполагают использование механических приемов (турникет, давящая повязка), определенной хирургической техники (минидоступы, электро- и плазменная коагуляции, сокращение времени вмешательства), заготовку аутокрови (острая и плановая эксфузии), изволемическую гемодиллюцию с управляемой гипотонией, превентивное воздействие на эритропоэз и др. [8].

Цель исследования – оценить методы КС, применяемые при опе-



рациях первичного эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭПТБС), и проанализировать рекомендации, позволяющие уменьшить интра- и послеоперационную потерю крови и тем самым снизить потребность в переливании крови и ее компонентов.

Материал и методы исследования

Было выполнено ретро- и проспективное исследование клинического материала 1-го ортопедического отделения Клинической больницы № 3 г. Волгограда и ортопедо-травматологического отделения Волгоградской областной клинической больницы № 1 по проведению артропластики тазобедренного сустава, а также приемов и методов сбережения крови у 127 пациентов (таблица). Средний возраст больных – 65,2 года. Большую часть участников составляли женщины (57,5%). В этиологии заболевания, послужившего причиной тотальной замены сустава, преобладали идиопатический и диспластический коксартроз III–IV стадии (по классификации С.В. Косинской (1961)). В ретроспективной части исследования проанализированы результаты лечения пациентов, которым ЭПТБС проведено с 2002 по 2010 г. Изучены интра- и периоперационная кровопотеря и способы ее профилактики при проведении артропластики у 71 больного. В проспективной части проанализированы данные лечения за 2011–2013 г. 56 пациентов, у которых в методологии КС были использованы оригинальные приемы и технологии. Пациенты ретроспективной части наблюдения (использовался метод слепой выборки) были распреде-

лены на две группы. В одну группу (контрольную) вошли 36 пациентов, которым замена суставов проводилась на этапе освоения методики. В качестве анестезии использовался эндотрахеальный наркоз. Для профилактики кровопотери применяли физико-механические методы (холод к ране), электрохирургию, ограничивали размер доступа до 13–15 см, а также вводили гемостатики в послеоперационном периоде.

В другой группе (n = 35) в дополнение к перечисленным мерам в ходе операции использовали аппарат для возврата красных клеток излившейся крови (Cell Saver), на фоне спинальной анестезии проводилась острая эксфузия 380–420 мл крови с нормоволемической гемодилюцией и послеоперационным возвратом эксфузата. Кроме того, применялась техника управляемой гипотонии 0,1%-ным раствором нитроглицерина.

С 2011 г. в технологию КС при ЭПТБС были внесены изменения. В проспективной части исследования у 56 пациентов от острой заготовки аутокрови отказались из-за побочных эффектов. Из физико-механических методов наряду с охлаждением зоны вмешательства использовали сдавление послеоперационной раны валиком. Последний в течение 1–1,5 часа после вмешательства туго укладывали между боковым ограждением функциональной кровати, приведенным в поднятое положение, и оперированным бедром пациента.

Для достижения управляемой гипотонии использовали нитроглицерин (в качестве стартового препарата) и 5%-ный раствор

Пентамина. Оригинальным технологическим приемом КС стало интраоперационное, а именно перед обработкой костного ложа компонентов, введение системных гемостатиков – раствора транексамовой кислоты и Дицинона. Совокупная последовательность описанных мер – технология внедрения заявлена на получение охраняемых документов (приоритет от 22.11.2013, заявка № 2013118973).

В этой части исследования была выделена группа пациентов (n = 17), которые по социальным причинам (9 – боязнь гемоассоциированных инфекций, 8 – представители теологического течения) написали отказ от гемотрансфузии. Эта группа была названа социально мотивированной. Технологию КС в ней дополнили обязательным превентивным применением рекомбинантного эритропоэтина в низкотерапевтической дозе (независимо от исходных параметров красной крови). Остальным пациентам эритропоэтин назначали по общепринятым показаниям.

У пациентов проспективной части исследования в послеоперационном периоде применялась следующая схема обезболивания: опиаты на ночь одно- или двукратно в первые сутки, со второго дня назначался эторикоксиб (препарат Аркоксия®) в дозе 120 мг/сут в течение трех дней.

Таким образом, всего в работе оценивались четыре методики КС: рутинная (контрольная группа), рутинная расширенная (первая группа), внедряемая (вторая группа) и внедряемая с учетом социального фактора (третья группа). Конечными точками исследования были приняты величина интра-, после- и периоперационной кро-

Таблица. Общая характеристика пациентов

Этиология процесса	Возраст, лет	Пол		Стадия заболевания		Всего
		женский	мужской	III	IV	
Идиопатический	66 ± 7	40	30	41	29	70
Диспластический	63 ± 5	28	12	27	13	40
Аваскулярный	65 + 6	5	12	8	9	17
Итого	65,2	73	54	76	51	127



вопотери, разница (дельта) количественных показателей гемоглобина до операции и на вторые сутки после операции, количество потребовавшихся в каждой группе аллоготрансфузий, количество ревизий послеоперационной раны, связанных с кровотечением. Кроме того, определялась выраженность болевого синдрома по стандартной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) [9].

Объем интраоперационной кровопотери анализировали по общепринятой клинической методике взвешивания отработанного операционного материала.

Результаты и их обсуждение

Объем интра- и периоперационной кровопотери в группах наблюдения представлен на рис. 1.

Анализ полученных данных показывает, что по мере усовершенствования технологии КС размер кровопотери снижался. При этом рассматриваемый показатель во второй и третьей группах был статистически значимо ниже, нежели в контрольной и первой группах.

У пациентов исследуемых групп динамика (дельта) количественных показателей гемоглобина за первые двое суток послеоперационного наблюдения также продемонстри-

ровала преимущества внедряемой методики (рис. 2). Неизбежное снижение уровня гемоглобина после оперативного вмешательства во второй и третьей группах оказалось минимальным – менее четверти от исходного значения.

Всего было проведено 22 (17,3%) аллоготрансфузии: в контрольной группе 13 (36,6%), в первой – 7 (20%), во второй – 2 (5,1%). В третьей, социально мотивированной, гемотрансфузии не проводились.

Соотношение количества срочных ревизий послеоперационной раны в связи с кровотечением также подтверждает, что добавление системных гемостатиков к методике КС наряду с тщательным гемостазом позволяет существенно уменьшить риск кровопотери, связанной с недостаточным воздействием на гемостаз. Так, были проведены всего три срочные ревизии послеоперационной раны: две в контрольной группе, одна в первой.

Для определения болевого порога использовалась ВАШ. В первые сутки всем пациентам назначались опиаты. Со вторых суток – препарат Аркоксиа® в дозе 120 мг/сут.

По результатам анкетирования на второй день после операции 67% пациентов оценивали свою боль от 4 до 6 баллов, 33% пациентов – от 2 до 4 баллов. Опиаты были назначены 17% пациентов по показаниям (наличие боли вечером).

На третий день после операции 83% пациентов охарактеризовали степень боли в пределах 2–4 баллов, 17% пациентов – 4–6 баллов. Опиаты не назначались.

Таким образом, более пристальный и систематизированный подход к методикам профилактики кровопотери обуславливает положительную динамику параметров кровесбережения при эндопротезировании крупных суставов.

Переход от ограниченного числа приемов кровесбережения к расширенному, внедрению новых технологий и алгоритмов действия статистически значимо улучшает такие важные характеристики результатов операции, как величина интра- и послеоперационной кровопотери, степень снижения (де-

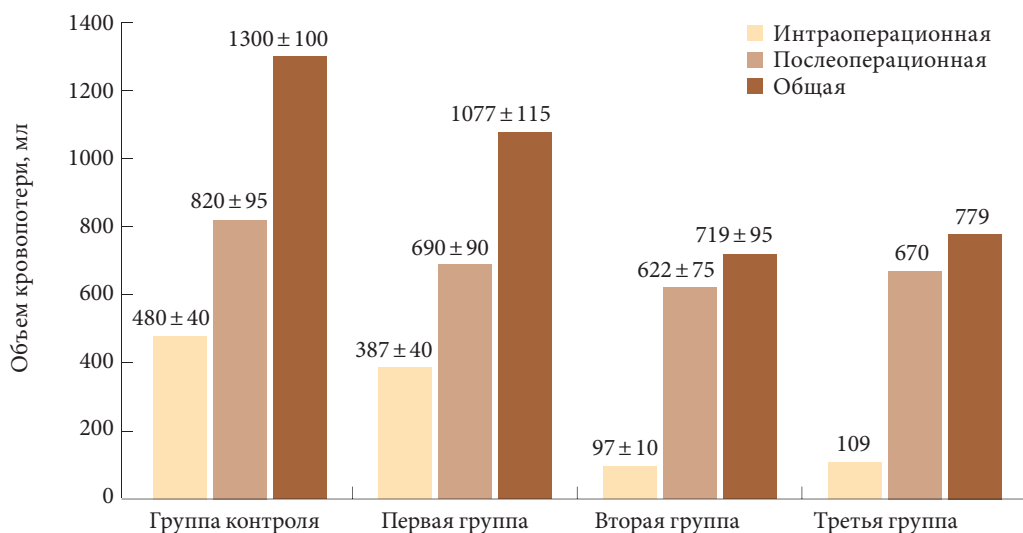


Рис. 1. Объем кровопотери в исследуемых группах

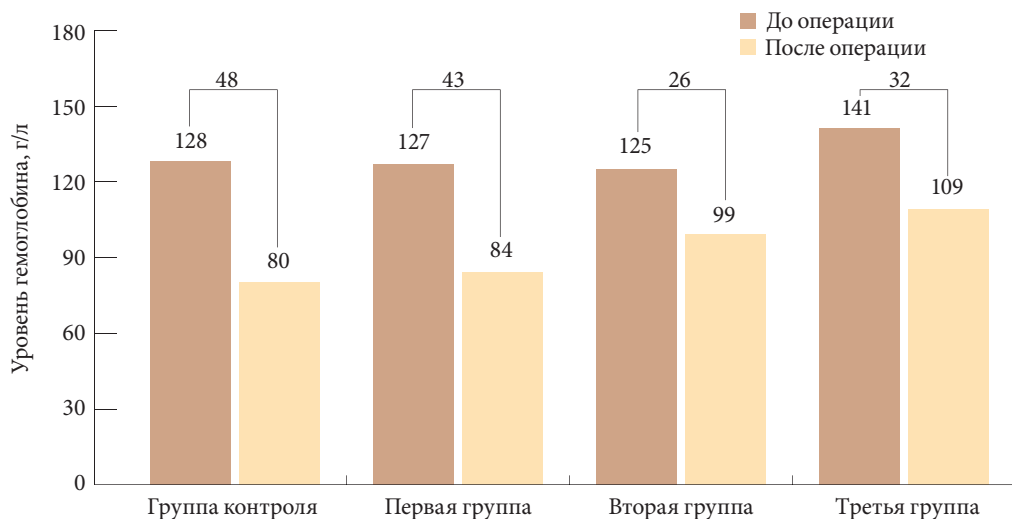


Рис. 2. Уровень гемоглобина до и через двое суток после операции

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки быстроты эффекта^{1,2,a}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острая боль после стоматологических операций	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

на правах рекламы

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^aПрепарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток².

1 РАЗ В СУТКИ

Аркоксия®

(эторикокиб, MSD)

^a В рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n=75), 120 мг (n=76), 180 мг (n=74) и 240 мг (n=76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n=48) или плацебо (n=49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

Ключевая информация по безопасности для препарата АРКОКСИА®

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, кровотечения любой локализации; воспалительные заболевания кишечника в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность выраженная печеночная и/или почечная недостаточность, активное заболевание печени; прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ИБС; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет.

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции *Helicobacter pylori*, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующая терапия следующими препаратами: антикоагулянты; антиагреганты; пероральные глюкокортикостероиды; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

У пациентов с печеночной недостаточностью рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: наиболее часто эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение "печеночных" трансаминаз.

Литература:

1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004;26(5):667-679.
2. Инструкция по применению.



ООО «МСД Фармасьютикалс» Россия, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1

Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94, www.merck.com.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

MUSC-1015771-0055.02.2014



льта) количества гемоглобина за первые сутки послеоперационного наблюдения, число ревизий раны и потребность в аллогемотрансфузиях. В результате предпринятых новаций удалось значительно снизить интраоперационную кровопотерю (в третьей и первой группах $p < 0,05$, в третьей и второй $p < 0,02$).

Принимая во внимание социальную значимость проблемы и увеличение числа отказов от гемотрансфузии, обоснованных ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, необходимо адаптировать приемы КС с учетом особого социального статуса пациентов, по тем или иным не-

медицинским причинам отказывающихся от алло- и гемотрансфузий.

Выводы

Проведенная работа позволяет сделать следующие выводы.

1. Приемы и методы КС при эндопротезировании крупных суставов требуют систематизации и дифференциального подхода, учитывающего в том числе социальный статус пациентов.

2. Сбалансированное применение гипотоников, стимуляторов эритропоэза у социально мотивированных пациентов и системных гемостатиков интраоперационно (трех-, четырехкратно) значительно снижает интраоперационную и общую

кровопотерю почти с двукратным сокращением потерь гемоглобина.

3. Предложенная дифференцированная методика КС, адаптированная к социальному статусу пациентов, позволяет уменьшить потребность в аллогемотрансфузиях после ЭПТБС и свести число послеоперационных ревизий ран в связи с кровотечением к разряду случайного события.

4. Применение мультимодального обезболивания в послеоперационном периоде с современными селективными нестероидными противовоспалительными средствами эффективно и позволяет избежать длительной монотерапии опиатами. ☺

Литература

1. Капырина М.В., Аржакова Н.И., Миронов Н.П. Особенности восполнения кровопотери при реконструктивных операциях на крупных суставах. Реинфузия дренажной крови как один из компонентов современных кровосберегающих технологий // Вестник интенсивной терапии. 2007. № 3. С. 14–21.
2. Roth F. Blood transfusion in hip arthroplasty: a laboratory hematic curve must be the single predictor of the need for transfusion? // Revista Brasileira de Ortopedia. 2014.
3. Дулаев А.К., Володин Ю.С., Дыдыкин А.В. и др. Эффективность заготовки и сохранения аутогенной крови у больных при эндопротезировании коленного сустава // Современные технологии в травматологии и ортопедии. Сборник тезисов. М., 2005.
4. Carson J.L., Terrin M.L., Noveck H. et al. Liberal or restrictive transfusion in high-risk patients after hip surgery // N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 365. № 26. P. 2453–2462.
5. Liu X., Zhang X., Chen Y. et al. Hidden blood loss after total hip arthroplasty // J. Arthroplasty. 2011. Vol. 26. № 7. P. 1100–1105.
6. Kotze A., Carter L.A., Scally A.J. Effect of a patient blood management programme on preoperative anaemia, transfusion rate, and outcome after primary hip or knee arthroplasty: a quality improvement cycle // Br. J. Anaesth. 2012. Vol. 108. № 6. P. 943–952.
7. Park J.H., Rasouli M.R., Mortazavi S.M. et al. Predictors of perioperative blood loss in total joint arthroplasty // J. Bone Joint Surg. Am. 2013. Vol. 95. № 19. P. 1777–1783.
8. Zhou X.D., Tao L.J., Li J., Wu L.D. Do we really need tranexamic acid in total hip arthroplasty? A meta-analysis of nineteen randomized controlled trials // Arch. Orthop. Trauma Surg. 2013. Vol. 133. № 7. P. 1017–1027.
9. Grant S., Aitchison T., Henderson E. et al. A comparison of the reproducibility and the sensitivity to change of visual analogue scales, Borg scales, and Likert scales in normal subjects during submaximal exercise // Chest. 1999. Vol. 116. № 5. P. 1208–1217.

Evaluation of the Efficacy of Blood Loss Prevention and Reduction during Hip Arthroplasty with Due Regard to Social Characteristics of the Patients

O.A. Kaplunov, I.V. Mikhin, S.N. Biryukov

Volgograd State Medical University

Contact person: Oleg Anatolyevich Kaplunov, volortho@mail.ru

According to the literature data, hip arthroplasty is associated with significant blood loss during and after the surgical intervention. There are a number of cases of refusal from donor blood transfusion due to social and religious reasons. Thus, innovative methods are needed to improve efficacy of blood management strategies and reduce demand for blood transfusion. The article demonstrates that use of patented technology of blood management including Pentamin (azamethonium bromide)/nitroglycerin-controlled spinal anesthesia, intraoperative administration of systemic hemostatic drugs and preventive use of erythropoiesis stimulating agents results in significant reduction of blood loss and very rare demand for blood transfusions.

Key words: arthroplasty, blood management methods, socially-motivated patients, Arcoxia

ФЕВРАЛЬ 2015

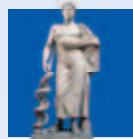
24 ФЕВРАЛЯ

ЮБИЛЕЙНЫЕ ЧТЕНИЯ,

ПОСВЯЩЕННЫЕ:

- 90-летию со дня основания общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов»
- 90-летию ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России
- 60-летию журнала «Проблемы эндокринологии»
- 25-летию со дня открытия Института детской эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России

25-27 ФЕВРАЛЯ



VII ВСЕРОССИЙСКИЙ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

1. Эпидемиология и государственные регистры сахарного диабета и его осложнений.
2. Молекулярно-генетические технологии как основа персонализированной диабетологии.
3. Фундаментальная диабетология: патогенез сахарного диабета и его осложнений, клеточные технологии в диабетологии.
4. Современные алгоритмы лечения сахарного диабета.
5. Вопросы диагностики и междисциплинарные подходы в лечении осложнений сахарного диабета.
6. Сахарный диабет у детей и подростков.
7. Помповая инсулинотерапия, непрерывное мониторирование гликемии.
8. Ожирение и метаболический синдром. Профилактика сахарного диабета и его осложнений.
9. Репродуктивное здоровье и сахарный диабет. Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет.
10. Программы обучения больных сахарным диабетом. Проблемы гликемического контроля у пациентов с сахарным диабетом.
11. Сочетанная эндокринная патология и особенности соматических заболеваний у пациентов с сахарным диабетом.
12. Нарушения кальций-фосфорного обмена у больных сахарным диабетом.
13. Сахарный диабет и онкология.
14. Редкие формы сахарного диабета.
15. Вопросы модернизации и оптимизации диабетологической службы в Российской Федерации. Пути повышения качества оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом.

28 ФЕВРАЛЯ

НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЭНДОКРИНОЛОГИИ»

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Высокодифференцированный рак щитовидной железы.
- Медуллярный рак щитовидной железы.
- Опухоли околощитовидных желез. Гиперпаратиреоз.
- Инциденталомы надпочечников.
- Кортикостерома. Синдром Кушинга (гиперкортицизма).
- Аденокарцинома гипофиза.
- Инсулинома.
- Нейроэндокринные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны (карциноидные опухоли).
- Синдромы множественных эндокринных неоплазий.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Москва, Ленинский пр-т, 32А
здание Российской
академии наук.

ОРГАНИЗАТОРЫ:



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РОССИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ЭНДОКРИНОЛОГОВ



ЭНЦ Эндокринологический
научный центр

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ МЕРОПРИЯТИЙ:

WWW.RUSENDO.COM



Новосибирский
государственный
медицинский
университет

Остеоартроз. Выбор безопасной тактики лечения пациента с коморбидностью

Е.В. Зонова

Адрес для переписки: Елена Владимировна Зонова, elena_zonova@list.ru

Остеоартроз характеризуется высоким уровнем коморбидности. Использование обезболивающей терапии при данном заболевании определяет риск развития осложнений со стороны жизненно важных органов, поэтому выбор противовоспалительного препарата должен быть максимально индивидуализирован. Для контроля боли у пациентов с остеоартрозом в качестве симптоматического средства ESCEO (2014) рекомендует использовать глюкозамин и хондроитин. На начальном этапе лечения – сочетать их прием с парацетамолом или нестероидными противовоспалительными препаратами. В статье рассмотрены преимущества назначения низких доз ибупрофена: воздействует на острую и хроническую боль, наименее токсичен для желудочно-кишечного тракта и почек. Показано, что использование ибупрофена (100 мг в капсуле) с медленнодействующими симптоматическими средствами (хондроитином и глюкозамином) оказывает комбинированный обезболивающий эффект, позволяет снизить лекарственную нагрузку, повысить комплаентность и, как следствие, улучшить качество жизни пациентов с коморбидностью и без коморбидности.

Ключевые слова: остеоартроз, коморбидность, ибупрофен, хондроитин, глюкозамин

Улиц старших возрастных групп, как правило, одновременно прогрессируют и требуют лечения два и более хронических заболевания [1, 2]. Сочетание жизненно важных па-

тологических процессов характеризуется как мультиморбидность. Для контроля течения хронических заболеваний пациенты принимают препараты разных групп. Так, препараты для лечения сер-

дечно-сосудистых заболеваний в выборке пациентов с мультиморбидностью принимают в 73% случаев, обезболивающие препараты различных фармакологических групп – в 59% [1].

В настоящее время модель лечения хронического заболевания предполагает персонализированный подход, когда выбор лекарственного средства учитывает коморбидность и не ухудшает течение любого из сопутствующих заболеваний. Безопасность лечения принципиальна, поскольку множественная лекарственная терапия увеличивает риск как побочных эффектов, так и лекарственного взаимодействия.

При ревматоидном артрите в первую очередь повышается риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. В отношении подагры, остеоартроза (ОА) такие данные только накапливаются [3].

Показано, что наиболее часто у больного ОА развиваются ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет, хронические обструктивные заболевания легких, депрессия.

По данным литературы, у пятой части больных ОА диагностиру-



ется четыре и более сопутствующих заболевания. Каждый пятый имеет серьезные, в том числе фатальные, сердечно-сосудистые события [4].

При ОА развитию сердечно-сосудистых событий способствуют артериальная гипертензия, декомпенсированный сахарный диабет, курение, высокий индекс массы тела, стрессовые ситуации, воспалительные хронические заболевания, ассоциированные с гиподинамией (ОА рассматривается в качестве одной из основных причин гиподинамии у пациентов старше 40 лет), а также использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) [5].

В то же время прием обезболивающих на постоянной основе снижает риск падений и, как следствие, переломов, улучшает психологическое состояние пациентов с ОА [6].

На сегодняшний день международные рекомендации по лечению ОА ориентированы на безопасность терапии [7]. Рекомендации Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартроза так же, как и рекомендации Европейской антиревматической лиги, Американской коллегии ревматологов, в качестве основного принципа лечения ОА называют сочетание фармакологических и нефармакологических подходов [8].

Поскольку боль рассматривается как предиктор преждевременной смерти, адекватное обезболивание повышает вероятность выживания, в том числе за счет снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Выбор безопасного обезболивающего средства определяет характер прогрессирования ОА и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, риск развития осложнений [1].

При отсутствии факторов риска развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) назначают препараты из группы неселективных НПВП.

Использование ибупрофена в терапевтической практике обусловлено воздействием препарата на острую и хроническую боль, лихорадку, воспаление. Ибупрофен относится к группе производных 2-арилпропионовой кислоты, известных как профены или пропионовые кислоты. Наряду с ибупрофеном к препаратам пропионовой кислоты относят напроксен, кетопрофен, флурбипрофен.

Разработка ибупрофена, как и многих других производных пропионовой кислоты, началась в связи с поиском нестероидных препаратов для лечения ревматологических заболеваний, обладающих приемлемой желудочно-кишечной переносимостью [9, 10]. В середине прошлого века J. Nicholson синтезировал несколько противовоспалительных препаратов. Ибупрофен не был самым сильным из них, однако имел наилучший профиль безопасности [9, 10].

Впервые ибупрофен появился на фармацевтическом рынке в 1969 г. в Великобритании в качестве препарата, продаваемого по рецепту, в 1970-х гг. – в США. Его применяли как обезболивающее, в частности при ревматологических заболеваниях.

В настоящее время препарат широко используется в клинической практике, в том числе как безрецептурное средство, и сохраняет репутацию одного из самых безопасных НПВП с минимальным количеством побочных эффектов [11].

Среди безрецептурных препаратов для лечения боли, воспаления и лихорадки ибупрофен уступает только аспирину и парацетамолу (Ацетаминофену). Парацетамол является серьезным конкурентом ибупрофену как в низких дозах (безрецептурных), так и в более высоких (рецептурных), назначаемых для лечения ОА и других ревматологических заболеваний. Учитывая разный механизм действия, не исключено взаимодополняющее или взаимоусиливающее действие данных препаратов.

По сравнению с парацетамолом у ибупрофена выше риск побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и почек, однако при применении в низких дозах этот риск сводится к нулю. В более высоких дозах данный риск повышается до пограничного. При этом у ибупрофена нет свойственной парацетамолу гепатотоксичности [12].

Включение ибупрофена в разработанный Всемирной организацией здравоохранения перечень жизненно необходимых лекарственных средств служит признанием его роли в современной медицине [13].

Как и большинство производных пропионовой кислоты, ибупрофен хорошо всасывается в верхних отделах ЖКТ [14]. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 1–2 часа после приема.

Поскольку действие НПВП в основном направлено на синовиальную оболочку, знание кинетики ибупрофена в синовиальной жидкости имеет большое значение. Ибупрофен накапливается в синовиальной жидкости, достигая максимума в течение 2–6 часов, то есть гораздо позже, чем в плазме [12].

Ибупрофен – один из наименее токсичных для ЖКТ и почек среди традиционных НПВП, что, по-видимому, объясняется не только его селективностью к циклооксигеназам 1 и 2 [15], но и коротким периодом выведения из плазмы крови. Так, исследование A. Sugi и соавт. продемонстрировало достижение обезболивающего эффекта уже через 2,5 часа после приема препарата [16].

Боль рассматривается как предиктор преждевременной смерти. Адекватное обезболивание повышает вероятность выживания, в том числе за счет снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний



Эффективность ибупрофена была подтверждена в ряде работ. Так, A. Adatia и соавт. подготовили обзор по результатам лечения ОА коленных суставов. В обзор было включено 69 работ. Для анализа авторы отбирали только двойные слепые рандомизированные контролируемые исследования, в которых участвовали пациенты с клинически выраженным ОА коленного сустава. Наличие группы плацебо и хотя бы одной терапевтической группы, в которой принимали ибупрофен, было обязательным. Сравнительный анализ эффективности коксибов с эффективностью ибупрофена показал сходное терапевтическое улучшение при меньшей частоте нежелательных явлений со стороны ЖКТ как при кратковременном, так и продолжительном приеме последнего. Сердечно-сосудистый риск при использовании ибупрофена был признан равнозначным или менее значимым (по сравнению с коксибами и другими НПВП) [17].

A. Puorolo и соавт. и C.W. Wiesenhutter и соавт. провели крупномасштабное многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование, в ходе которого оценивалась эффективность трех видов лечения (плацебо, ибупрофен (2400 мг/сут 800 мг три раза в сутки) и эторикоксиб). Для оценки терапии использовали субшкалы боли и функционального состояния WOMAC, а также PGADS. В обоих исследованиях участвовали пациенты с клиническими и рентгенологическими признаками ОА, соответствующими функциональному классу ARA I–III, в течение предшествующих шести месяцев [18, 19]. Оценка проводилась через две и 12 недель от начала лечения, но анализировались только 12-недельные результаты.

A. Puorolo и соавт. пришли к выводу, что по каждому из основных оцениваемых показателей ибупрофен статистически значимо превосходит плацебо ($p < 0,002$). В группе ибупрофе-

на минимального клинически значимого улучшения по шкале WOMAC-PS достигли 70,1% пациентов, а в группе плацебо – 55,1% пациентов. Клинически значимым считали улучшение более чем на 15% от исходного по 100-миллиметровой шкале [19]. Работа B.W. Wiesenhutter и соавт. также показала статистически значимое превосходство ибупрофена над плацебо ($p < 0,01$) [20], хотя данные были представлены не так подробно.

Статистически значимое превосходство ибупрофена по различным валидированным показателям (субшкалы WOMAC и PGADS) можно считать достаточным подтверждением его важной роли в лечении ОА [19, 20].

В некоторых исследованиях пациентам с устойчивой болью в качестве дополнительного анальгетика назначали парацетамол. Общая доза парацетамола, полученная во время исследования каждой группой, подсчитывалась и анализировалась, поскольку это был дополнительный показатель, характеризующий эффективность лечения [20]. Потребление парацетамола в группе плацебо оказалось выше, чем в группе ибупрофена. Однако разница была статистически значимой только в двух исследованиях из четырех [21].

НПВП чаще рассматриваются как симптоматические средства, поскольку их структурный эффект при ОА остается спорным. Последний, в частности, позволяют оценить молекулярные маркеры: С-телопептидные фрагменты коллагена II типа (СТХ-II) и гликозил-галактозил-пиридинолин (Glc-Gal-PYD), уровень которых в моче отражает активность синтеза и распада хрящевой и синовиальной ткани [22]. Установлено, что у больных ОА коленных суставов с выраженным воспалением, принимавших плацебо, в течение четырех – шести недель уровень данных маркеров в моче повысился, чего не наблюдалось у больных, принимавших ибупрофен в дозе 2400 мг/сут. Эти

NB

Терафлекс Адванс: фармакологическое действие

Препарат, стимулирующий процесс регенерации хрящевой ткани, с противовоспалительным действием.

Хондроитин сульфат натрия служит дополнительным субстратом для образования здорового хрящевого матрикса. Стимулирует образование гиалуронона, синтез протеогликанов и коллагена типа II, а также защищает гиалуронон от ферментативного расщепления (путем подавления активности гиалуронидазы); поддерживает вязкость синовиальной жидкости, стимулирует механизмы репарации хряща и подавляет активность тех ферментов (эластаза, гиалуронидаза), которые расщепляют хрящ. При лечении ОА облегчает симптомы заболевания и уменьшает потребность в НПВП.

Глюкозамина сульфат активирует синтез протеогликанов, гиалуроновой, хондроитинсерной кислот и других веществ, входящих в состав суставных оболочек, внутрисуставной жидкости и хрящевой ткани.

Ибупрофен является производным пропионовой кислоты и оказывает анальгезирующее, жаропонижающее и противовоспалительное действие за счет неизбирательной блокады циклооксигеназ 1 и 2.

Содержащиеся в препарате глюкозамина сульфат и хондроитина сульфат потенцируют анальгезирующее действие ибупрофена



результаты указывают на то, что ибупрофен помогает предотвратить усиление катаболизма хрящевой и синовиальной ткани, характерное для прогрессирования ОА [23].

В настоящее время для обезболивания у пациентов с ОА международные эксперты рекомендуют использовать препараты группы SYSDOA – сочетание глюкозамина и хондроитина в качестве моно- и комбинированной терапии по причине их высокой безопасности.

Структурно-модифицирующий эффект хондроитина и солей глюкозамина активно обсуждается в связи с получением доказательств их влияния на рентгенологическое прогрессирование и провоспалительные медиаторы. Представляется логичным включение в одну фармакологическую форму глюкозамина, хондроитина и НПВП. Подобная комбинация позволила бы быстро купировать боль на начальных этапах лечения и снизить дозу НПВП с сохранением эффективности терапии, что особенно важно для пациентов старших возрастных групп с высоким уровнем коморбидности.

Так, в экспериментальном исследовании R.J. Tallarida и соавт. сочетание глюкозамина и ибупрофена определено как синергетическое, требующее для достижения обезболивающего эффекта в 2,4 раза меньшей дозы ибупрофена [24].

Идея трехкомпонентного лекарственного средства реализована в препарате Терафлекс Адванс. Комбинация хондроитина, глюкозамина с малой дозой ибупрофена (100 мг в капсуле) оказывает комбинированный обезболивающий эффект, что наиболее важно на начальных этапах терапии ОА, когда адекватная анальгезия является приоритетной для улучшения качества жизни пациентов.

Терафлекс Адванс рекомендован для лечения больных ОА в момент инициации терапии – по две капсулы два раза в день. Продолжительность приема препарата Терафлекс Адванс определяет врач, однако она не должна превышать трех недель. При снижении уровня боли необходимо планировать перевод пациента на изолированную форму препарата Терафлекс. Режим приема: по одной капсуле три раза в день первые три недели, далее по одной капсуле два раза в день. Длительность терапии с учетом особенностей заболевания составляет от трех до шести месяцев.

Показано, что использование препарата Терафлекс Адванс повышает комплаентность и снижает лекарственную нагрузку [25]. Исследование комбинированной формы Терафлекса с ибупрофеном продемонстрировало хорошую переносимость, быстрое контролирование боли, превышающее по скорости эф-

Использование ибупрофена в комбинации с медленнодействующими симптоматическими средствами хондроитином и глюкозамином способствует снижению лекарственной нагрузки, повышению комплаентности и, как следствие, улучшению качества жизни пациентов с отсутствием или наличием коморбидности

фект изолированного приема Терафлекса или ибупрофена [26]. Таким образом, многочисленные исследования показали эффективность ибупрофена по сравнению с плацебо при лечении ОА коленных суставов. Безопасность ибупрофена, особенно в низких дозах, позволяет широко использовать его в клинической практике, в том числе у пациентов с коморбидностью. Использование ибупрофена в комбинации с медленнодействующими симптоматическими средствами хондроитином и глюкозамином способствует снижению лекарственной нагрузки, повышению комплаентности и, как следствие, улучшению качества жизни пациентов с отсутствием или наличием коморбидности. ☺

Литература

1. Roberts E.R., Green D., Kadam U.T. Chronic condition comorbidity and multidrug therapy in general practice populations: a cross-sectional linkage study // *BMJ Open*. 2014. Vol. 4. № 7. e005429.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, 2010.
3. Nurmohamed M.T. Rheumatic diseases and cardiovascular risk factors // *Ann. Rheum. Dis.* 2013. Vol. 71. Suppl. 3.
4. Ravi B., Croxford R., Austin P.C. et al. The relation between total joint arthroplasty and risk for serious cardiovascular events in patients with moderate-severe osteoarthritis: propensity score matched landmark analysis // *BMJ*. 2013. Vol. 347. P. 6187.
5. Ng C.T., Tan M.P. Osteoarthritis and falls in the older person // *Age Ageing*. 2013. Vol. 42. № 5. P. 561–566.
6. Leveille S.G., Bean J., Bandeen-Roche K. et al. Musculoskeletal pain and risk for falls in older disabled women living in the community Musculoskeletal pain and risk for falls in older disabled women living in the community // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002. Vol. 50. № 4. P. 671–678.
7. Tubach F., Ravaud P., Martin-Mola E. et al. Minimum clinically important improvement and patient acceptable symptom state in pain and function in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, chronic back pain, hand osteoarthritis, and hip and knee osteoarthritis: Results



- from a prospective multinational study // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2012. Vol. 64. № 11. P. 1699–1707.
8. *Bruyère O., Cooper C., Pelletier J.P. et al.* An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) // *Semin. Arthritis Rheum.* 2014. Vol. 44. № 3. P. 253–263.
 9. *Rainsford K.D.* History and development of ibuprofen // *A Critical Bibliographic Review*. London: Taylor and Francis, 1999.
 10. *Adams S.S.* The propionic acids: a personal perspective // *J. Clin. Pharmacol.* 1992. Vol. 32. № 4. P. 317–323.
 11. *Buckwalter J.A., Martin J.A.* Osteoarthritis // *Adv. Drug Deliv. Rev.* 2006. Vol. 58. № 2. P. 150–167.
 12. *Rainsford K.D.* Ibuprofen: pharmacology, efficacy and safety // *Inflammopharmacology*. 2009. Vol. 17. № 6. P. 275–342.
 13. World Health Organization (2005). Essential medicines: WHO Model List, 14 ed. // www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/.
 14. *Evans A.M.* Pharmacodynamics and pharmacokinetics of the profens: enantioselectivity, clinical implications, and special reference to S(+)-ibuprofen // *J. Clin. Pharmacol.* 1996. Vol. 36. Suppl. 12. P. 7S–15S.
 15. University of British Columbia. Therapeutics initiative: evidence-based drug therapy. *Therapeutics Letter*, 2001 // www.ti.ubc.ca.
 16. *Suri A., Grundy B.L., Derendorf H.* Pharmacokinetics and pharmacodynamics of enantiomers of ibuprofen and flurbiprofen after oral administration // *Int. J. Clin. Pharmacol.* 1997. Vol. 35. № 1. P. 1–8.
 17. *Adatia A., Rainsford K.D., Kean W.F.* Osteoarthritis of the knee and hip. Part II: therapy with ibuprofen and a review of clinical trials // *J. Pharm. Pharmacol.* 2012. Vol. 64. № 5. P. 626–636.
 18. *Puopolo A., Boice J.A., Fidelholtz J.L. et al.* A randomized placebo-controlled trial comparing the efficacy of etoricoxib 30 mg and ibuprofen 2400 mg for the treatment of patients with osteoarthritis // *Osteoarthritis Cartilage*. 2007. Vol. 15. № 12. P. 1348–1356.
 19. *Wiesenhutter C.W., Boice J.A., Ko A. et al.* Evaluation of the comparative efficacy of etoricoxib and ibuprofen for treatment of patients with osteoarthritis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Mayo Clin. Proc.* 2005. Vol. 80. № 4. P. 470–479.
 20. *Ehrich E.W., Davies G.M., Watson D.J. et al.* Minimal perceptible clinical improvement with the Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index questionnaire and global assessments in patients with osteoarthritis // *Rheumatol.* 2000. Vol. 27. № 11. P. 2635–2641.
 21. *Sacchetti G.* Clinical testing of indoprofen in osteoarthritis: a controlled trial using a balanced incomplete block design // *Curr. Ther. Res.* 1978. Vol. 24. P. 274–283.
 22. *Gineys E., Mo J.A., Ko A. et al.* Effects of ibuprofen on molecular markers of cartilage and synovium turnover in patients with knee osteoarthritis // *Ann. Rheum. Dis.* 2004. Vol. 63. № 7. P. 857–861.
 23. *Trnavský K., Fischer M., Vögtle-Junkert U., Schreyger F.* Efficacy and safety of 5% ibuprofen cream treatment in knee osteoarthritis. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *J. Rheumatol.* 2004. Vol. 31. № 3. P. 565–572.
 24. *Tallarida R.J., Cowan A., Raffa R.B.* Antinociceptive synergy, additivity, and subadditivity with combinations of oral glucosamine plus nonopioid analgesics in mice // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2003. Vol. 307. № 2. P. 699–704.
 25. *Зонова Е.В.* Глюкозамин и хондроитина сульфат в терапии остеоартроза // *Эффективная фармакотерапия. 2013. № 52. Ревматология. Травматология. Ортопедия. Вып. 2. С. 36–42.*
 26. *Алексеева Л.И.* Препараты замедленного действия в лечении остеоартроза // *Лечение и профилактика*. 2012. № 1. С. 29–38.

Osteoarthritis. Selection of Safe Therapeutic Tactics for Treating Patients with Comorbidities

Ye.V. Zonova

Novosibirsk State Medical University

Contact person: Yelena Vladimirovna Zonova, elena_zonova@list.ru

Osteoarthritis is characterized by a high level of comorbidities. Use of pain-killer therapy during this disease determines a risk of developing complications from vital organs, thus of anti-inflammatory drug must be strongly individualized.

For pain management in patients with osteoarthritis, it is recommend to use glucosamine and chondroitin as symptomatic ESCEO (2014) remedies. At initial step, they should be combined with paracetamol or non-steroid anti-inflammatory drugs. Advantages of using low-dose ibuprofen are discussed: it acts on acute and chronic pain, and has the lowest toxicity for GI-tract and kidneys. It was demonstrated that ibuprofenn (100 mg per capsule) with slow-acting drugs (chondroitin and glucosamine) had a combined analgesic effect, allowed for reducing drug load, improve treatment compliance, and, as a consequence, improve patient's quality of life with/without comorbidities.

Key words: osteoarthritis, comorbidity, ibuprofen, chondroitin, glucosamine

Интернет-магазин медицинской книги www.mbookshop.ru



~ Только **НОВИНКИ** ~

~ Книги **ЛУЧШИХ** медицинских издательств ~

~ Ежедневное обновление ~

~ Без регистрации ~

~ **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** подход к расчету доставки ~

~ Подарки и **СКИДКИ** покупателям ~

~ Приятный интерфейс и **УДОБНЫЙ** поиск ~

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.

Зайдите к нам!



Тромбопрофилактика в ортопедии и травматологии. Результаты российского неинтервенционного исследования СОПРАНО

Венозная тромбоэмболия является потенциально опасным для жизни осложнением у пациентов, перенесших большую ортопедическую операцию на нижних конечностях. Профилактике венозных тромбоэмболических событий в травматологии и ортопедии, а также обсуждению результатов наблюдательного исследования СОПРАНО было посвящено заседание антикоагулянтного клуба, организованное при поддержке компании «Байер» (Москва, 15 сентября 2014 г.). Представленные экспертами данные рандомизированных и наблюдательных исследований, а также собственный клинический опыт продемонстрировали преимущества терапии новыми пероральными антикоагулянтами, в частности ривароксабаном (Ксарелто), по сравнению со стандартной антикоагулянтной терапией для профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений.



Профессор
П. Мюре

В настоящее время для профилактики венозной тромбоэмболии (ВТЭ) и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) после ортопедических операций в арсенале врача имеются такие препараты, как варфарин, обычный нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ), производные гепарина и новые пероральные антикоагулянты.

Выбор оптимального антикоагулянта

Руководитель Клиники ортопедии и эндопротезирования Frankfurt-Hocht профессор Патрик МЮРЕ отметил, что идеальный, с точки зрения врача и пациента, препарат должен быть пероральным, приниматься однократно, иметь фиксированную дозу и предсказуемую фармакодинамику, быстрое начало и окончание действия, не требовать контроля параметров коагуляции, минимально взаимодействовать с другими лекарственными средствами и пищевыми продуктами, ингибировать центральной звено коагуляционного каскада. Всем этим требованиям отвечают новые пероральные антикоагулянты: ингибиторы Ха-фактора ривароксабан, аписабан и ингибитор Па-фактора дабигатран. Изучению эффективности и безопасности ривароксабана в повседневной клинической практике было посвящено международное

неинтервенционное наблюдательное исследование XAMOS^{1,2}. Его отличительная особенность заключалась в том, что в условиях реальной клинической практики решение о тактике и продолжительности тромбопрофилактики принимал лечащий врач. В исследование включали пациентов в возрасте 18 лет и старше, которым были проведены плановое эндопротезирование коленного или тазобедренного сустава или хирургическое вмешательство по поводу перелома бедренной кости. Всего приняло участие свыше 17 тыс. пациентов из 37 стран. В рамках исследования 8778 пациентов получали ривароксабан в дозе 10 мг раз в сутки. При этом первую дозу пациенты принимали после операции. Стандартную терапию получали 8635 пациентов: 81,7% – НМГ, 7,9% – фондапаринукс, 5,5% – дабигатран, 4,9% – другие антикоагулянты.

¹ Turpie A.G., Schmidt A.C., Kreuz R. et al. Rationale and design of XAMOS: noninterventional study of rivaroxaban for prophylaxis of venous thromboembolism after major hip and knee surgery // Vasc. Health Risk Manag. 2012. Vol. 8. P. 363–370.

² Turpie A.G., Haas S., Kreuz R. et al. A non-interventional comparison of rivaroxaban with standard of care for thromboprophylaxis after major orthopaedic surgery in 17,701 patients with propensity score adjustment // Thromb. Haemost. 2014. Vol. 111. № 1. P. 94–102.



Сателлитный симпозиум компании «Байер»

Оценка эффективности и безопасности препаратов проводилась при выписке пациента из стационара, через неделю после отмены препарата и через три месяца после операции. Регистрировались все случаи нежелательных явлений (НЯ), симптомных тромбоэмболических событий, геморрагических осложнений, а также общая смертность.

Результаты исследования показали, что терапия ривароксабаном по сравнению со стандартной терапией позволяет значительно снизить частоту симптомных тромбоэмболических событий (0,89 и 1,35% соответственно), артериальных тромбоэмболий (0,23 и 0,34%) и венозных тромбоэмболических осложнений (0,65 и 1,02%). Ривароксабан не повышает риск больших кровотечений и других тяжелых неблагоприятных событий. Необходимо отметить, что аналогичные результаты были получены при оценке эффективности и безопасности ривароксабана в отдельных популяциях пациентов³. Сравнительный анализ данных четырех рандомизированных исследований в рамках программы RECORD и наблюдательного исследования XAMOS продемонстрировал высокую эффективность ривароксабана по сравнению с НМГ при схожем профиле безопасности.

«Мы также проанализировали, влияет ли время приема первой дозы ривароксабана на его эффективность и безопасность. В большой популяции участников исследования 17,6% пациентов получали первую дозу препарата меньше чем через 6 часов после операции, 56,8% – в течение 6–8 часов и 20% – в течение 10–24 часов. Достоверной разницы ни по частоте тромбоэмболических эпизодов с клиническими проявлениями, ни по частоте

кровотечений получено не было. Таким образом, время приема ривароксабана после операции не отражалось на эффективности терапии», – констатировал профессор П. Мюре.

Чтобы проиллюстрировать алгоритмы действия врача-ортопеда в разных ситуациях, докладчик обсудил с участниками три клинических случая.

Первый клинический случай: больному 67 лет после ортопедической операции была назначена профилактическая терапия ривароксабаном в дозе 10 мг/сут. Через четыре дня пациент отметил сильные боли в области большого вертела бедренной кости – на повторных рентгенограммах диагностирован перелом вертела. Следовательно, необходимо повторное оперативное вмешательство. Возник вопрос о времени проведения ревизионного эндопротезирования. По мнению профессора П. Мюре, операцию следует проводить после того, как концентрация ривароксабана в организме достигнет безопасного минимума. Согласно данным исследований, наиболее безопасный уровень концентрации ривароксабана отмечается через 24 часа после приема. Именно поэтому ревизию следует проводить спустя сутки после приема препарата или через 48 часов при высоком риске кровотечений. Оптимальный период для назначения профилактической терапии ривароксабаном – первые 6–10 часов после операции.

Второй случай: пациентке 88 лет, для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий неклапанной этиологии проводилась периоперационная терапия препаратом Ксарелто (ривароксабан). Несмотря на тяжелое нарушение функции почек (клиренс креатинина 22 мл/мин), прием Ксарелто в дозе 20 мг/сут вместо положенных 15 мг/сут не сопро-

вождался НЯ. За два дня до проведения остеосинтеза лодыжки препарат был отменен. После операции хирург-травматолог для профилактики инсульта назначил пациентке эноксапарин натрия в дозе 60 мг. Подобная терапевтическая тактика привела к обильному кровотечению из раны. В данном случае, по мнению докладчика, гораздо эффективнее и безопаснее было провести профилактику именно препаратом Ксарелто, период выведения которого значительно короче, чем у эноксапарина натрия (у пожилых пациентов 11–13 и 17 часов соответственно). Назначение НМГ и дабигатрана пациентам с тяжелым нарушением почек (клиренс креатинина 15–29 мл/мин) противопоказано. В третьем случае препарат Ксарелто использовали в дозе 20 мг/сут для лечения и профилактики рецидива тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациента 65 лет, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии. Состояние пациента усложняла угрожающая жизни кровопотеря. По мнению участников, в данном случае схема действия врача предполагает отмену препарата Ксарелто, экстренное оперативное вмешательство, введение концентрата протромбинового комплекса. Завершая выступление, профессор П. Мюре подчеркнул основные преимущества препарата Ксарелто (ривароксабан) в профилактике венозной тромбоэмболии в ортопедии:

- пероральный прием фиксированной дозы 10 мг раз в сутки;
- гибкий график приема;
- низкий процент выведения через почки;
- короткий период полувыведения;
- высокий уровень удобства применения для пациента;
- невысокая стоимость.

травматология

³ 14th European Congress of Trauma and Emergency Surgery (ECTES), 2013.



Профессор
Н.В. Загородний

Первые результаты исследования СОПРАНО представил главный травматолог-ортопед г. Москвы, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов, д.м.н., профессор Николай Васильевич ЗАГОРОДНИЙ. СОПРАНО – это проспективное многоцентровое неинтервенционное исследование приверженности пациентов профилактике тромботических осложнений и предпочтений врача и пациента при проведении больших ортопедических операций. Исследование проводилось с 5 сентября 2011 г. по 20 августа 2014 г., набор пациентов осуществлялся в течение 20 месяцев. Первичная цель исследования – описать, как на практике проводится тромбопрофилактика у пациентов, подвергшихся эндопротезированию коленного

Результаты наблюдательного исследования СОПРАНО

и тазобедренного суставов и применявших во время госпитализации Ксарелто, после выписки из стационара. Вторичные цели предусматривали установить наличие и продолжительность перерывов в тромбопрофилактике после выписки из стационаров, составить демографическую характеристику пациентов, выявить предпочтения врачей-ортопедов амбулаторного звена в выборе препаратов для тромбопрофилактики, собрать данные по НЯ.

Дизайн исследования предполагал три визита: визит включения и два визита наблюдения. Визит включения предусматривал принятие врачом-исследователем решения о возможности назначения препарата Ксарелто пациенту в качестве тромбопрофилактики с последующим проведением плановой операции и тромбопрофилактикой в стационаре. Первый визит наблюдения осуществлялся при выписке пациента из стационара, в ходе которого оценивалась возможность или невозможность тромбопрофилактики с помощью Ксарелто или других препаратов. Второй визит наблюдения – после окончания тромбопрофилактики (амбулаторный прием или опрос по телефону).

Кроме того, во время визитов собирались демографические данные, анамнез, данные о сопутствующих

заболеваниях, о наличии отклонений в анализах, НЯ, врач и пациент оценивали лечение, давалась характеристика операции и тромбопрофилактики.

В исследовании приняли участие 53 исследовательских центра (специализированные травматологические и ортопедические отделения стационаров или специализированные центры) и 69 врачей-исследователей с опытом проведения не менее 50 операций планового эндопротезирования коленного и/или тазобедренного суставов в год. Оно включало 2281 пациента старше 18 лет, которым планировалось проведение эндопротезирования и назначение Ксарелто в качестве препарата для тромбопрофилактики и которые предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

Согласно анализу демографических показателей, средний возраст пациентов составил 60 лет, вес – 82 кг, рост – 167 см. Женщин было почти в два раза больше, чем мужчин (1482 и 799 соответственно). Большая часть участников исследования – 52,8% – жители городов, 20,7% – мегаполиса, 16,3% – сельской местности и 10,1% – поселков городского типа.

Наиболее частой причиной проведения эндопротезирования был коксартроз, диагностированный у 51,9% больных. Гонартроз стал

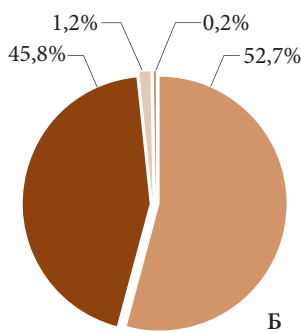
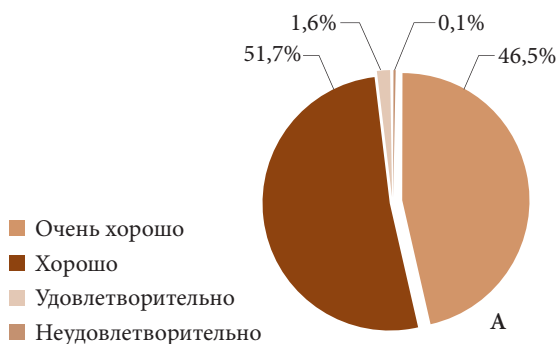


Рис. 1. Оценка эффективности и переносимости препарата Ксарелто врачами по завершении курса лечения (А – эффективность, Б – переносимость)

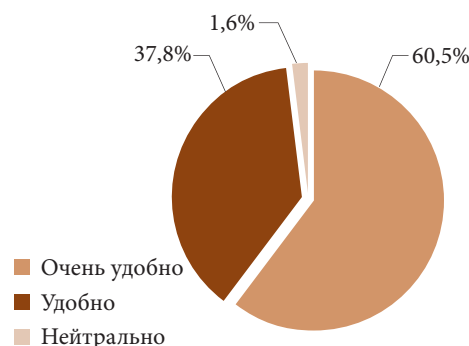


Рис. 2. Оценка удобства применения препарата Ксарелто пациентами



Сателлитный симпозиум компании «Байер»

причиной оперативного вмешательства в 35,6% случаев, другие заболевания (асептический некроз головки бедренной кости, опухолевые заболевания, ревматоидный полиартрит и пр.) – в 13,4% случаев. Основные виды проведенных операций: эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов (62,4 и 37,6% соответственно). В подавляющем большинстве устанавливали тотальный тип протеза (96,4%), гораздо реже – биполярный (2,3%) и однополюсный (1,3%). В 47,8% случаев использовался цементный эндопротез, в 47,2% – бесцементный, в 3% – бесцементный с гидроксипатитным покрытием, гибридные методы – в 2% случаев. Самый частый вид анестезии – спинальная (78,4%), затем эпидуральная без катетера (10,2%) и с катетером (6,1%). Большая часть операций (69,3%) была профинансирована за счет федеральной программы. За счет собственных средств пациента проведено 21,2% операций, за счет других средств – 9,5%. Согласно полученным данным, первую дозу препарата Ксарелто пациенты с эндопротезировани-

ем тазобедренного сустава приняли в среднем через 13 часов после операции, а пациенты с эндопротезированием коленного сустава – через 15 часов. Продолжительность тромбопрофилактики Ксарелто соответствовала рекомендациям: в среднем составила 34 дня для первых и 24 дня для вторых.

Высокая эффективность и безопасность препарата Ксарелто показана уже на первом визите наблюдения – более чем у 98% больных в стационаре врачи оценили эффективность и переносимость Ксарелто как очень хорошую и хорошую. Аналогичные данные были получены и на втором визите наблюдения (рис. 1). Как известно, удобство приема лекарственного средства влияет на приверженность больного лечению. Данные исследования СОПРАНО продемонстрировали удобство применения препарата Ксарелто (рис. 2).

Так по завершении курса лечения более 98% пациентов оценили применение Ксарелто как удобное и очень удобное.

За исследуемый период было отмечено 52 НЯ, из них 17 серьезных, один смертельный случай. С тромбозом глубоких вен, поверхностных вен, ТЭЛА было связано 19 НЯ, с кровотечениями (гематома, постгеморрагическая анемия, ректальное кровотечение) – семь.

Подводя итог, профессор Н.В. Загородный отметил, что результаты первого российского многоцентрового наблюдательного исследования подтверждают результаты клинических исследований Ксарелто. Прием Ксарелто один раз в день, отсутствие необходимости подбора дозы, мониторинга параметров коагуляции способствовали высокой оценке удобства применения Ксарелто. Кроме того, высокую оценку эффективности, безопасности и удобства препарата дали не только врачи, но и пациенты. При этом частота НЯ была низкой. Можно предположить, что в будущем для профилактики тромбозов использовать пероральные препараты, в том числе и Ксарелто, будут чаще.

Тромбоз глубоких вен: современные подходы к лечению

Венозные тромбозы – частое явление, поэтому с такими пациентами могут столкнуться врачи любого профиля. Для лечения венозных тромбозов используют антикоагулянтную терапию и хирургические методы. Этот вопрос был рассмотрен в выступлении профессора кафедры факультетской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (РНИМУ им. Н.И. Пирогова) Игоря Анатольевича ЗОЛОТУХИНА. Как заметил профессор И.А. Золотухин, данные рандомизированных клинических исследо-

ваний с их жестким контролем пациентов часто отличаются от результатов лечения в ходе реальной клинической практики. Однако результаты рандомизированного контролируемого исследования RECORD 1, продемонстрировавшего, что частота всех ВТЭО на фоне терапии Ксарелто после эндопротезирования тазобедренного сустава составляет 1%, согласуются с результатами наблюдательного неинтервенционного исследования XAMOS, согласно которому частота ВТЭО на фоне терапии Ксарелто после больших ортопедических вмешательств составила 0,89%. В связи с этим можно предположить, что



Профессор
И.А. Золотухин

использование нового антикоагулянта позволило приблизить данные реальной клинической практики к данным рандомизированных контролируемых исследований⁴.

⁴ Turpie A.G., Haas S., Kreuz R. et al. A non-interventional comparison of rivaroxaban with standard of care for thromboprophylaxis after major orthopaedic surgery in 17,701 patients with propensity score adjustment // Thromb. Haemost. 2014. Vol. 111. № 1. P. 94–102.



X съезд ортопедов-травматологов России

Предотвращает ли аспирин риск развития венозных тромбозов? В рекомендациях Американской коллегии торакальных врачей (2008 г.) было предложено не использовать аспирин в качестве самостоятельного средства для профилактики ВТЭО ни у какой категории больных (уровень доказательности 1А). Однако согласно рекомендациям коллегии уже за 2012 г., у пациентов, которым проводится эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава, в течение 10–14 дней предлагается использовать один из следующих способов профилактики: НМГ, фондапаринукс, аписабан, дабигатран, ривароксабан, НФГ, антагонисты вита-

мина К, аспирин (уровень доказательности 1В) или переменную пневмокомпрессию (уровень доказательности 1С).

При возникновении венозного тромбоза лечить антикоагулянтами следует как минимум три месяца. Терапию антикоагулянтами не менее четырех месяцев назначают больным с рецидивирующим тромбозом, с кава-фильтром, при доказанном семейном анамнезе тромбозов и эмболий.

Обеспокоенность сосудистых хирургов вызывают кровотечения, провоцируемые, в частности, применением гепаринов, а также других антикоагулянтов. Согласно данным исследований, из 10 тыс. пациентов, получавших

варфарин на протяжении года, у 960 развивается кровотечение, у 300 – серьезное кровотечение, а 60 умирают от кровотечения. Возможно, решить проблему удастся с помощью новых антикоагулянтов. Доказано, что ривароксабан не только снижает частоту рецидивов тромбоза до 2,1%, но и статистически значительно уменьшает риск кровотечений: на 50% – больших кровотечений и на 90% – несмертельных внутримозговых. «Возможно, с помощью новых антикоагулянтов удастся выработать реальный алгоритм ведения больных с высоким риском развития венозного тромбоза», – констатировал профессор И.А. Золотухин в заключение.



Доцент
С.С. Копёнкин

Доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Сергей Семенович КОПЁНКИН предложил участникам рассмотреть клинический случай. Пациентка 86 лет, вес – 60 кг, рост – 155 см. В начале 2014 г. перенесла нарушение мозгового кровообращения с парезом правой верхней конечности. Поступила в травматологическое отделение городской клинической больницы № 64 г. Москвы 2 сентября этого же года с диагнозом «перелом шейки бедра». Травму больная получила за восемь дней до госпитализации. При поступ-

Клиническое наблюдение

лении в клинику ей был поставлен диагноз: закрытый перелом правого бедра со смещением, перелом лобково-седалищной кости со смещением.

Какова должна быть тактика лечения данной пациентки? Большинство участников предложили начать обследование для проведения оперативного вмешательства. Поскольку степень риска развития ВТЭО у пациентки высокая, надо назначить препараты для их профилактики. «Это необходимо было сделать сразу же после ограничения движения (еще дома), потому что у 50% больных, поступающих в клинику, уже через день-два после травмы обнаруживают тромбы», – прокомментировал докладчик.

Был сделан клинический анализ крови пациентки с обязательным определением уровней глюкозы (4,5 ммоль/л), гемоглобина (76,0 г/л), эритроцитов (3,312/л), лейкоцитов (10,4312/л), а также общий анализ мочи. С.С. Копёнкин заметил, что при проведении клинического и биохимического анализа крови следует обратить внимание на уровень тромбоцитов

и креатинина. Большинство показателей биохимического анализа соответствовали норме, за исключением общего белка – 54,0 г/л (немного ниже нормы). Уровень креатинина – 54 мкмоль/л. После расчета по формуле Кокрофта – Голта клиренс креатинина составил 60 мл/мин.

Обследование на наличие сопутствующей патологии показало, что больная страдает гипертонической болезнью 3-й степени, ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом, недостаточностью кровообращения 2А степени, микроцитарной гипохромной анемией средней степени тяжести, варикозной болезнью ног, хронической ишемией головного мозга, цереброваскулярной болезнью и дисциркуляторной энцефалопатией. Оперировать такого пациента сразу же после поступления в стационар чревато серьезными последствиями, поэтому прежде всего, по мнению аудитории, необходимо провести профилактическую терапию антикоагулянтами. Именно поэтому 2 сентября больной был назначен нефракциониро-

КСАРЕЛТО®. Международное непатентованное название: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой содержит 10 мг ривароксабана микроинкапсулированного, ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Профилактика венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у пациентов, подвергающихся большому ортопедическим оперативным вмешательствам на нижних конечностях. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке. Клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепные кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения). Повреждение или патологическое состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения, например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных новообразований с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, недавние оперативные вмешательства на головном, спинном мозге или глазах, недавнее внутричерепное кровоизлияние, диагностированное или предполагаемое варикозное расширение вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или большие аномалии строения сосудов головного или спинного мозга. Сопутствующая терапия какими-либо другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином (НФГ), низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, аписабан, дабигатран и др.), за исключением тех случаев, когда пациент переводится с терапии или на терапию препаратом Ксарелто®, или же когда НФГ назначается в низких дозах для поддержания проводимости центрального венозного или артериального катетера. Заболевания печени протекающие с сопутствующей, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения, включая пациентов с циррозом печени классов В и С по классификации Чайлд-Пью. Беременность и период лактации (период грудного вскармливания). Детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность для пациентов данной возрастной группы не установлены). Клинические данные о применении ривароксабана у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <15 мл/мин) отсутствуют. Поэтому применение ривароксабана не рекомендуется для данной категории пациентов. Наследственная непереносимость лактозы или галактозы (например, врожденный дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция), поскольку в состав данного лекарственного препарата входит лактоза. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ – При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензией, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, недавно перенесенном внутричерепном или внутримозговом кровоизлиянии, при патологии сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах), при бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе), – При лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (клиренс креатинина <50–30 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие уровень ривароксабана в плазме крови. – При лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <30–15 мл/мин), поскольку вследствие основного заболевания такие пациенты подвержены повышенному риску, как кровотечения, так и тромбозов. – Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром). – У пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП), антиагреганты или другие антитромботические средства). – У пациентов с риском обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки может быть оправдано назначение профилактического противязвенного лечения. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, по 1 таблетке 10 мг 1 раз в сутки. Продолжительность лечения: 5 недель после большой операции на тазобедренном суставе; 2 недели после большой операции на коленном суставе. Если пациент не способен проглотить таблетку целиком, таблетка Ксарелто® может быть измельчена и смешана с водой или жидким питанием, например яблочным пюре, непосредственно перед приемом внутрь. Измельченная таблетка Ксарелто® может быть введена через желудочный зонд. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Учитывая механизм действия, применение Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечений может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Геморрагические осложнения могут проявляться слабостью, бледностью, головокружением, головной болью, одышкой, а также увеличением конечности в объеме или шоком, необъяснимыми другими причинами или необъяснимой припухлостью. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Также часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), кровоизлияние десен, желудочно-кишечное кровотечение (включая ректальное кровотечение), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, лихорадка, парестезии, отеки, ухудшение общего самочувствия (включая слабость, астению), кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечение из раны), избыточная гематома при ушибе, повышение уровня трансаминаз, боли в конечностях, головокружение, головная боль, кровотечение из уrogenитального тракта (включая гематурию и меноррагию), почечная недостаточность (включая повышение уровня креатинина, повышение уровня мочевины), носовое кровотечение, кровохарканье, зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, гипотензия, гематома. Регистрационный номер: ЛСР-009820. Актуальная версия инструкции от 10.06.2014. Производитель: Байер Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. По объединенному анализу RECORD 1-3 Eriksson et al. J Bone Joint Surg Br 2009; 91b 636-44. 2. Инструкция по применению Ксарелто® 10 мг от 10.06.2014. 3. АСС99. «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии». Российские клинические рекомендации. Ассоциация травматологов-ортопедов России. Ассоциация флебологов России. Национальное руководство. Ортопедия. 2-ое издание, переработанное и дополненное. 2013 Под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова). 4. IMS Health MIDAS, Database: Monthly Sales July 2014.

L.RU.GM.10.2014.0451

 Science For A Better Life

Подумайте о защите

Вы блестяще провели вашему пациенту операцию.
Сейчас время задуматься о профилактике
венозной тромбоэмболии

- ◆ Ксарелто® единственный новый пероральный антикоагулянт, показавший превосходящую эффективность по сравнению с эноксапарином¹
- ◆ Благоприятный профиль безопасности¹
- ◆ Нет необходимости в коррекции дозы – 1 таблетка 10 мг 1 раз в день²
- ◆ Рекомендованная длительность профилактики до 35 дней³
- ◆ Более 6 лет практического применения у 10 млн пациентов⁴

ЗАО «БАЙЕР»
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: +7 (495) 231 1200, факс: +7 (495) 231 1202.
www.bayerpharma.ru

 Ксарелто®
РИВАРОКСАБАН
реклама



ванный гепарин в дозе 5000 ЕД три раза в сутки.

Поскольку в течение восьми дней существовал высокий риск развития венозного тромбоза (пациентка была ограниченно подвижна, страдала болевым синдромом и не получала тромбопрофилактику), было показано ультразвуковое исследование обеих нижних конечностей. Данная процедура перед операцией необходима пациентам, оперативное лечение которых проводится в отсроченном порядке – через несколько дней после травмы. Результаты ультразвуковой эндоскопии (выполнена 4 сентября 2014 г.) показали наличие тромбоза глубоких вен правой нижней конечности с проксимальной границей на уровне верхней трети наружной подвздошной вены с флотирующей верхушкой 9 мм конусовидной формы.

Тактика травматолога при развившемся тромбозе предусматривает консультацию с сосудистым хирургом. В ходе консультации (4 сентября) принято решение отложить операцию на опорно-двигательном аппарате до устранения опасности эмболии и назначить пациентке терапию эноксапарином натрия в дозе 80 мг два раза в сутки.

На фоне терапии 5 сентября больная почувствовала ухудшение. Данные проведенной контрольной эхокардиографии показали перегрузку правого желудочка, расширение правого предсердия и правого желудочка, что могло свидетельствовать о тромбозе мелких ветвей легочной артерии. Учитывая наличие флотирующего тромбоза и данные эхокардиографии, больную по согласованию с дежурным реаниматологом перевели в реанимационное отделение. Было сделано заключение: тяжесть состояния обусловлена ТЭЛА, объемом и сроком полученных травм и сопутствующей патологией.

Уже 8 сентября пациентку перевели в травматологическое отделение. Какую лечебно-диа-

гностическую тактику целесообразно выбрать на данном этапе? Большинство участников высказались за продолжение консервативного лечения с применением эффективных и безопасных пероральных антикоагулянтов.

Подобная тактика и была принята. «Мы назначили пациентке терапию новым высокоэффективным пероральным антикоагулянтом Ксарелто, который может применяться с первого дня диагностики тромбоза глубоких вен и тромбоза легочной артерии», – уточнил докладчик. Схема лечения острого тромбоза глубоких вен и ТЭЛА препаратом Ксарелто: первые три недели – по 15 мг два раза в сутки, затем – по 20 мг раз в сутки.

Положительная динамика отмечалась уже через несколько дней терапии. Согласно данным повторного ультразвукового исследования от 11 сентября 2014 г., картина тромбоза глубоких вен правой нижней конечности с проксимальной границей на нижней трети наружной подвздошной вены была уже без флотации, что свидетельствовало о положительной динамике.

Заключение

Результаты международного наблюдательного исследования XAMOS и российского наблюдательного исследования СОПРАНО, подтвердив данные рандомизированных клинических исследований, продемонстрировали, что наиболее эффективно и безопасно минимизировать риск тромбоземболических осложнений после больших ортопедических операций в реальной клинической практике позволяет тромбопрофилактика с помощью инновационного перорального антикоагулянта – препарата Ксарелто. Ксарелто отличается высокой биодоступностью, коротким периодом полувыведения, низким процентом выведения через почки

Как долго проводить данную терапию пациентке? «Если говорить о дальнейшем лечении этой пациентки и о сохранении ей жизни, перелом уже не оказывает влияния на жизненный прогноз. Прошло три недели после перелома, она выжила, она присаживается. А вот тромбоз, к сожалению, может прогрессировать. Поэтому продолжительность применения антикоагулянтов должна быть не менее трех месяцев», – пояснил С.С. Копёнкин. В заключение докладчик акцентировал внимание на следующих рекомендациях:

- необходимо помнить о большой вероятности развития ВТЭО при повреждениях области тазобедренного сустава;
- учитывать факторы риска развития ВТЭО, не связанные с оперативным вмешательством;
- при профилактике и лечении ВТЭО нужно руководствоваться национальными клиническими рекомендациями;
- препаратами выбора для проведения длительной профилактики и лечения ВТЭО в российских условиях становятся новые пероральные антикоагулянты, в частности Ксарелто.

и возможностью раннего начала послеоперационной терапии. Удобство применения Ксарелто (один раз в сутки в виде фиксированной дозы (10 мг) и отсутствие необходимости лабораторного мониторинга) очевидно как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе профилактики ВТЭО. В ходе исследования СОПРАНО эффективность, безопасность и удобство препарата получили высокую оценку как со стороны врачей, так и со стороны пациентов. Это позволяет сделать вывод, что в ближайшие годы в травматологии и ортопедии профилактика тромбозов с помощью пероральных препаратов, например Ксарелто, будет расширяться. ☺



XVIII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ
с международным участием
« АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ »
III ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»
IV ЕВРАЗИЙСКИЙ ФОРУМ ПО РЕДКИМ БОЛЕЗНЯМ
V ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

13 – 15 февраля 2015 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает вас принять участие в работе **XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»**, **III Всероссийской конференции «Неотложная детская хирургия и травматология»**, **IV Евразийского форума по редким болезням и V Форума детских медицинских сестер**. Программа Конгресса включает вопросы организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины, детской хирургии и другие актуальные проблемы.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены Школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

На церемонии открытия Конгресса – 13 февраля 2015 года в 18:00 – будут подведены итоги:

- **конкурса «Детский врач года»** (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям);
- **конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям);
- **конкурса на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии** (к участию приглашаются все желающие).

На церемонии закрытия Конгресса – 15 февраля 2015 года – будут подведены итоги:

- **конкурса научных работ молодых ученых.**

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 5 декабря 2014 г., тезисы для публикации – до 13 декабря 2014 г., заявки на участие в конкурсах «Детский врач года», «Детская медицинская сестра года» – до 16 декабря 2014 г., конкурсные работы на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии – до 25 декабря 2014 г., работы на конкурс научных работ молодых ученых – до 10 января 2015 г., регистрация участников школ – до 19 января 2015 г.

Информацию по вопросам участия в Конгрессе, Форумах и выставке, школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65 и на сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru, www.kdcenter.ru, www.spr-journal.ru
Адрес оргкомитета Конгресса: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1,
Научный центр здоровья детей, e-mail: orgkomitet@nczd.ru

22-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА
«ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2015»

13 – 15 февраля 2015 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с XVIII Конгрессом педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Всероссийской конференцией «Неотложная детская хирургия и травматология», IV Евразийским форумом по редким болезням и V Форумом детских медицинских сестер пройдет 22-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2015», на стендах которой будут представлены более 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 10 000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медицинское оборудование
- Медтехника
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинские инструменты
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов
- Витамины
- Детское питание
- Средства по уходу за детьми
- Средства гигиены для женщин
- Контрацептивы
- Специализированные издания и литература

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 631-14-12, 681-76-65
e-mail: zmir@sumail.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ СЕРДЦА
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ

24–26 марта 2015 г., г. Москва

- Участие около 3000 делегатов из Москвы, других регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья
- Научная программа включает пленарные заседания, круглые столы, лекции, симпозиумы, разбор клинических случаев и мастер-классы
- Выступления ведущих экспертов России, Европы и США
- Культурная программа включает достопримечательности, театры и музеи Москвы
- Выставочные стенды и участие более 60 фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования
- Сотрудничество с Европейским обществом кардиологов и Всемирной федерацией сердца

Подробная информация
на официальном сайте Форума
www.cardioprogress.ru





МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

«Человек и его здоровье»

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ НА 2015 ГОД

12-14 ФЕВРАЛЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

**АО Симпозиум «Современные принципы и технологии
остеосинтеза костей конечностей, таза и позвоночника»**

Санкт-Петербург

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

19-20 ФЕВРАЛЯ

VIII Российская конференция «**Глаукома: теория и практика**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

15-18 АПРЕЛЯ

XIV Всероссийская научно-практическая конференция
«**Поленовские чтения**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, 14)

22-23 АПРЕЛЯ

**XI конгресс Российского артроскопического общества
с международным участием, посвященный 130-летию
профессора Н.Н. Приорова**

Москва,

гостиница «Рэдиссон Славянская» (пл. Европы, 2)

4-5 ИЮНЯ

Научно-практическая конференция
«**Белые ночи гепатологии 2015**»

Санкт-Петербург,

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

8-10 ИЮНЯ

**V Юбилейный Балтийский конгресс
по детской неврологии**

при поддержке ICNA, International Child Neurology Association

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

10-12 ИЮНЯ

Международная научно-практическая конференция
«**Актуальные вопросы профилактики передачи
ВИЧ-инфекции от матери ребенку**»

Санкт-Петербург,

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

20-28 ИЮНЯ

Поездка делегации Всероссийской гильдии
протезистов-ортопедов на **Конгресс ISPO**

Лион (Франция)

25-27 ИЮНЯ

ESOR (European School of Radiology) Galen Advanced Course

Санкт-Петербург

отель «Краун Плаза Аэропорт» (ул. Стартовая, 6а)

17-18 СЕНТЯБРЯ

XV Северо-западная научно-практическая конференция
«**Междисциплинарный подход в диагностике
и лечении ревматических заболеваний**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

24-25 СЕНТЯБРЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием «**Давиденковские чтения**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

7-8 ОКТЯБРЯ

Всероссийский ежегодный конгресс
«**Инфекционные болезни у детей:
диагностика, лечение и профилактика**»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

15-16 ОКТЯБРЯ

**Новые методы экспресс-диагностики микроорганизмов
в медицине, ветеринарии и экологии**

Санкт-Петербург,

ВМедА им. С.М. Кирова (ул. акад. Лебедева, 6)

22-23 ОКТЯБРЯ

XX Юбилейный конгресс «**Человек и его здоровье**»
с обучающим курсом по ортопедии и неврологии

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, 14)

29-30 ОКТЯБРЯ

IX «Санкт-Петербургские дерматологические чтения»

Санкт-Петербург,

отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

5-7 НОЯБРЯ

Конгресс Российской Ассоциации Радиологов

Москва,

гостиница «Рэдиссон Славянская» (пл. Европы, 2)

10-11 ДЕКАБРЯ

**Научно-практическая конференция
по инфекционным заболеваниям**

Санкт-Петербург

В рамках мероприятий проходят тематические выставки. Приглашаем компании к участию

ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА¹



Терафлекс® Адванс

2 капсулы содержат:

- глюкозамина сульфат - 500 мг
- хондроитина сульфат натрия - 400 мг
- ибупрофен - 200 мг



Терафлекс®

- глюкозамина гидрохлорид - 500 мг
- хондроитина сульфат натрия - 400 мг

10 дней

90 дней

Терафлекс® Адванс №60

2 капсулы 3 раза в сутки²

утро



день



вечер



Терафлекс® №100

Терафлекс® №100

2 - 3 капсулы в сутки³



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Терафлекс® Адванс. Состав: В одной капсуле содержится глюкозамина сульфат 250 мг, хондроитина сульфат натрия 200 мг, ибупрофен 100 мг. Показания к применению: Остеоартроз крупных суставов, остеохондроз позвоночника, сопровождающийся умеренным болевым синдромом. Противопоказания: Гиперчувствительность к любому из ингредиентов, входящих в состав препарата. Гиперчувствительность к ацетилсалициловой кислоте или другим НПВП в анамнезе; эрозивно-язвенные заболевания органов желудочно-кишечного тракта (в том числе язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит); «аспиринозная» астма, гемофилия и другие нарушения свертываемости крови (в том числе гипокоагуляция), геморрагические диатезы; желудочно-кишечные кровотечения и внутричерепные кровоизлияния; беременность, период лактации; детский возраст до 12 лет. С осторожностью: Пожилой возраст, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, цирроз печени с портальной гипертензией, печеночная и/или почечная недостаточность, нефротический синдром, гипербилирубинемия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в анамнезе), гастрит, энтерит, колит, заболевания крови неясной этиологии (лейкопения и анемия), бронхиальная астма, сахарный диабет. При непереносимости морепродуктов (креветки, моллюски) вероятность развития аллергических реакций на препарат возрастает. Побочное действие: При использовании препарата Терафлекс® Адванс: возможны тошнота, боль в животе, метеоризм, диарея, запор, аллергические реакции, эти реакции исчезают после отмены препарата. Следует учитывать возможность развития побочных реакций, связанных с присутствующим в препарате ибупрофеном. Подробная информация о побочных действиях в полной инструкции по применению. Отпуск из аптек. Без рецепта. Рег.Уд. ЛС-002678. Производитель: Сигмел, Инк., Чикаго, США. 1580 Саус Милуоки Авеню, 415, Либертивилл, Иллинойс 60048, США.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Терафлекс®. Состав: В одной капсуле содержится глюкозамина гидрохлорид 500 мг, хондроитина сульфат натрия 400 мг. Показания к применению: Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника: остеоартроз I – III стадии, остеохондроз. Противопоказания: Гиперчувствительность, тяжелая хроническая почечная недостаточность, беременность, период лактации, возраст до 15 лет. С осторожностью: сахарный диабет, склонность к кровотечениям, бронхиальная астма. Побочное действие: Терафлекс® хорошо переносится пациентами. Возможны нарушения функции со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в эпигастрии, метеоризм, диарея, запор), головокружение, головная боль, боль в ногах и периферические отеки, сонливость, бессонница, тахикардия, аллергические реакции. Отпуск из аптек. Без рецепта. Рег.Уд. ПИ015287/01. Производитель: Сигмел, Инк., Чикаго, США. 1580 Саус Милуоки Авеню, 415, Либертивилл, Иллинойс 60048, США.

¹Лыгина Е.В., Мирошкин С.В., Якушин С.С. Хондропротекторы в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника // РМЖ. Неврология. Психиатрия № 10, 2014

²Инструкция по медицинскому применению препарата Терафлекс® Адванс.

³Инструкция по медицинскому применению препарата Терафлекс®.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ЗАО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2.,
тел.: 8 (495) 231 12 00, факс: 8 (495) 231 12 02

