

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия

в кардиологии и ангиологии

№ 2

декабрь 2009

Дисплазия соединительной ткани

Терапия острого коронарного синдрома

Артериальная гипертензия и дислипидемия:
два ключа к решению одной проблемы

Тема номера:

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Сердцу нужна любовь и МАГНЕРОТ®




PHARMA
www.woerwagpharma.ru


PHARMA

Защищает Ваше сердце



Всероссийский научно-образовательный форум

Профилактическая КАРДИОЛОГИЯ



2010

2010

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Всероссийское научное общество кардиологов
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий
Национальное научное общество «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация»
ЗАО «МЕДИ Экспо»

Международная
специализированная выставка
24-26 февраля

МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ



МЕДИ Экспо



Тел./Факс: (495) 721-88-66

www.medexpo.ru

Миссия журнала. Создание такого издания должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России; привлечению внимания социума (а не только медицинской общественности) к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с медико-демографическими факторами (рождаемость, смертность, распространение социально-значимых заболеваний), формированию повсеместной потребности в здоровом образе жизни.



Здравоохранение сегодня:

государственная политика, экономика, менеджмент в области кардиологии и ангиологии

ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Оценка и расчет затрат на лечение основных заболеваний и побочных эффектов.

Анализ схем лечения с позиции качества жизни пациента и совокупных затрат общества

Клиническая эффективность лечения: компромисс между качеством и стоимостью

Фармакоэкономический анализ в терапии различных заболеваний

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Стандартизация и качество медицинской помощи

Клинико-экономический анализ медицинских вмешательств (с использованием стандартов, протоколов, формуляров, клинических руководств)

Эффективность и безопасность лекарственных средств

Клинические и эпидемиологические исследования

НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики

Практические школы и лекции для лечащих врачей

Симпозиум по проблеме

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт

ФОРУМ (Календарь медицинских мероприятий)

Медицинские специализированные мероприятия

Международные проекты, исследования.

Зарубежные новости медицины и фармации

СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ БИЗНЕСА

Социально-значимые заболевания (статистика, прогнозы, эпидемиология)

Валеология и профилактика заболеваний (социальная реклама)

Адресная помощь социально-незащищенным и декретированным группам населения

Формирование новой социальной потребности в здоровом образе жизни

КОМПАНИИ И ИХ ПРОДУКЦИЯ

Производитель лекарственных средств: марка качества (новости, интервью, обзоры стратегий, маркетинговые программы фармацевтических компаний). Фармакологический справочник - информация о современных препаратах (фармакологическое действие, показания, противопоказания, способ применения и дозы)

Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей
Наука
Компании и их продукция
Социальная ответственность бизнеса
Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (14000 экз.)

Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям, аптечным сетям, дистрибьюторским фирмам, прямая адресная доставка лечащим врачам Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Ростова-на-Дону, Новосибирска с использованием базы данных редакции и технологий call центров, раздача издания врачам и медицинским специалистам в обмен на заполненную анкету на всех специализированных медицинских мероприятиях.

На журнал можно подписаться в редакции, направив заявку по e-mail: podpiska@webmed.ru

Специализированное распространение

- Управления здравоохранения регионов России
- Главные кардиологи 7 федеральных округов
- Главные кардиологи 78 субъектов РФ
- Реестр врачей кардиологов и ангиологов России
- ЛПУ (отделения кардиологии, кардиореанимации, ангиологии)
- Кардиологические клинические больницы, диспансеры, центры
- Кардиохирургические центры
- Детские кардиологические центры
- Поликлинические кардиологические отделения
- Центры медицинской профилактики
- Областные и республиканские кардиологические центры
- Детские кардиологические отделения в ЛПУ
- В рамках программы "Непрерывное образование врачей" (медицинские вузы: кафедры кардиологии, ангиологии, курсы повышения квалификации)
- Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)
- Научно-исследовательские институты и их филиалы
- Научные кардиологические и ангиологические общества

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА

Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, первичных и вторичных артериальных гипертензий, сердечной недостаточности, пороков сердца, атеросклероза сердца и сосудов, облитерирующих тромбангиитов, геморрой и других), новые диагностические и лечебно-профилактические технологии, современные подходы к медикаментозному и оперативному лечению.

Современные алгоритмы диагностики заболеваний сердца, основные инструментальные исследования: ЭХО-КГ, коронарография, сцинтиграфия миокарда и т.д. Стандарты лекарственной терапии при основных сердечно-сосудистых заболеваниях и редко встречающейся патологии сердца и сосудов.

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением: эссенциальная (первичная) гипертензия, вторичные гипертензии.

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, нестабильная стенокардия, стенокардия с документально подтвержденным спазмом (стенокардия Принцметала или вариантная стенокардия), острый инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз, острый коронарный синдром.

Легочное сердце, тромбоз легочной артерии, легочная гипертензия. Эндокардиты, миокардиты, перикардиты Кардиомиопатии: дилатационная, гипертрофическая, констриктивная.

Нарушения сердечного ритма: атриоventрикулярная блокада и блокада ножек пучка Гиса, синдром преждевременного возбуждения желудочков (WPW-синдром), пароксизмальные тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий, экстрасистолия.

Хроническая сердечная недостаточность, острая левожелудочковая недостаточность.

Нарушение липидного обмена, семейная гиперлипидемия.

Врожденные и приобретенные пороки сердца.

Современные перспективы хирургических технологий в кардиологии.

Детская кардиология.

Опухоли сердца.

Цереброваскулярные болезни: субарахноидальное кровоизлияние, инфаркт мозга, церебральный атеросклероз, последствия цереброваскулярных болезней.

Болезни артерий, артериол и капилляров: атеросклероз, синдром Рейно, облитерирующий тромбангиит, эмболия и тромбоз артерий, диабетическая ангиопатия.

Болезни вен: флебит и тромбофлебит поверхностных и глубоких сосудов нижних конечностей, эмболия и тромбоз вен, варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой, постфлебитический синдром.

Медицинская техника в кардиологии и ангиологии.



Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия В кардиологии и ангиологии

Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**
(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**
(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **В. Павлова,**
В. Маркова

ответственный секретарь **О. Разговорова**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Г. Альперина**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудряшова**
(e-mail: podpiska@mail.ru)

Редакционный совет

Г.П. Арутюнов

С.А. Бойцов

М.Г. Глезер

С.П. Голицин

П.Я. Довгалецкий

В.С. Задюнченко

Д.А. Затейщиков

Р.С. Карпов

Ю.М. Поздняков

А.И. Мартынов

Р.И. Стрюк

А.Л. Сыркин

С.В. Шалаев

Е.В. Шляхто

И.С. Явелов

контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр.3, офис 3515
Тел. (495) 234-07-34
www.webmed.ru

Тираж 14000 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
N 106-77051/ от 08.09.2005 г.

№2 декабрь 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: ишемическая болезнь сердца

**А.М. Шилов, М.В. Мельник, С.А. Князева, А.О. Осия,
О.Ф. Тарасенко, А.Ю. Свиридова**

Дифференциальная липидкорректирующая терапия ИБС у пациентов
с метаболическим синдромом **6**

форум (конференции, выставки, семинары)

Подготовка врачей в области новейших технологий **12**

Как улучшить результаты лечения острого коронарного синдрома:
практические аспекты использования фондапаринукса **14**

Артериальная гипертония и дислипидемия:
два ключа к решению одной проблемы **22**

Фибрилляция предсердий: сложные случаи из практики кардиолога **28**

Загадки дисплазии соединительной ткани **36**

В России создается регистр пациентов с заболеваниями
периферических артерий **40**

опыт регионов

«За телемедициной – будущее»

Интервью с главным кардиологом Тульской области **Т.А. Гомовой** **42**

Прием сердечно-сосудистых препаратов вместе с лекарственными травами – больше вреда, чем пользы

Некотрые популярные лекарственные растения, в частности гинкго билоба и зверобой, могут усиливать эффект ряда препаратов, назначаемых пожилым людям для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Между тем по статистике более 15 млн американцев ежедневно употребляют те или иные лекарственные травы, считая, что тем самым укрепляют свое здоровье. «Взаимодействие между некоторыми лекарственными растениями

и препаратами может приводить к угрожающим жизни состояниям, – объясняет д-р Arshad Jahangir из филиала Клиники Мейо в Аризоне. – Может нарушаться свертываемость крови, повышаться активность печеночных ферментов, могут возникать изменения на кардиограмме».

Результаты исследования опубликованы в «Журнале Американской коллегии кардиологов» (Journal of the American College of Cardiology).

Источник: Солвей Фарма

Специальный набор упражнений снижает риск рецидивов ССЗ

Согласно результатам недавнего исследования, специальная программа восстановительных упражнений для больных, перенесших сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), помогает снизить у них риск рецидивов.

К такому выводу ученые пришли после анализа историй болезни жителей США, получающих медицинскую помощь по программе «Медикэр». Исследователи оценили, как скоро после ССЗ больные вновь поступают в стационар с рецидивом заболевания.

Восстановительная программа обычно состоит из упражнений по ходьбе на тренажере под наблюдением врача. Цель этой программы – укрепить сердце, уменьшая тем самым риск повторного ССЗ.

Как выяснилось, чем дольше больной, перенесший ССЗ, участвует в восстановительной программе, тем ниже вероятность, что у него возникнет рецидив, требующий госпитализации.

«Многих больных ССЗ после выздоровления не направляют на восстановительные занятия, а попасть на них самостоятельно может быть не просто», – отмечает специалист по восстановительной физкультуре д-р David Prince из медицинского центра Montefiore в Нью-Йорке.

Источник: Solvay-pharma.ru

Роль статинов в предотвращении атеросклеротических повреждений после аортокоронарного шунтирования

Влияет ли ожирение на прогрессирование атеросклероза в артерии, трансплантируемой при шунтировании, до сих пор окончательно не выяснено. Ответ на этот вопрос попыталась дать доктор С.С. Wee из госпиталя Элизабет Израэль, г. Бостон (США). Были проанализированы данные 1314 пациентов, принимающих участие в исследовании по изучению эффективности терапии варфарином и статинами у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ). Из них у 254 пациентов ИМТ составлял 30-34,9 (I степень ожирения), у 68 – ≥ 35 (II и III степень ожирения). На 4-й и 5-й годы после АКШ пациентам проводили ангиографическое исследование, которое показало прямую взаимосвязь между ИМТ и прогрессированием атеросклероза. Однако было выявлено, что более высокий ИМТ не коррелировал с уровнем клинических проявлений заболевания.

У пациентов с ожирением I или II-III степени, принимавших низкие дозы ловастатина (от 2,5 до 5 мг/сут), риск прогрессирования заболевания увеличился в 1,34 и 2,97 раза соответственно ($p \leq 0,001$). В то же время у больных, принимавших ловастатин в высоких дозах (от 40 до 80 мг/сут), связь ожирения с прогрессированием заболевания была значительно меньшей. Было выдвинуто предположение, что при более высоком ИМТ (II-III степень ожирения) у пациентов, принимающих большие дозы ловастатина, клинические проявления заболевания менее выражены по сравнению с больными, у которых ИМТ соответствует I степени ожирения ($p = 0,06$). По результатам проведенного анализа был сделан вывод о том, что агрессивная терапия статинами может снижать негативные последствия ожирения, а именно прогрессирование ИБС.

Источник: health-ua.org

Европейские кардиологи настаивают на сокращении содержания соли в продуктах

Врачи Европейского общества кардиологов (ESC) призывают системы общественного здравоохранения существенно сократить потребление соли среди населения стран Европейского союза. Такая мера, утверждают эксперты, позволит количественно снизить ежегодное число новых случаев ишемической болезни сердца, инсульта и инфаркта миокарда.

По словам доктора Франка Расчитзка из Университета Цюриха (Швейцария), именно сейчас необходимо срочно законодательно ограничить содержание соли в обработанных пищевых продуктах и убедить людей уменьшить суточное количество потребляемой соли.

Американские клиницисты из Калифорнийского университета доказали, что понижение содержания соли в рационе питания хотя бы на 3 г/сут. по эффектам на работу сердца равноценно 50-процентному сокращению курения сигарет и 5-процентному снижению ИМТ. Кроме того, это позволит сэкономить от 10 до 24 млрд долл. ежегодных расходов на медицинские услуги. По мнению

профессора Джузеппе Манчиа из University of Milano-Bicocca (Милан, Италия), это и другие научные исследования станут убедительными аргументами для представителей ЕС.

В европейских странах показатели употребления соли варьируются: например, англичане едят в среднем по 8,6 г соли в день, а хорваты – около 12 г. Однако факт остается неизменным – население большинства стран Европы получает с продуктами недопустимые дозы поваренной соли, не соответствующие рекомендациям ВОЗ, согласно которым человек должен съедать в день не более 5 г соли (одна чайная ложка или меньше) в любом виде. Около 75% соли европейцы получают с купленными в магазинах продуктами, поэтому, как считают исследователи, общественные инициативы по сокращению ее содержания в продовольствии надо решать не в отдельных странах, а в европейском масштабе, чтобы они возымели действие.

Источник: Ami-tass.ru

Прием сибутрамина существенно увеличивает риск инфарктов и инсультов

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) рекомендовало отказаться от использования сибутрамина, препарата для подавления аппетита. Сибутрамин продается в ЕС под такими торговыми наименованиями как Reductil, Reduxade, Zeliuи и другие.

Вывод о небезопасности сибутрамина был сделан Комитетом по медицинским препаратам EMA на основании данных клинического исследования с участием 10 тыс. пациентов с избыточным весом и ожирением. Выяснилось, что прием сибутрамина существенно увеличивает риск инфарктов и инсультов у людей, отнесенных к группе высокого риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.

В связи с этим Европейское агентство по лекарственным средствам рекомендует врачам отказаться от назначения лекарств, включающих сибутрамин, а

течным сетям – прекратить реализацию таких препаратов. Рекомендации EMA переданы на утверждение в Европейскую комиссию.

Как отмечается в пресс-релизе EMA, сибутрамин и ранее не был рекомендован к применению для пациентов с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями. К тому же длительность приема препарата в ходе рассмотренного исследования была несколько дольше рекомендованной. Тем не менее, поскольку у пациентов с избыточным весом и ожирением риск сердечно-сосудистых заболеваний, как правило, повышен, а также учитывая умеренную эффективность сибутрамина, эксперты EMEA считают возможным распространить выводы, полученные в ходе исследования, на применение этого препарата в клинической практике в целом.

Источник: Medportal.ru

Ортостатическая гипотензия связана с повышенным риском коронарных событий и инсульта

Результаты исследования, проведенного группой шведских специалистов из Университета Мальме (Malmö University), позволяют утверждать, что ортостатическая гипотензия в среднем возрасте может рассматриваться в качестве предиктора коронарных событий, причем это никак не зависит от традиционных факторов риска.

В ходе исследования, о котором здесь идет речь, Артур Федоровский и его коллеги проанализировали имеющиеся данные, собранные в результате обследования участников «Swedish Malmö Preventive Project». Шведские исследователи отмечают, что ортостатическая гипотензия была выявлена у 2033 из 33 346 пациентов, что составляет 6,2% участников исследования.

Как сообщает на своих страницах интернет-портал cardiosite.ru, результаты 22,7-летнего наблюдения за участниками исследования показали, что у пациентов с ортостатической гипотензией риск смерти от всех причин, коронарных событий и инсульта оказался выше в 1,66, 1,58 и 1,59 раза соответственно.

Источник: www.serdechno.ru

Лечение артериальной гипертензии предотвращает деменцию

Длительно существующая гипертензия значимо ассоциируется с прогрессированием гиперинтенсивности белого вещества (WMH), которое, как известно, связано с появлением или усилением когнитивного снижения и слабоумия.

«Эта находка, – сказала доктор Ребекка Ф. Готтесман, – еще сильнее подчеркивает важность лечения повышенного артериального давления; нормализация артериального давления может играть роль в предотвращении поражения белого вещества, и, возможно, в конечном счете предотвращения когнитивного снижения и деменции».

ARIC – финансируемое «National Heart, Lung and Blood Institute» наблюдательное исследование черных и белых мужчин и женщин среднего возраста, разработанное для изучения естественной истории атеросклероза и его осложнений.

В рамках исследования 983 человека (49% афроамериканцы) подверглись МРТ головного мозга в 1993–1995 и снова в 2004–2006 годах, с регулярным измерением артериального давления. «Мы обнаружили, что систолическое артериальное давление было сильным предиктором прогрессирования поражения белого вещества мозга и у афроамериканцев, и у представителей белой расы», – сказала доктор Готтесман.

В стандартизированных моделях совокупное систолическое артериальное давление и в частности усредненное по времени значение за 15 лет было самым сильным предиктором прогрессирования болезни белого вещества.

«Наши результаты также совместимы с предыдущими исследованиями, предлагающими важность оценки сосудистых факторов риска в середине жизни в предсказании последующего когнитивного снижения и повреждения белого вещества», – заключают ученые.

Источник: Cardiosite.ru

Умеренное снижение веса снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ожирением

В ходе исследования, продлившегося 2 года, ученые из Медицинской школы при Университете им. Джорджа Вашингтона в Сент-Луисе выяснили, что на фоне снижения веса улучшаются некоторые показатели состояния сердца и сосудов, в том числе способность сердца к нагнетанию крови и расслаблению, а также уменьшается толщина миокарда и стенки сонной артерии.

В исследовании участвовали 60 человек 22–64 лет, посещавшие занятия в группе по снижению веса. Индекс массы тела у них составлял от 30 до 44. Исследователи предложили участникам низкокалорийную диету в сочетании с умеренной

физической нагрузкой в виде прогулок не менее 3 ч в неделю.

Четырнадцать испытуемых вышли из исследования раньше срока, однако оставшиеся 46 человек за первые 6 месяцев наблюдения потеряли в среднем 4,08 кг. В период от полугода до года их сердца стали лучше нагнетать кровь и расслабляться, а толщина миокарда и стенок артерий уменьшилась.

Как отметили авторы исследования, даже если, похудев вначале, испытуемые вновь набирали некоторый вес, то при условии умеренных физических упражнений положительные эффекты похудения сохранялись еще почти 2 года.

Источник: Solvay-pharma.ru

А.М. ШИЛОВ,
профессор,

М.В. МЕЛЬНИК,
профессор,

С.А. КНЯЗЕВА,
к.м.н.,

А.О. ОСИЯ,
О.Ф. ТАРАСЕНКО,

А.Ю. СВИРИДОВА

ММА им. И.М. Сеченова

Дифференциальная липидкорректирующая терапия ИБС у пациентов с метаболическим синдромом

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – ведущая патология в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах. Стабильная стенокардия – одна из наиболее часто диагностируемых форм ИБС, имеющих место в повседневной практике терапевта, кардиолога и врачей других специальностей.

Для современного больного характерна множественность сопутствующих патологий, которые могут оказывать взаимовлияние на течение и клинические проявления основного заболевания (принцип суперпозиции), в частности ИБС и метаболический синдром (МС).

Полиморбидность – независимое сочетание различных болезней у одного пациента, среди которых ИБС, ассоциированная с избыточной массой тела, занимает значительное место. С возрастом рост частоты хронических болезней и их сочетания вызывают трудности в повседневной практике врача для своевременной диагностики и подбора адекватного комплексного лечения ИБС.

Лечение ИБС направлено на достижение двух основных целей: улучшение прогноза (профилактика ОКС, ИМ и внезапной сердечной смерти) и качества жизни (снижение частоты и интенсивности стенокардических приступов).

Лечение ИБС направлено на достижение двух основных целей: улучшение прогноза (профилактика ОКС, ИМ и внезапной сердечной смерти) и качества жизни (снижение частоты и интенсивности стенокардических приступов).

нокардических приступов). МС – кластер (совокупность) метаболических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, ассоциированных с абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью. Особенности нарушения липидного спектра крови при МС являются сочетание «традиционных» (повышенный уровень холестерина, ЛПНП, снижение ЛПВП) с «нетрадиционными» маркерами высокого риска развития ИБС (высокая концентрация триглицеридов, ЛПНП, низкий уровень ЛПВП) на фоне гиперинсулинемии. По мере увеличения «нетрадиционных» факторов – маркеров риска вероятность развития ИБС повышается в 20 и более раз, в то время как при комбинации из трех традиционных маркеров риска – только в 4,5 раза (рисунок 1) (1, 5, 7).

Повышение концентрации триглицеридов (Тг), модифицированных малых плотных частиц ЛПНП, снижение уровня ЛПВП, нарушение гомеостаза глюкоза/инсулин, активация протромботического/провоспалительного состояния, нарушение эндотелиальной дисфункции, сопровождающиеся развитием артериальной гипертензии и ИБС, – основные клинические признаки МС.

В настоящее время МС в экономически развитых странах встречаются у 10-25% населения. Наличие МС в 2-4 раза увеличивает частоту внезапной смерти и развитие ССЗ, а риск формирования СД типа 2, по данным различных авторов, повышается в 5-9 раз по сравнению с пациентами с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Настораживает еще и тот факт, что среди подростков и молодежи частота встречаемости МС за последние 60 лет возросла в 1,5 раза, а избыток массы тела среди детского населения в экономически развитых странах регистрируется в 12-14% случаев (5, 7).

Распространенность МС приобретает эпидемические масштабы, что требует интеграции различных медицинских специальностей с целью адекватной диагностики и эффективного лечения этой патологии.

В Фрамингемском исследовании от 1986 года было впервые показано, что повышение Тг увеличивает риск развития коронарных событий, которое было подтверждено Стокгольмским, Хельсинкским и Парижским исследованиями – «Тг являются независимым фактором риска ИБС». Еще в 1966 J.E. Hokanson и M.A. Austin, проанализировав результаты многих проспективных исследований, установили, что без точного учета уровней ХС ЛПВП увеличение уровней Тг на каждый ммол/л увеличивает риск развития ИБС у женщин на 76%, а у мужчин – на 32%. И, наоборот, при учете уровней ХС ЛПВП аналогичное увеличение уровней Тг увели-

чивает риск развития ИБС у женщин только на 37%, а у мужчин – на 14%. Результаты этих исследований позволили авторам сделать вывод: «...Тг могут быть более вероятными предикторами ишемических эпизодов, чем уровень ОХС» (1, 5, 10, 11). Многие исследователи показали, что уровни Тг являются предикторами степени протяженности поражения коронарных артерий, даже при стенозах менее 50% от диаметра просвета коронарных сосудов. Также установлено, что повышение уровня Тг ассоциируется с нарастанием толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии.

Связь Тг с толщиной сосудистой стенки и тяжестью атеросклеротического поражения сосудов и риском развития ОКС можно объяснить несколькими причинами:

- липопротеиды, богатые Тг, являются хорошими промотерами (мессенджерами) кислородных свободнорадикальных реакций, которые могут способствовать дестабилизации и разрыву бляшки;
- Тг имеют тесную связь с уровнем инсулина сыворотки крови, который способствует гиперплазии гладкомышечных клеток и утолщению мышечного слоя сосудов (ремоделированию).

При анализе результатов исследования **MARS (Monitored Atherosclerosis Regression Study)** и **CLAS (Cholesterol-Lowering Atherosclerosis Study)** было показано, что не только уровень Тг плазмы является независимым фактором риска ИБС, но и уровни модифицированных липопротеидов, богатых Тг, коррелируют с тяжестью ИБС, этот факт был подтвержден и другими исследователями (1, 4, 5, 7, 11).

Более того, высокие концентрации липопротеидов, богатых Тг (ЛПОНП, ЛППНП, ЛПНП), могут предсказывать темп прогрессирования ИБС. Возможно, это связано с тем, что липопротеиды богатые Тг, являются хорошими посредниками кислородных свободнорадикальных реакций (перекисное окисление липидов), которые способствуют формированию и дестабилизации

атеросклеротических бляшек, их разрыву (15, 16, 17).

В настоящее время постулировано: увеличение уровней Тг, модифицированных (мелкие, с высокой плотностью) ЛПНП и снижение уровней ЛПВП являются независимыми факторами риска ИБС.

Thompson G.R. (1998) в обзорной статье, посвященной анализу 12 проспективных исследований, отметил, что липопротеиды, богатые Тг, играют важную роль в прогрессировании ИБС и являются контрольными точками, отражающими эффект гиполипидемической терапии, особенно уровень Apo C-III, который является маркером метаболизма липопротеидов, богатых Тг (15).

Большой интерес представляет тот факт, что не только тощачковые уровни Тг, но и постпрандиальные уровни Тг имеют тесную связь с прогрессированием ИБС. Причем эти связи являются независимыми от уровней ЛПВП и более сильными, чем связь с ЛПВП. Это связано с тем, что постпрандиальная гипер-Тг уменьшает протективный эффект ЛПВП и индуцирует захват окисленных ЛПОНП (гипертриглицеридных) стромальными клетками меди и адвентиции сосудистой стенки и накоплению их в макрофагах (1, 5, 7).

Нарушения метаболизма липидов тесно связаны с эндотелиальной дисфункцией. Доказано, что окисленные липопротеиды низкой плотности обладают высокой токсичностью: снижают способность сосудистого эндотелия продуцировать NO – эндотелийзависимый фактор релаксации (ЭЗФР), что сопровождается относительно избыточной продукцией вазоконстрикторных факторов (эндотелин-1, ангиотензин), активацией апоптоза сосудистых клеток.

В настоящее время в патогенезе ИБС и ИМ признана «стартовая» роль дисфункции эндотелия сосудов (ДЭ). ДЭ – нарушения эндотелийзависимой вазодилатации и повышение адгезивных свойств (тромботических) эндотелиальной выстилки сосудов.



Рисунок 1. Риск ИБС с учетом кумулятивного числа «традиционных» и «нетрадиционных» факторов риска

В многочисленных исследованиях установлена прямая тесная корреляционная связь между изменениями функционального состояния коронарного русла (коронарный резерв) и реакцией периферических сосудов на ЭЗФР (вазодилатационный резерв), т.е. выраженность нарушений ЭЗФР плечевой артерии отражает степень атеросклеротического поражения коронарных и сонных артерий. Поэтому определение ЭЗФР плечевой артерии можно рассматривать как адекватный метод исследования функционального состояния эндотелия коронарных сосудов (15, 16, 17).

Установлено, что более уязвимыми являются эндотелиоциты в области деления магистральных сосудов (бифуркации), где за счет гидродинамических эффектов идет усиленная пролиферация, апоптоз и гибель клеток.

Доказано, вынужденно регенерирующие эндотелиальные клетки отчасти утрачивают способность в полной мере высвободить оксид азота (NO – ЭЗФР), особенно в ответ на агрегационную активность тромбоцитов (2). ДЭ является стартовым моментом, инициирующим атерогенез, способствует прогрессированию сосудистого атеросклероза, что в конечном итоге приводит к дестабилизации атеросклеротической бляшки, ее разрыву, развитию ОКС и ИМ.

Важнейшими аспектами медикаментозного лечения больных ИБС,





Рисунок 2. Механизмы гиполипидемического действия статинов

в частности стабильной стенокардии, сочетающейся с различными видами метаболических нарушений (гипергликемия, дислипидемия), являются применение лекарственных препаратов, корректирующих (повышающих) чувствительность инсулинзависимых клеток к инсулину и понижающих содержание атерогенных липидов крови.

С учетом конкретной ситуации и типа дислипидемии в настоящее время рекомендовано пять категорий гиполипидемических лекарственных препаратов (различия в их эффектах на липидный спектр хорошо известны): **ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины), фибраты, секвестранты желчных кислот, никотиновая кислота и ее**

производные, ингибиторы абсорбции ХС – желудочно-кишечной липазы.

К настоящему времени имеется значительное количество доказательств, полученных в тщательно проведенных рандомизированных клинических исследованиях, которые обосновывают в качестве основной терапии назначение статинов. Тактика лечения статинами у отдельных категорий больных с различной степенью риска подробно представлена в Российских рекомендациях секции атеросклероза ВНОК «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (2007).

Внедрение статинов в клиническую практику кардиологов явилось крупным прорывом в снижении сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Уже в 90-х годах XX в. в проспективных исследованиях было документировано значительное снижение частоты случаев внезапной сердечной смерти и развития рецидивов коронарных событий среди пациентов с ИБС, которым систематически назначали различные статины в среднетерапевтических дозах.

В соответствии с данными метаанализа независимых исследований (4S, HPS, ASCOT-LLA, CARDS, 4D), опубликованного в 2005 году, снижение риска ИБС на фоне приема статинов в среднем составило 23% (от 11 до 51%) (4, 12). Тем не менее **статины** не устраняют риск, связанный с низким уровнем холестерина ЛПВП или другими проявлениями МС, также не было достоверно установлено значимого снижения остаточного риска у пациентов с нарушениями углеводного обмена (СД типа 2). Основная цель метаанализа – выделить («поймать») проблему, обозначить ее актуальность и основное направление дальнейших исследований (6).

На протяжении последних 10-15 лет проведен целый ряд крупных проспективных исследований (HHS, BIP, VA-HIT), среди которых ведущим является исследование **FIELD** (The **F**enofibrate **I**nterven-

Важнейшими аспектами медикаментозного лечения больных ИБС, в частности стабильной стенокардии, сочетающейся с различными видами метаболических нарушений (гипергликемия, дислипидемия), являются применение лекарственных препаратов, корректирующих (повышающих) чувствительность инсулинзависимых клеток к инсулину и понижающих содержание атерогенных липидов крови. С учетом конкретной ситуации и типа дислипидемии в настоящее время рекомендовано пять категорий гиполипидемических лекарственных препаратов (различия в их эффектах на липидный спектр хорошо известны): ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины), фибраты, секвестранты желчных кислот, никотиновая кислота и ее производные, ингибиторы абсорбции ХС – желудочно-кишечной липазы.

tion and Event Lowering in Diabetes Trial) с участием 9795 пациентов с нарушениями углеводного обмена, посвященных сравнительному изучению влияния гиполипидемической терапии (статины или фибраты) на уровни сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Оказалось, **фибраты** особенно эффективны у пациентов с СД типа 2 и/или признаками метаболического синдрома – у этих пациентов высокий риск сердечно-сосудистых осложнений достоверно снижался.

В исследованиях, включенных в программу FIELD, показано плейотропное действие фибратов: фенофибраты подавляют миграцию эндотелиальных клеток сосудов, оказывают противовоспалительное действие, подавляют активность окислительного стресса. Классическое представление о механизмах действия фибратов было следующим: повышение активности липопротеинолипазы, расщепляющей липопротеиды, богатые Тг, угнетение синтеза и секреции ХС ЛПНП в печени и увеличение концентрации белка апо-А1 – основного белка ХС ЛПВП. Одновременно при применении фенофибратов документировано статистически достоверное снижение провоспалительных цитокинов, таких как ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-1 β , снижение уровня активности супероксиддисмутазы (СОД) плазмы и малондиальдегида (МДА) – липидного гидропероксида, образующегося при окислительном стрессе (9, 10, 11, 12).

Подобные различия клинических результатов гиполипидемического эффекта статинов и фибратов среди пациентов с МС, вероятно, обусловлены специфическими особенностями их биотрансформации и механизмами воздействия на различные уровни липидного обмена.

Статины – ингибиторы редуктазы 3-гидрокси-3-метилглутарата – кофермента А (ГМГ-КоА) – группа препаратов с гипохолестеринемическими эффектами. Гипохолестеринемическое действие статинов основано на их способности конкурентно ингибировать активность ГМГ-КоА-редуктазы, превращение

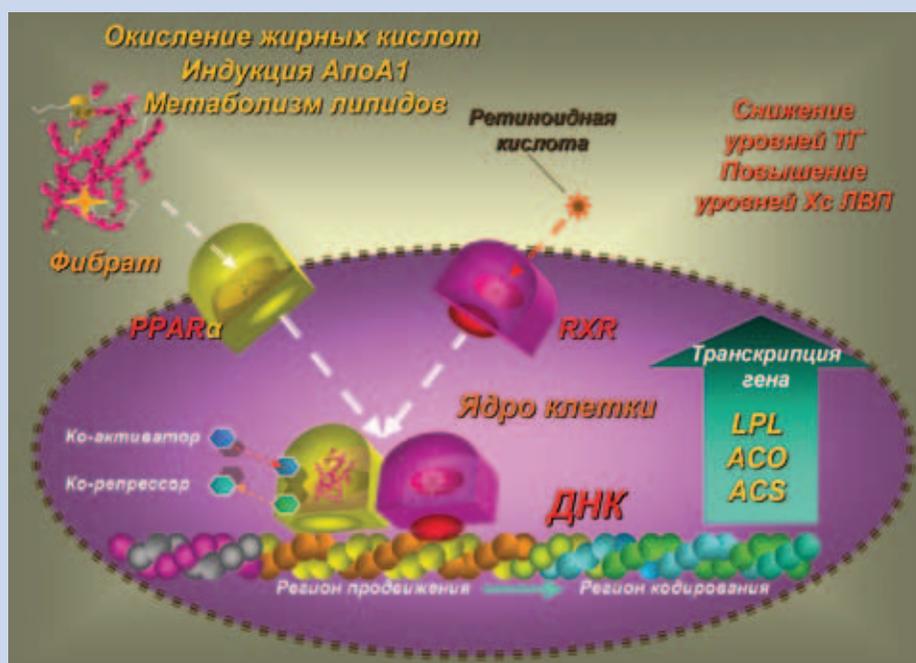


Рисунок 3. Схема активации фибратами ядерных рецепторов экспрессии и транскрипции генов, ответственных за метаболизм липидов

которой в мевалоновую кислоту является ключевым этапом синтеза эндогенного холестерина (рисунок 2). Это приводит к компенсаторной экспрессии гепатоцитами повышенного числа рецепторов липопротеидов низкой плотности, что увеличивает клиренс ХС ЛПНП из плазмы. Статины, подавляя синтез ЛПОНП в печени, являющихся предшественниками ЛПНП, способствуют снижению последних, что суммарно снижает атерогенный эффект дислипидемии.

Убедительно доказанная прогностическая польза длительного приема ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы при атеросклерозе и сахарном диабете уверенно вывели эту группу препаратов на ведущее место в рекомендациях по современной медикаментозной терапии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Клинические результаты, полученные при лечении статинами, объясняются наличием у них не только антихолестеринемического, но и множеством других полезных эффектов. Полезные свойства статинов, не за-

висающие от их влияния на липиды плазмы, получили название **плейотропных** (от греч. *pleio* – множественный и *tropos* – действие).

Плейотропные эффекты статинов проявляются в первые 3-4 месяца лечения: обеспечивают положительное влияние на функцию эндотелия, оказывают антиишемический, антитромботический, антиаритмический, антиатерогенный и другие эффекты. Благодаря этому спектр показаний к назначению статинов при лечении ССЗ расширяется. По данным экспериментальных работ и клинических исследований, с учетом плейотропности статинов (симвастатин, аторвастатин, правастатин, розувастатин и др.) установлены несколько эффектов, оказывающих влияние на патогенез и течение МС: противовоспалительные, иммуномодулирующие (через снижение в плазме интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли- α), увеличение мозгового натрийуретического гормона, усиление секреции NO эндотелием сосудов (10, 11). Однако, согласно схеме ингибирования статинами

синтеза холестерина, возможно также снижение под воздействием статинов биосинтеза убихинона (коэнзима Q_{10}) – основного клеточного антиоксиданта, защищающего фосфолипидный слой клеточной мембраны от перекисного окисления под воздействием свободных радикалов. Снижение синтеза убихинона является одним из нежелательных эффектов статинов.

Фибраты – дериваты фиброевой кислоты, используются при лечении нарушений липидного обмена с конца 50-х годов XX в. При этом фибраты традиционно назначаются пациентам с гипертриглицеридемией и СД, а также для лечения больных ИБС. Утрата интереса к фибратам произошла после получения результатов исследования **HPS (Heart Protection Study)**, которое было основано на 5,5-летнем наблюдении за 20536 пациентами с высоким риском ИБС, леченных симвастатином 40 мг/сут. В этом исследовании (при использовании статинов в лечении пациентов с высоким риском заболевания сердечно-сосудистой системы) достижение конечных точек показало значительное снижение частоты ИМ, инсультов, внезапной сердечной смерти.

Механизм гиполипидемического действия фенофибратов опосредован через активацию внутриклеточного ядерного рецептора PPAR- α . Этот рецептор играет доминирующую роль во внутриклеточной регуляции экспрессии (переноса) и транскрипции (переписывание) генов ДНК, ответственных за уровни липидного метаболизма и воспалительных цитокинов. Фенофибраты являются агонистами рецепторов, активируемых пролифераторами пероксисом типа альфа (PPAR- α) (рисунок 3). Активация рецепторов PPAR- α в результате свя-

зывания с фенофибратом приводит к образованию гетеродимерных комплексов PPAR- α и ретиноидного рецептора X (RXR). Далее они связываются с чувствительными элементами («элементами ответа пролифератора пероксисом») рецептора PPAR- α (PPRE – response elements) и стимулируют экспрессию с последующей транскрипцией генов, ответственных за функциональное состояние системы липазных ферментов. Активация липазной ферментной системы сопровождается уменьшением образования частиц, богатых Тг, с благоприятной модификацией размеров частиц ЛПНП – от мелких, плотных и атерогенных частиц к более крупным, плавучим и менее атерогенным частицам, повышению уровней холестерина ЛПВП, что суммарно манифестируется уменьшением атерогенности липидного спектра крови (8, 9).

Установлено, что некоторые виды терапии оказывают отчетливое влияние на функциональное состояние эндотелия. При кратковременном приеме иАПФ, антиоксидантов, эстрогенов, L-аргинина, блокаторов кальциевых каналов проявляется кратковременный положительный эффект на функциональное состояние эндотелия, тем не менее при длительной терапии МС лучший эффект на функциональное состояние оказывают гиполипидемические препараты. Эти клинические наблюдения определяют более широкие возможности для внедрения эффективных мероприятий медикаментозного воздействия на метаболические нарушения, связанные с ИР, что позволит улучшить прогноз и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений уже на ранних этапах, когда заболевание еще не сформировалось как диагноз.

Биотрансформация лекарствен-

ных средств осуществляется в печени под действием цитохромов P-450. Цитохромы P-450 относятся к энзимам, участвующим в биотрансформации и выведении (детоксикация) органических, чужеродных веществ (ксенобиотиков) из организма. Реакции, катализируемые этими энзимами, делятся на реакции I фазы (функциональные) и реакции II фазы (конъюгационные). Энзимы I фазы (например, цитохром P-450 или эпоксидгидролаза) вносят в молекулы субстрата функциональные группы, например –ОН (гидроксилирование); затем энзимы II фазы (например, глутатион-S-трансфераза, N-ацетилтрансфераза, UDP-глюкоронилтрансфераза) используют группу –ОН для конъюгации с глутатионом, сульфатом, глюкуроновой кислотой, в результате чего возникают гидрофильные соединения (растворимые в воде), которые легко выводятся из организма через почки и кишечник.

У человека выделено более 30 энзимов цитохромпротеинов (CYP), которые в максимальном количестве находятся в печени. Самая многочисленная группа субстратов, метаболизируемых в печени, – лекарственные средства, эндогенные вещества (статины, стероиды, ЖК, простагландины) (3).

Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины – аторвастатин, ловастатин, симвастатин) метаболизируются до неактивных метаболитов под действием изофермента цитохрома P-450 3A4 (CYP 3A4).

Липантил (фенофибрат) не взаимодействует со статинами ни на уровне цитохрома P-450 3A4, ни на уровне глюкуронирования, он использует другие подтипы цитохрома CYP-450 и UGT (уронилглюкуронил-трансфераза), которые не используются при метаболизме статинов. Благодаря уникальному микросомальному метаболизму в печени он также безопасен при лечении больных с ожирением и ИР в комбинации со статинами (3, 12, 17). Микронизированные фенофибраты обладают большей биодоступностью, способствуют снижению уровней Тг, снижают уровни

Фибраты – дериваты фиброевой кислоты, используются при лечении нарушений липидного обмена с конца 50-х годов XX в. При этом фибраты традиционно назначаются пациентам с гипертриглицеридемией и сахарным диабетом, а также для лечения больных ИБС.

ХС ЛПНП, увеличивают размеры частиц ЛПНП, повышают уровень ХС ЛПВП и обратный транспорт ХС за счет стимуляции α -рецептора клеточного ядра, активируемого пероксисомальным пролифератором (PPAR- α), более эффективно снижают уровень мочевой кислоты. Терапия микронизированными фенофибратами не только улучшает показатели липидного спектра крови, перекисного окисления липидов (снижение СОД и МДА, образующихся при окислительном стрессе), но и состояние эндотелия у больных ИБС, что выражается в достоверном улучшении ЭЗФР плечевой артерии, отсутствием вазоконстрикторных реакций при проведении пробы с реактивной гиперемией и снижением уровня фактора Виллебранда.

Улучшение функционального состояния эндотелия при лечении микронизированными фенофибратами носит комплексный характер: увеличивается продолжительность АЧТВ, возрастает фибринолитическая активность крови (время ХIIа-зависимого фибринолиза снижается на 47%, содержание фибриномономерных комплексов – в 4,7 раза), снижается уровень ИАП-1. Микронизированные фенофибраты снижают экспрессию адгезивных молекул и провоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина-6, TNF- α и γ -интерферона, снижают уровень С-реактивного белка (14, 16).

Положительные клинические эффекты фенофибратов при лечении пациентов с признаками МС, СД типа 2 представлены в исследованиях FIELD, DAIS (12, 17). В совокупности эти наблюдения свидетельствуют о благоприятном эффекте фенофибрата на макро- и микроциркуляторное русло, который клинически проявляется снижением уровней триглицеридов на 40-55%, повышением уровня ХС ЛПВП на 15%, снижением риска осложнений ИБС на 25% (кардиопротекция), снижением прогрессирования коронарного атеросклероза на 42%, снижением прогрессирования альбуминурии на 14% (нефропротекция), снижением частоты лазерного лечения диабетической ретинопатии на 31% (офтальмопротекция).

Таким образом, не претендуя на роль универсальных гиполипидемических средств, фенофибраты имеют свою нишу в лечении больных с дислипидемией и инсулинорезистентностью. Они рекомендованы к применению у лиц с низким уровнем ЛПВП, высоким уровнем ТГ и нормальным или умеренно повышенным уровнем ЛПНП. Такой липидный профиль характерен для больных СД типа 2, лиц с инсулинорезистентностью, абдоминальным ожирением и другими проявлениями МС. Не следует также рассматривать фибраты как гиполипидемические агенты в «чистом» виде.

Эта группа препаратов имеет широкий спектр благоприятных

нелипидных эффектов, среди которых особый интерес представляют противовоспалительные, антиоксидантные, антикоагулянтные эффекты, влияние на функциональное состояние эндотелия сосудистого русла. Возможно, как и в случае со статинами, именно эти свойства фибратов играют ключевую роль в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений.

Перед практикующими врачами открываются новые возможности для эффективного снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений и летальности. Данные проведенных многоцентровых исследований убедительно показывают, что статины могут быть препаратами выбора для первичной и вторичной профилактики клинических проявлений атеросклероза, в частности ИБС. В настоящее время у врачей первичного звена здравоохранения имеется широкий выбор липидснижающих препаратов с различными механизмами действия, понимание которых позволит назначить патогенетически обоснованную липидснижающую терапию у больных с высоким риском и МС (в том числе СД типа 2). При лечении ИБС, ассоциированной с клиническими признаками МС, микронизированные фибраты третьего поколения могут применяться как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими липидснижающими препаратами, в первую очередь со статинами. 

Литература

- Беркович О.А., Беляева О.Д., Баженова Е.А. и др. Плейотропные эффекты микронизированного фенофибрата // Обзоры клинической кардиологии. Приложение №1. 2007: 37-44.
- Гансбургский А.Н., Павлов А.В. Проллиферативные свойства клеточных дифферонов сосудистой стенки. Морфология. 1998; 113(2): 66-70.
- Кукес В.Г., Сычев Д.А., Раменская Г.В. и др. Оценка активности изофермента цитохрома P450 3A4 (CYP3A4) как реальная возможность персонализации фармакотерапии // Врач. 2008; №3: 13-18.
- Конгресс Американской Ассоциации Сердца (AHA). MetS in congress. 2008; Специальный выпуск: 1-15.
- Мамедов М.Н. Дебаты о целесообразности применения фибратов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений // Обзоры клинической кардиологии. Приложение №1. 2007; 25-35.
- Мкртумян А.М. Тиазолидиноны: действительно ли много шума из ничего? // Эффективная фармакотерапия в эндокринологии. 2008; №1: 28-30.
- Мычка В.Б., Чазова И.Е. Гиполипидемическая терапия у больных сахарным диабетом: фокус на Симвастатин // Эффективная фармакотерапия в эндокринологии. 2008; №1: 6-8.
- Розано Г.М., Витале К., Кастильоне К. и др. Сравнение влияния телмисартана и лосартана на обмен глюкозы у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Лечение артериальной гипертензии и метаболических нарушений: новые данные. М., 2005. С. 42-48.
- American Diabetes Association. Diabetes Care. 2004; 27 (Suppl. 1): 1-143.
- Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial // Lancet. 2002; 360: 8-22.
- Cholesterol Treatment Trialists Collaboration // Lancet. 2005; 366: 1267-1278.
- FIELD Study Investigators // Lancet. 2005; 366(9500): 1849-61.
- Matthews D.R. Diabetologia. 1985; 28: 412-419.
- Okopien B., Cwalina I., Lebek M and all. Pleiotropic effects of micronized fenofibrate in patients with combined hyperlipidaemia. Pol. Merkurizus. Lek 2002; 13: 465-469.
- Thompson G.R. Angiographic evidence for the role of triglyceride-rich lipoproteins in progression of coronary artery disease. Eur. Heart J. 1998. 19 (Suppl. H): 31-36.
- Ryan K.E. McCance D.R., Powell L. and all. Fenofibrate and pioglitazone improve endothelial function and reduce arterial stiffness in obese glucose tolerant men. Atherosclerosis. 2007; 194: 123-130.
- Vakkilainen J., Steiner G., Ansqner J.C. and all. Relationships between low-density lipoprotein particle size, plasma lipoproteins, and progression of coronary artery disease: the Diabetes Atherosclerosis Intervention Study (DIAS). Circulation. 2003; 107: 1733-1737.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ

В конце прошлого года в деловом центре «Москва-Сити» открылся Учебный центр компании Medtronic, в котором российские специалисты смогут получать знания и практические навыки в области последних медицинских технологий в кардиологии, кардиохирургии, нейрохирургии, а также интраоперационной навигации.



ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОМПАНИИ MEDTRONIC В РОССИИ

Йо Меркун, вице-президент компании Medtronic

Medtronic располагает более чем 250 производственными предприятиями, коммерческими представительствами, исследовательскими и учебными центрами в 120 странах мира.

Дополнительная профессиональная подготовка врачей по применению высокотехнологичной медицинской помощи в клинической практике является одним из приоритетов деятельности Medtronic в России. В поддержку данного направления компания развивает сеть Учебных центров по высокотехнологичной медицинской помощи, организация которых проходит в сотрудничестве с ведущими клиническими, исследовательскими и медицинскими учебными заведениями России.

Новые медицинские технологии становятся все более важным направлением в развитии системы здравоохранения, спасая пациентам жизнь и улучшая качество жизни. С 1980 по 2000 год, благодаря высоким медицинским технологиям, в США были достигнуты

впечатляющие результаты: уменьшение смертности на 15%, инвалидизации на 25%, а также снижение числа койко-мест на 56% за счет того, что госпитализация и продолжительность пребывания пациентов в стационаре значительно сократилось.

Согласно проведенным исследованиям специалистами нашей компании, основными причинами смертности населения России (данные 2007 года) являются болезни сосудов головного мозга, ишемическая болезнь сердца, в том числе инфаркт миокарда, а также заболевания системы кровообращения.

Кардиологическое направление в программе Учебного центра является одним из основных. Специалисты могут пройти курсы по темам: лечение тахикардии и предупреждение внезапной сердечной смерти, лечение сердечной недостаточности, заболевания коронарных артерий и аорты и другие.

В учебном процессе будут продемонстрированы разработки компании Medtronic. Новые технологии в области кардиологии по-

зволяют врачам отслеживать состояние сердечной деятельности пациентов на протяжении всей жизни и вовремя применять необходимое лечение.

Среди них кардиостимуляторы для пациентов с брадикардией (замедленным сердцебиением), имплантируемые дефибрилляторы для страдающих тахикардией (ускоренным сердцебиением), оборудование для диагностики и отслеживания синкопальных состояний сердечного происхождения (внезапной и кратковременной потери сознания).

В Учебном центре будут представлены методы и техника для операций в условиях искусственного кровообращения, для операций на бьющемся сердце, а также при вмешательствах восстановительной хирургии.

Мы надеемся, что наш международный опыт в области применения высокотехнологичного оборудования поможет российским специалистам повысить квалификацию, усовершенствовать навыки проведения сложных процедур и хирургических вмешательств. 

НОВЕЙШИХ ТЕХНОЛОГИЙ

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР MEDTRONIC



Образовательная деятельность Medtronic в России началась в 2005 году, за этот период в семинарах приняло участие более 6400 врачей. За 2008 год компанией Medtronic в России было организовано обучение более 2500 врачей с применением современных форм, включая школы, мастер-классы, стажировки в ведущих мировых и российских хирургических центрах и др. В декабре того же года был открыт Учебный центр в Новосибирске. Сегодня компания сотрудничает с 400 лечебными учреждениями в более чем 75 городах РФ.

Благодаря положительным изменениям в системе здравоохранения в России весьма успешно продолжают интегрироваться новые подходы к профилактике, диагностике и лечению хронических заболеваний. Успех государственных программ в области здравоохранения в большой степени зависит от квалификации врачей. Учебные центры являются хорошим дополнением в подготовке специалистов в области новейших медицинских технологий, и мы гордимся тем, что открыли такой центр в Москве.

Новый Учебный центр расположен на базе Московского представительства Medtronic, где выделены постоянные помещения, исполь-

зуемые исключительно для целей подготовки специалистов в области высокотехнологичной медицинской помощи.

Одной из уникальных особенностей Центра является специальное учебное оборудование – компьютерные тренажеры-симуляторы, которые позволяют отрабатывать навыки проведения сложных хирургических процедур в режиме виртуальной рентгенохирургической операционной, максимально воссоздающей ход операции в реальной операционной, но без риска для пациента и врача.

Симуляционная комната оснащена имитационными учебными тренажерами для проведения практических занятий (в кардиологии по направлениям нарушения ритма сердца). Две стационарные установки, которые являются виртуальной рентгенэндоваскулярной операционной, позволяют достаточно реально проводить процедуры. Симуляционная комната оборудована также муляжами для отработки навыков в рентгенэндоваскулярной кардиологии и кардиохирургии.

Учебная комната используется для теоретических и практических занятий, оборудована всей необходимой техникой для отработки навыков, необходимых для врачей, занимающихся ведением пациентов с нарушением ритма сердца с использованием программаторов. Обучение в Центре проводят сертифицированные компанией Medtronic штатные преподаватели. Кроме того, для определенных занятий привлекаются российские и зарубежные внештатные эксперты. В Центре предусмотрена оперативная помощь специалиста по технической поддержке учебного и симуляционного оборудования, а

А. Семенов, глава представительства компании Medtronic на территории РФ

также координатора учебного процесса.

Открытие Центра стало еще одним шагом в активной работе компании Medtronic в области дополнительной профессиональной подготовки врачей по применению высокотехнологичной медицинской помощи в клинической практике.

Российские центры станут достойным дополнением к уже существующей сети из более 20 оснащенных по последнему слову техники Учебных центров Medtronic по всему миру. Ожидается, что в каждом из Российских центров подготовки будут проходить обучение более 650 врачей в год.

В планах реализации образовательных проектов компании Medtronic охватить до 2011 года программы целевой подготовки более 8000 врачей. Активно развивать учебные центры, отрабатывать механизмы взаимодействия с ведущими клиническими центрами и программами последипломной подготовки для интеграции в Российскую систему профессионального медицинского образования. 



КАК УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРАКТИЧЕСКИЕ

7 октября 2009 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов был организован симпозиум при поддержке компании GlaxoSmithKline, состав участников которого, по словам Президента ВНОК, академика Р.Г. Оганова, «мощнее придумать невозможно». Научная программа симпозиума была посвящена терапии острого коронарного синдрома (ОКС) – объединяющего понятия для нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда без подъема сегмента ST – главной причины



высокой сердечно-сосудистой смертности и значению фондапаринукса (Арикстра) в снижении смертности, частоты ишемических событий и кровотечений у пациентов с ОКС при консервативной и инвазивной стратегии лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОКС БЕЗ

Термин острый коронарный синдром (ОКС) является объединяющим понятием для большой группы клинических ситуаций в кардиологии. С практических позиций для определения врачебной тактики ведения больного с тем или иным вариантом ОКС важно наличие или отсутствие подъема сегмента ST на электрокардиограмме при первом контакте с больным.

В клинике ОКС при сохранном просвете коронарной артерии материал поврежденной атеросклеротической бляшки, частицы тромба попадают в систему микроциркуляции миокарда, закупоривают отдельные сосуды, возникают мелкие очаги некроза, что может сказываться на повышении уровня в крови маркеров некроза, в частности сердечных тропонинов, – такое состояние обозначают как инфаркт миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST. В связи с постоянно нарастающей чувствительностью методов определения тропонинов, соответственно увеличивается среди больных с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) доля тех, у кого формально может быть диагностирован ИМ. В исследовании FRISC-II (2007) показано, что больше 80% людей могут быть диагностированы как пациенты с ИМ без подъема сегмента ST.

Регистр больных ИМ в Швейцарии (Urban P. et al., AMIS Plus, 2008) демонстрирует, что ИМ, диагностированный на основании довольно низких уровней тропонина, имеет такой же или даже худший отдаленный (1 год) прогноз, чем классический ИМ. Это подтверждает информацию, полученную на основании крупного регистра во Франции, – прогноз выживаемости у лю-

дей с ИМ с подъемом ST и с ИМ без подъема ST практически одинаков (Montalescot G. et al., 2007).

Признавая большое социальное значение этой проблемы, рекомендации Европейского кардиологического общества (ESC), одобренные ВНОК (2007), предлагают алгоритм принятия решений при лечении ОКСбпST.

Симптоматическая терапия (β-блокаторы при отсутствии противопоказаний, нитраты, блокаторы кальциевых каналов, дигидропиридины только с β-блокаторами), затем устранение стеноза, что только и может привести к какому-то радикальному эффекту, безусловно целесообразны. Время вмешательства определяется риском осложнений.

Если на основании клинической картины возможен ОКС, в подтверждение диагноза наблюдают реакцию на антиангинальное лечение для оценки тяжести, проводят рутинную биохимию, включая тропонины (при первом контакте и через 6-12 ч), возможно, специальные маркеры, например d-димер, повторные ЭКГ или постоянное мониторирование ST. Причем в последнее время придают определенное значение оценке риска кровотечений, хотя, к сожалению, пока еще нет объективных шкал, таких, кото-



Н.А. Грацианский, профессор, заведующий лабораторией клинической кардиологии НИИ физико-химической медицины, руководитель Центра атеросклероза МЗ РФ

КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОНДАПАРИНУКСА

рые существуют для оценки риска ишемических осложнений. Проводят дифференциальную диагностику для исключения других причин (эхоКГ, КТ, МРТ, радионуклидные методы). На практике чаще всего это эхокардиография.

Далее должен быть решен вопрос, какой инвазивной стратегии придерживаться, потому что при определенной тяжести состояния она может быть ургентной (срочной, <120 мин), ранней (<72 ч) или

возможности для быстрого инвазивного лечения.

Медикаментозное лечение всегда сопутствует любому инвазивному вмешательству. Антикоагуляция рекомендуется для всех больных в дополнение к антитромбоцитарной терапии и должна определяться не только риском ишемических событий, но и риском кровотечений. Фондапаринукс (Арикстра) как раз тем и хорош, что в отличие от других активных антитромботических

фондапаринукс ставится на первое место среди антикоагулянтов в лечении ОКСбпСТ. Несмотря на это фондапаринукс пока еще используется не очень часто во время госпитализации (только 3,8%, по данным европейского регистра ОКСбпСТ). Это подтверждается и результатами очень крупного испытания PLATO (Wallentin L et al., 2009).

Со временем ситуация меняется. Применение фондапаринукса превышает 40%, что совершенно есте-

ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ МОДИФИКАЦИИ

вмешательство может быть выполнено на протяжении госпитализации.

Для определения тяжести состояния наибольшее распространение получила шкала GRACE, которая создана на основании огромного регистра ОКС. Если риск по шкале GRACE очень высокий, применить раннюю васкуляризацию, согласно рекомендациям, необходимо в пределах первых суток.

В 2009 г. были опубликованы результаты довольно крупного испытания TIMACS (Mehta S.R. et al.), в котором сравнивались раннее и отсроченное инвазивное вмешательство при ОКСбпСТ. Почти у всех больных, которые включались в это испытание, была выполнена коронарная ангиография – включая чрескожное коронарное вмешательство, операции коронарного шунтирования, это чрезвычайно высокая инвазивная активность. Как и можно ожидать, различие между исходами раннего и отсроченного вмешательства наблюдается у людей с исходно высоким риском по шкале GRACE. Это подтверждение правильности рекомендаций о том, что при высоком риске нужно выполнять вмешательство быстро. К сожалению, в нашей стране в большинстве медицинских учреждений нет

средств, антикоагулянтов, он меньше вызывает кровотечения. Выбор антикоагулянта (НФГ, НМГ, фондапаринукс, бивалорудин) зависит от начальной стратегии лечения: неотложной инвазивной, ранней инвазивной или консервативной.

В крупных клинических исследованиях OASIS 5 и 6 (Mehta S.R. et al., 2008) показано, что фондапаринукс по сравнению с гепаринами более значительно снижает смертность, частоту кровотечений и ассоциируется с более благоприятными клиническими исходами у пациентов с ОКС. У всех больных эффективность фондапаринукса была выше, чем эноксапарина. И на основании наиболее благоприятного профиля эффективности/безопасность именно

ственно ожидать (Mehta S.R. et al., 2009. TIMACS). Тем не менее сохраняется положение о том, что в случае применения фондапаринукса необходим дополнительный НФГ в стандартной дозе.

В заключение следует подчеркнуть, что при принятии решений о стратегии лечения должен учитываться риск кровотечений. Факторы риска кровотечений и ишемических событий во многом совпадают. Чем выше риск по шкале GRACE, тем выше риск кровотечений. Шкала GRACE предсказывает кровотечения, фондапаринукс их уменьшает (Joyner C.D. et al, 2009), а потому ему и следует отдавать предпочтение, учитывая простоту применения этого лекарства. 



МЕСТО ФОНДАПАРИНУКСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ



И.С. Явелов, д.м.н., профессор НИИ физико-химической медицины ФМБА России

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) предполагает необходимость скорейшего восстановления проходимости коронарной артерии. Реперфузионное лечение проводят с помощью тромболитической терапии либо первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

По современным представлениям тромболитическая терапия хорошо сочетается с последующим инвазивным подходом: это может быть спасающее ЧКВ в первые 12 ч, рутинное ЧКВ, при котором в первые сутки после даже эффективного тромболизиса все равно выполняются инвазивные вмешательства на коронарных

артериях. Кроме того, часть больных имеют осложнения и по показаниям выполняются ЧКВ или операция коронарного шунтирования на более поздних сроках лечения ОКС↑ST.

В исследовании, которое привело фондапаринукс в широкую клиническую практику, OASIS 6 (n = 12092, в России n = 2015), среди пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Важно, что это были не все больные, с которыми встречается врач в реальной клинической практике, а только пациенты без каких-то явных факторов, которые повышают риск кровотечений, без тяжелого нарушения функции почек (КК < 265 мкмоль/л). Это было двойное слепое исследование и, что очень важно, было два подхода к ведению больных: в группе больных, которым был не показан НФГ, фондапаринукс (2,5 мг 1 р/сут до выписки или на 8 дней) сравнивали с плацебо; в группе больных, которым показан НФГ, – с НФГ (стандартная внутривенная инфузия на протяжении ближайших 24-48 ч).

В целом это исследование показало, что можно добиться снижения смертности на 13%, рецидива инфаркта миокарда на 33%, можно снизить сумму этих неблагоприятных событий на 17%. Важно, что это преимущество возникает уже в первые 9 суток и сохраняется по крайней мере на протяжении ближайших 6 месяцев.

Это исследование подтвердило выводы исследования OASIS 5 (n = 20078), которые были получены при ОКС без подъема сегмента ST. Преимущества

фондапаринукса перед стандартным подходом с использованием гепарина (фондапаринукс vs эноксапарин) имелись в тех случаях, когда больные остались без реперфузионного лечения и когда проводилась тромболитическая терапия. В тех случаях, когда на фондапаринуксе выполнялось первичное ЧКВ, преимуществ его перед стандартным применением нефракционированного гепарина (НФГ) не отмечалось. В связи с этим фондапаринукс при первичном ЧКВ при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в настоящее время к клиническому применению не рекомендуется.

Однако фондапаринукс имеет преимущества перед стандартным подходом как по эффективности, так и по безопасности: меньше риск возникновения тяжелых кровотечений даже при недельном введении препарата по сравнению со стандартным подходом – недельное введение фондапаринукса давало меньше тенденций к возникновению крупных кровотечений, чем двухсуточное введение НФГ.

Соответственно, исходя из этих данных формируются современные рекомендации международных обществ и ВНОК (таблица).

Кроме того, последующее изучение данных о том, как действует фондапаринукс при ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST, позволило объединить результаты двух крупных клинических испытаний (OASIS 5 и 6) и сопоставить фондапаринукс со стандартным подходом с использованием гепарина при ОКС в целом. По совокупной базе данных 26512 больных с разными вариантами ОКС замена стандартного подхода с использованием гепарина на фондапаринукс позволила уменьшить смертность на 11%. В абсолютных цифрах – в течение 30 суток на 5 больных на 1000 леченых, в течение 6 месяцев на 8 человек в пользу фондапаринукса. Уменьшилась частота неблагоприятных событий в целом (смерть + ИМ + инсульт) на 8 и 13 человек на 1000 леченых больных в течение 30 суток и 6 месяцев соответственно (9% и 10%). При этом подтверждены данные отдельных исследований, что не-

Таблица. Фондапаринукс при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST

Рекомендации	Класс рекомендаций
Сочетание с фибринолитиками	
До 8-го дня или более, если КК ниже 3 мг/дл	I (B)
Вплоть до 9 суток:	
при отсутствии показаний к антикоагулянтам;	1 B
при показаниях к антикоагулянтам вместо НФГ	2 B
В сочетании со стрептокиназой	Ila (B)
До 8-го дня или более в сочетании со стрептокиназой (ВНОК)	–
Отсутствие реперфузионного лечения	
До 8-го дня или более в той же дозе, что и при тромболитической терапии	Ila (B)
Вплоть до 9 суток:	
рекомендуется в сравнении с отсутствием лечения;	1 A
в той же дозе, что и при тромболитической терапии	I (B)
До 8-го дня или более рекомендуется (ВНОК)	–

СЕКМЕНТА ST: ОБЪЕДИНЕННЫЙ АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ OASIS 5 И 6

дельное введение фондапаринукса больным без тяжелой почечной недостаточности – это более безопасное лечение, чем стандартное. Риск крупных кровотечений был ниже на 33%. Преимущества фондапаринукса (см. рисунок) на таком широком спектре больных перед стандартным подходом с использованием гепарина отмечались как у всех больных, так и у больных, которые подвергались инвазивному лечению в ближайшие 72 ч с ЧКВ без учета первичной процедуры, при которой фондапаринукс, как вы помните, в настоящее время не показан, – и при раннем инвазивном подходе к ведению больных было снижение частоты неблагоприятных исходов, и в тех случаях, когда больных в стационаре лечили неинвазивно. Объединенный анализ этих двух исследований дал некую новую информацию о том, как поведет себя фондапаринукс в тех случаях, когда больным на фоне продолжающегося введения препарата планируется и выполняется ЧКВ. По сравнению со стандартным подходом к введению гепарина, фондапаринукс был более безопасным как в сопоставлении с эноксапарином, так и в сопоставлении с НФГ. На фондапаринуксе было достоверно меньше разнообразных крупных кровотечений, возникающих в связи с процедурой.

Таким образом, объединив все результаты, полученные по борьбе с ОКС в целом, в метаанализе исследований OASIS 5 и 6 (n = 26512) было сделано заключение, что фондапаринукс способствует снижению смертности, частоты ишемических событий и крупных кровотечений во всем спектре ОКС и дает более благоприятный итоговый клинический эффект как при инвазивном, так и при неинвазивном подходах к ведению больных по сравнению со стандартным подходом с использованием гепарина. Ожидается, что широкое применение фондапаринукса вместо стандартного применения гепарина у широкого контингента больных с ОКС позволит предотвратить 5 смертей плюс 3 инфаркта миокарда или инсульта, а также 10 крупных кровотечений на каждую 1000 леченых больных. 

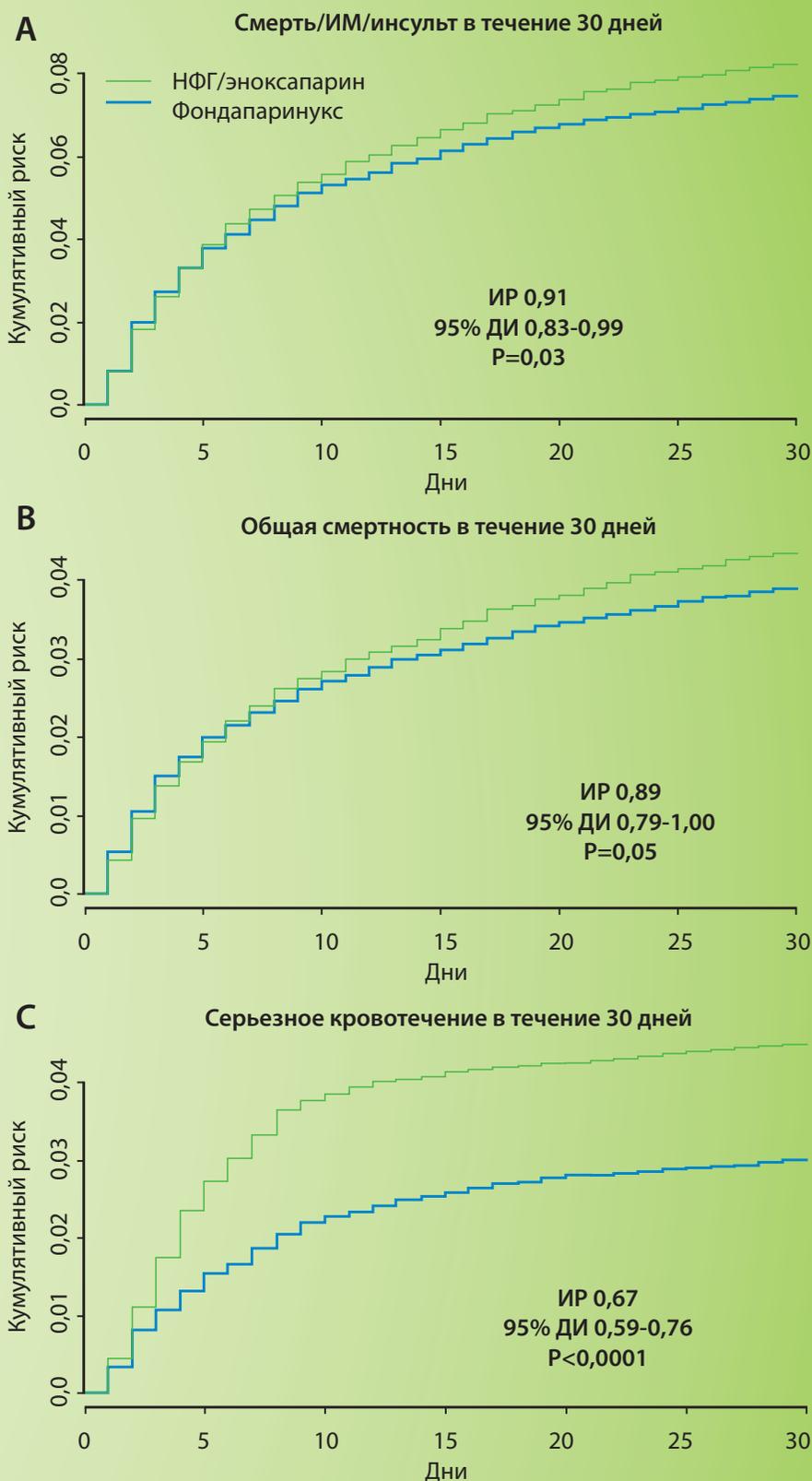


Рисунок. Сравнительная эффективность фондапаринукса и гепарина (НФГ или эноксапарин) к 30-му дню наблюдения: А – смерть, ИМ или инсульт; В – общая смертность; С – серьезное кровотечение

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОНДАПАРИНУКСА В РАМКАХ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС



О.В. Аверков, д.м.н., профессор РУДН

Возможность применения фондапаринукса (Арикстра) – сравнительно нового антикоагулянта, одобренного для профилактики и лечения венозных тромбозов и тромбоземболий и лечения ОКС, – в рамках инвазивной стратегии ведения больных с ОКС нуждается в отдельном обсуждении. Внутрисосудистые вмешательства, дополненные агрессивной антитромботической терапией, оказались связаны с серьезным риском кро-

вотечений. Врач, проводящий антикоагулянтную терапию, должен непрерывно балансировать между риском тромбоза и риском кровотечения. Крупные кровотечения очевидно ухудшают прогноз больных с ОКС (см. рисунок).

Главный аргумент в пользу фондапаринукса был уже представлен в предыдущих выступлениях: снижение смертности в сравнении с препаратом, претендовавшим на роль золотого стандарта в тот период, у больных ОКСбпST, такое же влияние на смертность у больных ОКС с подъемом сегмента ST в сравнении со стандартными подходами.

В исследовании OASIS 5 при сравнении эффективности он был не хуже эноксапарина на ранних сроках их применения и обеспечивал снижение риска смерти и ишемических событий (в сравнении с эноксапарином) через 30 дней и 6 месяцев наблюдения. Снизив риск крупных кровотечений практически вдвое, он оказался существенно безопаснее, чем эноксапарин. Частота и сроки применения коронароангиографии и ЧКВ в OASIS 5 очень близки к зарегистрированным в регистре Euro Heart survey, что отражает реальную клиническую практику по составу больных и подходам к их лечению.

Частота крупных геморрагических

осложнений при применении фондапаринукса была на 54% ниже ($p < 0,001$), сходное снижение риска отмечено и для мелких кровотечений. При сравнении двух препаратов, учитывавшем смерти, инфаркты миокарда, инсульты и крупные геморрагические осложнения, суммарная частота этих событий оказалась существенно ниже в группе фондапаринукса ($p < 0,004$). Преимущество фондапаринукса по безопасности, проявившееся в снижении риска кровотечений, оказалось заметным уже в день рандомизации (т.е. с первых часов после применения первой дозы сравниваемых средств), указывая на то, что даже в случае очень непродолжительного применения фондапаринукс более безопасен, чем эноксапарин. Более того, преимущество фондапаринукса перед эноксапарином (с учетом суммы ишемических и крупных геморрагических событий) сохранялось к 30 и 180 дням наблюдения, подчеркивая долгосрочное значение снижения риска геморрагических осложнений.

Данные исследования OASIS 6, выполненного у больных ОКС с подъемами сегмента ST на ЭКГ, подтвердили возможность предотвращения тромбоза катетера без существенного увеличения риска кровотечений с помощью дополнительного введения НФГ у больных, подвергнутых ЧКВ. Согласно имеющимся на сегодня данным, проблема риска тромбоза катетера у больных ОКС, подвергаемых внутрикаторнарным вмешательствам на фоне использования фондапаринукса, решается достаточно просто: для уменьшения риска тромбоза катетера рекомендуется дополнительное однократное внутривенное болюсное введение НФГ в дозе 50-100 ЕД/кг непосредственно перед процедурой.

Фондапаринукс является новым стандартом антикоагулянтной терапии, способным привести к снижению кровотечений и улучшению прогноза в целом у больных ОКС. 

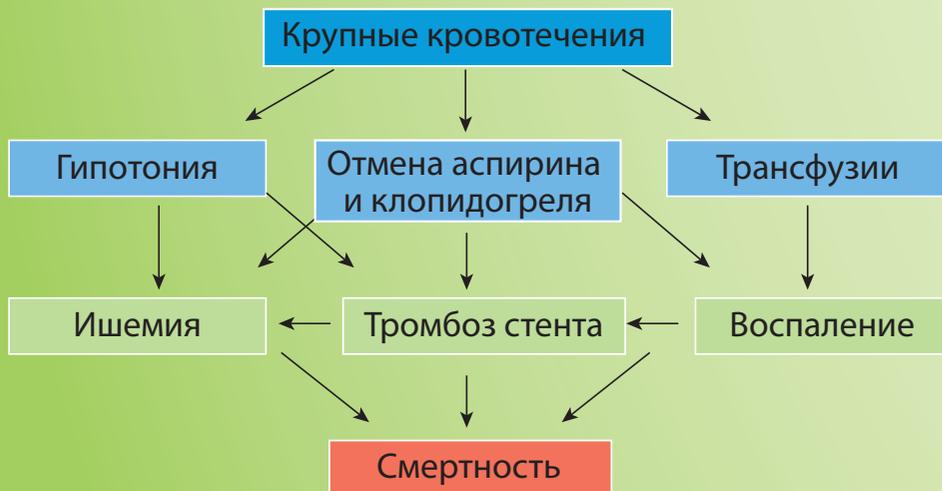


Рисунок. Кровотечения и смертность: потенциальные связи

Предсказуемый антикоагулянтный эффект



АРИКСТРА® фондапаринукс

лечение острого
коронарного
синдрома

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА АРИКСТРА / ARIXTRA

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:

П №015462/01-12.03.07

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА:

Арикстра
МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ:
фондапаринукс натрия

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:

раствор для подкожного введения
СОСТАВ: каждый предварительно наполненный шприц (0,5 мл) содержит:
• **активное вещество:** Фондапаринукс натрия 2,5 мг
• **вспомогательные вещества:** Натрия хлорид, кислота хлористоводородная, натрия гидроксид, вода для инъекций

ОПИСАНИЕ:

прозрачная бесцветная жидкость без видимых механических включений

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:

антитромботическое средство.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. Механизм действия: Фондапаринукс является синтетическим и селективным ингибитором активированного фактора X (Xa). Антитромботическая активность фондапаринукса является результатом селективного угнетения фактора Xa, опосредованного антитромбином III (AT III). Избирательно связываясь с AT III, фондапаринукс потенцирует (примерно в 300 раз) исходную нейтрализацию фактора Xa AT III. Нейтрализация фактора Xa прерывает коагуляционный каскад и ингибирует как образование тромбина, так и формирование тромбов. Фондапаринукс не инактивирует тромбин (активированный фактор IIa) и не обладает действием на тромбоциты.

ПОКАЗАНИЯ

Лечение острого коронарного синдрома, выраженного как:

- нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, с целью предотвращения сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда или рефрактерной ишемии
- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST с целью предотвращения смерти, повторного инфаркта миокарда у пациентов, получивших тромболитическую терапию или пациентов, первоначально не получивших реперфузионной терапии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- повышенная чувствительность к фондапаринуксу или любому компоненту препарата
- активное, клинически значимое кровотечение
- острый бактериальный эндокардит
- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин)

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Рекомендуемая доза составляет 2,5 мг подкожно, однократно в сутки. Лечение следует начинать как можно раньше после установления диагноза и продолжать в течение 8 дней или до выписки пациента.

Местами подкожного введения должны быть попеременно левая и правая переднелатеральная и левая и правая заднелатеральная стенка живота. Во избежание потери препарата не следует удалять пузырьки воздуха из предварительного шприца перед инъекцией. Игла должна вводиться во

всю длину перпендикулярно в складку кожи, зажатую между большим и указательным пальцами; складку кожи не разжимают в течение всего введения.

Арикстра предназначена только для использования под контролем врача. Пациенту разрешается самостоятельно проводить подкожные инъекции, только если врач посчитает это необходимым, с обязательным последующим наблюдением у врача и только после соответствующего обучения технике проведения подкожной инъекции. Внутривенное введение (первая доза только у пациентов при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST). Вводится в катетер прямо или с разведением в небольших объемах с 0,9% раствором натрия хлорида (25 или 50 мл). Во избежание потери препарата не следует удалять пузырьки воздуха из предварительного шприца перед инъекцией. После инъекции катетер промыть достаточным количеством физиологического раствора для обеспечения доставки полной дозы препарата. При введении с использованием мини-контейнеров инфузия должна проводиться 1-2 минуты.

СРОК ГОДНОСТИ 2 года. Не используйте препарат по истечению срока годности, указанного на упаковке.

Информацию по фармакодинамике, другим показаниям, способу применения и дозам, применению с осторожностью, применению при беременности и кормлении грудью, применению у пожилых и детей, побочным эффектам, взаимодействиям, передозировке, особые указания смотрите в полной инструкции по медицинскому применению препарата Арикстра.

МЕСТО ФОНДАПАРИНУКСА СРЕДИ АНТИТРОМБИНОВ С ТОЧКИ



Е.П. Панченко, д.м.н., профессор
руководитель лаборатории изучения атеротромбоза
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова

Среди всех антитромбиновых средств с доказанной эффективностью фондапаринукс занял надежное место. Начало использования этого препарата в медицине было связано с проведением ортопедических операций. Он оказался эффективнее золотого стандарта того времени – эноксапарина. Он был также весьма эффективен и у стационарных терапевтических больных, и в предотвращении тромбоэмболии легочной артерии и тромбозов глубоких вен. Во всех исследованиях с фондапаринуксом польза превышала риск.

Фондапаринукс успешно прошел клинические испытания при ОКС. По химической структуре фондапаринукс представляет собой синтетический пентасахарид, избирательно блокирующий Ха-фактор свертывания крови и таким образом предотвращающий образование тромбина. Почему именно Ха-фактор решили выбрать мишенью для создания такого точечного антикоагулянта? Ингибирование Ха-фактора предотвращает генерацию тромбина. Показано экспериментально, что ингибирование Ха-фактора вызывает устойчивое ингибирование системы свертыва-

ния крови. При этом остаточного тромбина достаточно для сохранения жизненно важных функций тромбина (первичный гемостаз, активация протеина С). Ингибиторы Ха-фактора имеют более широкое терапевтическое окно, нежели ингибиторы тромбина. АнтиХа-активность преобладает над антитромбиновой у НМГ, а они эффективнее НФГ при ОКС и лечении венозных тромбоэмболий. Так, ингибирующее воздействие на Ха-фактор оказалось весьма заманчивым для того, чтобы создать препарат фондапаринукс – селективный ингибитор Ха-фактора, который структурно похож на фрагменты НФГ и НМГ, связывающие антитромбин. Высокое сродство фондапаринукса к антитромбину обуславливает прочное, но обратимое связывание молекулы препарата со специфическим центром антитромбина, что усиливает подавление активности фактора Ха без непосредственного влияния на тромбин. Фондапаринукс обладает 100%-ной биодоступностью без необходимости подбора дозы. Вводится п/к живота и применяется в единой дозе 2,5 мг. Так же как и при использовании НМГ, при лечении фондапаринуксом нет необходимости в регулярном коагулологическом контроле. Преимущество фондапаринукса в том, что он вводится лишь 1 раз в сутки. В отличие от гепарина фондапаринукс

не взаимодействует с кровяными пластинками и практически не вызывает тромбоцитопению. Введение фондапаринукса до 8-го дня болезни или выписки из стационара, если она произошла раньше, способствует увеличению эффективности лечения ИМ[†]ST при применении нефибринспецифичного фибринолитика (стрептокиназа), а также в случаях, когда реперфузионное лечение не проводится. Такой подход к лечению изучен у больных с уровнем креатинина в крови < 3,0 мг/дл (265 мкмоль/л). Препарат имеет преимущество при повышенной опасности геморрагических осложнений (включая существенное нарушение функции почек) и гепарининдуцированной тромбоцитопении.

Поскольку мой доклад посвящен эффективности фондапаринукса с точки зрения доказательности, представлю все показания, где эффективность этого препарата доказана: при ОКСбпST на ЭКГ; при ОКС[†]ST на ЭКГ; профилактика ВТЭ в хирургии, ортопедии и терапии; лечение ВТЭ.

Антикоагулянты – это незаменимая составляющая часть лечения ОКС. Антикоагулянтная терапия строится на следующих положениях: кровотечения влияют на исход ОКС, среди факторов риска геморрагических осложнений существенную роль играет низкий креатинин; риск смерти больного определя-



ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

ет стратегию лечения, а стратегия лечения определяет выбор антикоагулянта. Совершенно очевидно, что смена антикоагулянта сопровождается увеличением числа кровотечений. Исследование REPLACE-2 (Lincoff A.M. et al., 2003) показало, что большие кровотечения почти в 4 раза увеличивают риск смерти у больных с ОКС. Кроме того, это блестяще показало исследование OASIS 5 (включено 20078 больных ОКСбпСТ; более чем у половины из них – мелкоочаговый инфаркт миокарда).

В исследовании сравнивалась эффективность и безопасность терапии фондапаринуксом (2,5 мг подкожно 1 раз в сутки в течение 8 дней или до выписки из стационара) и эноксапарином (1 мг/кг 2 раза в сутки в течение 2-8 дней). К 9-му дню наблюдения суммарная частота таких событий, как смерть, инфаркт миокарда и рефрактерная ишемия, оказалась практически одинаковой в группах фондапаринукса и эноксапарина (соответственно, 5,8% и 5,7%). При этом у пациентов, получавших фондапаринукс, частота кровотечений, как серьезных, так и незначительных, была ниже (соответственно 2,2% против 4,1%, $p < 0,001$ и 1,1% против 3,2%, $p < 0,001$).

Развитие геморрагических осложнений в раннем периоде ОКС оказалось независимым фактором, определявшим долгосрочный прогноз больных обеих групп. Было показано, что эпизод крупного кровотечения, перенесенный в течение госпитализации, увеличивал риск развития смертельных исходов в 4,7 раза, ИМ – в 3 раза и инсульта – в 5 раз (при наблюдении за больными в течение 180 дней). Не удивительно поэтому, что снижение частоты кровотечений у больных, получавших фондапаринукс, привело к снижению смертности и уменьшению частоты развития ишемических событий.

При анализе исходов за 180 дней наблюдения фондапаринукс имел преимущество перед эноксапарином по частоте смертей (5,8%/6,5%, $p = 0,05$), инсультов (1,3% / 1,7%,

$p = 0,04$), а также комбинированной конечной точки, включавшей смерть, инсульт и ИМ (11,3% / 12,5%, $p = 0,007$).

В рекомендациях Европейского кардиологического общества указано, что при выборе антитромботической терапии важно у больного оценить риск кровотечения. Риск кровотечения увеличивается с увеличением доз препаратов, длительности лечения, при комбинировании нескольких антитромботических препаратов и смене коагулянтов, у пожилых, при наличии нарушения функции почек, малой массы тела, у женщин, при низком исходном Hb, при инвазивных процедурах.

Когда мы выбираем стратегию лечения, при высоком риске кровотечений нужно отдавать предпочтение препаратам и вмешательствам, которые сопровождаются минимальным риском геморрагических осложнений. Фондапаринукс в этом отношении безусловный лидер.

Почечная недостаточность (даже умеренно выраженная) является

важным фактором, определяющим риск развития ишемических событий и кровотечений, а также безопасностью антикоагулянтной терапии у больных ОКС.

В соответствии с рекомендациями Европейского кардиологического общества, уровень креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) следует определять у каждого больного ОКСбпСТ. Дозировка антикоагулянтов должна корректироваться в зависимости от СКФ. У больных с клиренсом креатинина (КК) < 30 мл/мин. рекомендован тщательный подбор дозы антикоагулянтных препаратов.

Обсуждая вопросы безопасности антикоагулянтной терапии у больных ОКС с нарушением функции почек, целесообразно еще раз вернуться к исследованию OASIS 5. По данным ретроспективного анализа, 25% больных, включенных в это исследование, имели нарушение функции почек. У больных с почечной недостаточностью фондапаринукс оказался эффективнее и безопаснее, чем эноксапарин. **EF**



Материал подготовила В. Павлова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И ДИСЛИПИДЕМИЯ:

8 октября 2009 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов прошел научный симпозиум «Артериальная гипертензия и дислипидемия: два ключа к решению одной проблемы», посвященный проблеме лечения артериальной гипертензии и дислипидемии как ведущих факторов риска развития ИБС, которые редко встречаются изолированно ввиду их широкой распространенности и частого сочетания. В работе симпозиума (организованного фармацевтической компанией «Тева») приняли участие ведущие отечественные кардиологии.



КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК?

Каждый практикующий терапевт и кардиолог должен понимать и всегда помнить, почему так важно лечение артериальной гипертензии и дислипидемии для снижения сердечно-сосудистого риска. Заболевания сердца и сосудов – ведущая причина смерти в развитых странах, в том числе и в нашей стране, где уже на протяжении многих лет сердечно-сосудистая смертность составляет 57-58% от общей смертности. Артериальная гипертензия и нарушение липидного обмена – основные факторы риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В США в течение 20 лет проводилась программа снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Ее результаты показали, что лечение пациентов, уже имеющих то или иное сердечно-сосудистое ослож-

нение, т.е. вторичная профилактика инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, хронической сердечной недостаточности, стенокардии менее эффективна для снижения смертности, чем модификация факторов риска (таблица 1). Целесообразность назначения статинов для достижения целевых уровней общего холестерина (менее 4,5 ммоль/л) и холестерина липопротеидов низкой плотности (менее 2,5 ммоль/л) пациентам с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, сахарным диабетом, ИБС, а также высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений отражена в современных рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии Российского общества по артериальной гипертензии и ВНОК.

Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнений, что контроль липидов с помощью статинов значительно снижает как сердечно-сосудистую, так и общую смертность. Наиболее ярко это можно продемонстрировать с помощью симвастатина. Симвастатин, наиболее назначаемый статин в России. Этот препарат имеет максимальный период наблюдений и оценки – более 10 лет. Так как липидоснижающая и антигипертензивная терапия являются постоянными, то наиболее ценными являются именно длительные, многолетние исследования препаратов. Только многолетние исследования могут доказать эффективность и безопасность препарата, предназначенного для пожизненного приема. 10-летний опыт применения симвастатина показал следующую статистику: 15% снижения риска общей смерти, 17% снижения риска сердечно-сосудистой смерти, и 24% снижения риска развития фатального инфаркта миокарда. Что касается конкретно препарата Симгал, то в нашей стране он прошел более 20 оригинальных исследований. Когда мы говорим о препаратах-дженериках, очень важно иметь доказательство их терапевтической эквивалентности оригинальному препарату. Только

Таблица 1. Основные составляющие снижения смертности от ИБС, США, 1980-2000 гг.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	47%	МОДИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА	61%
Вторичная профилактика ИМ	11%	Снижение ОХС	24%
Вторичная профилактика ОКС	10%	Снижение САД	20%
Вторичная профилактика ХСН	9%	Отказ от курения	12%
Реваскуляризация	5%	Повышение физ. активности	5%
Другое лечение	12%		

ДВА КЛЮЧА К РЕШЕНИЮ ОДНОЙ ПРОБЛЕМЫ

при ее наличии мы сможем рассчитывать на такое же снижение риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, какое было продемонстрировано в крупных рандомизированных исследованиях с оригинальным препаратом. При прямом сравнении Симгала с Зокором мы видим, что они одинаково снижают общий холестерин и в равной степени повышают холестерин липопротеидов высокой плотности. Но говорить о доказанной терапевтической эквивалентности Симгала оригинальному симвастатину можно с уверенностью, если они сопоставимы не только по эффективности, но и по безопасности. Не было обнаружено статистической разницы в отношении числа побочных эффектов на фоне лечения Симгалом и оригиналь-

ным симвастатином. Всего лишь по одному пациенту в каждой группе прекратили прием препаратов из-за незначительных побочных явлений, таких как общая слабость, головная боль. Кроме того, и в лабораторных показателях значимой разницы в действии препаратов обнаружено не было.

Весьма важной составляющей снижения риска сердечно-сосудистых осложнений является поддержание артериального давления на целевом уровне. Рекомендации РМОАГ и ВНОК отмечают, что целевой уровень артериального давления – это главное, что позволяет нам снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. В новых рекомендациях предлагается весьма удобная таблица по выбору конкретного антигипертензивного препарата в 



Л.Г. Ратова, Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва



Таблица 2. Выбор АГП в зависимости от клинической ситуации

Поражение органов-мишеней	
ГЛЖ	БРА, ИАПФ, АК
Бессимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ
Микроальбуминурия	БРА, ИАПФ
Поражение почек	ИАПФ, БРА
Ассоциированные клинические состояния	
Предшествующее ОНМК	Любые АГП
Предшествующий ИМ	БАБ, БРА, ИАПФ
ИБС	БАБ, АК, ИАПФ
ХСН	Д, БАБ, ИАПФ, БРА, антагонисты альдостерона
Мерцательная аритмия пароксизмальная	ИАПФ, БРА
Мерцательная аритмия постоянная	БАБ, недигидропиридиновые АК
Почечная недостаточность/протеинурия	ИАПФ, БРА, петлевые диуретики
Заболевание периферических артерий	АК
Особые клинические ситуации	
ИСАГ (пожилые)	диуретики, АК
Метаболический синдром	БРА, ИАПФ, АК
Сахарный диабет	ИАПФ, БРА
Беременность	АК, метилдона, БАБ

зависимости от клинической ситуации (таблица 2).

Во многих случаях препаратами выбора являются антагонисты кальция. Они предпочтительны при сочетании артериальной гипертензии и атеросклероза, ИБС, заболеваний периферических артерий. Также они показаны пациентам старше 55 лет, а также в целом ряде особых клинических ситуаций. Какие же преимущества имеют антагонисты кальция? Во-первых, это высокая антигипертензивная эффективность. Хорошо известно, что антагонисты кальция дигидропиридинового ряда хорошо снижают артериальное давление. Кроме того, для них характерно отсутствие серьезных побочных эффектов. Это единственная группа антигипертензивных препаратов, которые не имеют абсолютных противопоказаний и, по сути дела, могут быть

назначены практически каждому пациенту.

Среди других важных их преимуществ – метаболическая нейтральность, предотвращение поражений органов-мишеней, выраженные антиангинальные и антиишемические свойства. И, конечно, антагонисты кальция снижают риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Классическим примером антагониста кальция с мощной доказательной базой является фелодипин. По результатам исследования HOT, терапия, основанная на фелодипине, приводит к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений на 30%, а у пациентов с сахарным диабетом – более чем на 50%.

Еще одним преимуществом фелодипина, о котором нельзя забывать, является его способность сохранять фракцию выброса левого желудочка у пожилых пациентов. При проведении исследований у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью было выявлено даже небольшое увеличение фракции выброса (более чем на 2%).

Исследования фелодипина проводились и в нашей стране. В Российском кардиологическом научном центре при проведении исследований с применением препарата Фелодип были получены достоверные

данные по снижению жесткости артерий на 13,1%, снижению скорости пульсовой волны на 7%. Известно, что снижение скорости пульсовой волны ассоциируется с уменьшением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности независимо от уровня и динамики артериального давления.

Когда врач выбирает антигипертензивный препарат, необходимо учитывать все факторы риска, имеющиеся у пациента. Поэтому очень важным фактором, свидетельствующим в пользу Фелодипа, является его доказанная способность снижать индекс атерогенности плазмы, что обязательно должно учитываться при выборе препаратов пациентам с артериальной гипертензией и дислипидемией. Почему сочетание статинов и антигипертензивных препаратов столь эффективно? Артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия оказывают синергичное, взаимодополняющее действие, касающееся усиления эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса. В итоге АГ и гиперхолестеринемия существенно утяжеляют друг друга (таблица 3). Но есть и обратный эффект. Снижение артериального давления и уменьшение показателей холестерина также имеют синергичное действие, их взаимодополнение еще больше снижает риск сердечно-сосудистых осложнений. У больных с артериальной гипертензией и гиперлипидемией комбинированное назначение антагониста кальция со статином более эффективно снижало АД и чаще приводило к достижению его целевого уровня, чем назначение антагониста кальция без статина. В метаанализе 2007-2008 гг. было показано, что лечение статинами достоверно снижает САД. С другой стороны, и у антагонистов кальция дигидропиридинового ряда есть плейотропный антиатеросклеротический эффект. Они увеличивают продукцию NO, снижают проницаемость эндотелия и улучшают его функцию, предотвращают ремоделирование сердца и сосудов, повышают чувствительность к инсулину при сахарном диабете и оказывают ряд других эффектов, не связанных напрямую со снижением АД. 

Таблица 3. Гипертензивный эффект гиперхолестеринемии

Увеличение выработки свободных радикалов
Увеличение активности РААС
Активация Са каналов
Уменьшение активности eNOS
Дисфункция эндотелия
Усиление реабсорбции натрия и воды

МЕСТО АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНЦИИ: ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

Исследование «Альтернатива», о котором я хочу рассказать, было призвано оценить информированность наших врачей о возможностях препаратов – антагонистов кальция в лечении больных с артериальной гипертензией. Все врачи заполняли анкеты, которые потом были нами проанализированы. География исследования очень широка: Барнаул, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Кемерово, Красноярск, Московская область, Москва, Нижний Новгород, Новосибирск, Оренбург, Саратов, Челябинск, Ярославль. Более половины участников, 52% – терапевты, 46% – кардиологи. Возраст врачей в среднем составил 43 года, стаж работы – 16 лет, это зрелые доктора, имеющие опыт лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Врачи критически оценивают ситуацию, связанную с лечением больных артериальной гипертензией на своих участках. Почти половина участников назвали сложившуюся ситуацию плохой или очень плохой. Удовлетворительной – 44%, а хорошей – всего 6%. Какие же препараты предпочитают назначать больным с артериальной гипертензией наши «среднестатистические» терапевты и кардиологи? На первом месте, как и следовало ожидать, – ИАПФ. На втором месте – антагонисты кальция; бета-блокаторы, с небольшим отставанием, – на третьем месте; тиазидные диуретики – на четвертом.

Какие из антагонистов кальция предпочитают назначать наши врачи? Амлодипин занимает первое место, у нифедипина второе место, а на третьем месте – фелодипин. На четвертом месте – верапамил, на почетном последнем месте оказался дилтиазем.

Интересны данные о суточных дозировках у основных дигидропиридиновых антагонистов кальция (рисунок 1).

Был в анкете вопрос о конкретном коммерческом названии препарата, который назначается чаще всего. В пятерку лидеров вошли Фелодип, Амлодипин, Норваск, Нормодипин, Амлотоп. Далее плотной группой идут Амлодекс, Тенокс, Нифекард, Кордипин и Кордафлекс.

Задавался вопрос: при сочетании артериальной гипертензии с какими заболеваниями наиболее предпочтительно назначение фелодипина? Больше всего участников назвали ХОБЛ, далее идут ИБС, на третьем месте – пожилые больные, на четвертом – сахарный диабет, на пятом и шестом – ассоциированные клинические состояния и изолированная систолическая артериальная гипертензия, на седьмом месте – атеросклероз. В целом достаточно грамотный взгляд на предмет.

Среди отличительных черт Фелодипа (фелодипин) опрашиваемые нами врачи отметили более высокую вазоселективность, лучшую эффективность, прием один раз в сутки, меньшую частоту побочных явлений, лучшую переносимость. Реже других упоминались выгодная цена и удобство для приема.

Вопрос о дополнительных показаниях к назначению антагонистов кальция выявил недостаточно хорошую информированность довольно существенного процента врачей. Например, среди показаний к назначению АК дигидропиридинового ряда многие упомянули перенесенный инфаркт миокарда и суправентрикулярные тахикардии, а среди показаний к назначению недигидропиридиновых АК была названа беременность.

Таким образом, антагонисты кальция любимы нашими врачами, и для этого есть все основания. Но нам еще предстоит много сделать, чтобы в первичном звене



И.Е. Чазова, д.м.н., профессор,
 Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва

здравоохранения современные антигипертензивные препараты назначались более осмысленно и с учетом тех рекомендаций по диагностике и лечению, которые мы периодически обновляем.

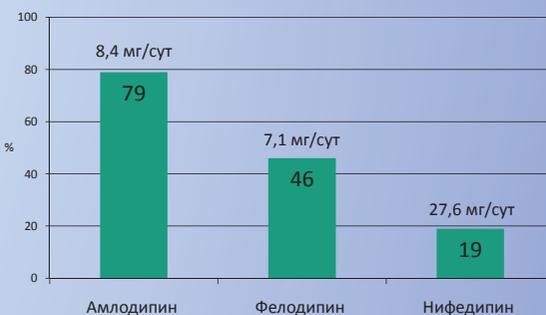


Рисунок 1. Назначение дигидропиридиновых АК

КАК ПОВЫСИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ



А.В. Сусуков, Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва

Когда мы говорим, что основная проблема лечения статинами – низкая приверженность пациентов терапии, надо четко осознавать, что именно мы понимаем под термином «приверженность». Приверженность (или комплаентность) – это степень соблюдения пациентом рекомендаций врача, назначенной схемы лечения. Приверженность терапии означает, что пациент вовремя принимает лекарство, принимает его в необходимой предписанной врачом дозе, соблюдает другие рекомендации врача по приему препарата. Согласно данным метаанализа, включившего более 100 исследований, при однократном приеме лекарственного средства (ЛС) в сутки в обычной клинической практике комплаентность в среднем через 6 месяцев отечественного исследования РЕЛИФ у 2/3

больных ИБС уровень общего холестерина плазмы крови превышает 5 ммоль/л. Статины при этом получают не более 25% больных. И самый удручающий вывод: всего 1/3 наших врачей знают критерии диагностики основных типов дислипидемий и целевые уровни липидов плазмы крови.

Между тем врачам отводится основная роль в формировании приверженности пациента лечению. Эффективная консультация врача по вопросам дислипидемии – один из важнейших факторов, связанных с высокой приверженностью больного терапии статинами. И, наоборот, нерегулярные визиты к врачу или, хуже того, формальное отношение врача к пациенту – факторы, тесно связанные с низкой приверженностью терапии статинами (таблица 1).

По данным канадского исследования (Can Fam Physician, 2007; 53(12): 2144-2145) 97% больных с высокой приверженностью терапии статинами отмечают постоянный контроль со стороны врача. Поэтому абсолютно логично, что в новые рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена 2009 г. включен раздел, посвященный формированию приверженности у больного лечению гиполипидемическими препаратами. Врачам предлагается не только повышать осведомленность пациента по вопросам заболелания, возможным побочным эффектам и т.п., но и активно вовлекать в принятие решений, определять вместе с ними реальные краткосрочные цели терапии, всячески поддерживать веру пациента в эффективность лечения. Взаимоотношения врача и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния их здоровья. Важным фактором низкой приверженности лечению является высокая стоимость средств гиполипидемической терапии. Поэтому одной из главных задач врача является минимизация стоимости лечения статинами. Существенно снизить затраты на лечение позволяет использование статинов-дженериков.

Одним из путей повышения приверженности терапии является разработка новых лекарственных форм препарата, в т.ч. увеличение количества таблеток в одной лекарственной упаковке, что, вероятно, может способствовать повышению комплаентности пациентов

при длительной терапии и существенно снижает ее стоимость. Обоснованием для проведения исследования «Сим-84» была необходимость документировать предполагаемое повышение приверженности терапии новой упаковки симвастатина Симгал 20 мг №84 таб. («Тева») с помощью более точных методов, в частности ВЭЖХ (высокоэффективной жидкостной хроматографии). Целью исследования являлось изучение приверженности терапии новой упаковки симвастатина 20 мг №84 таб. (Симгал, «Тева») по сравнению с обычной упаковкой 20 мг № 28 таб. у пациентов с первичной ГЛП II а типа.

По результатам скрининга (n = 84) в исследование было включено 50 больных (мужчин и женщин) ИБС и первичной полигенной гиперлипидемией II а-б типа. Пациенты были рандомизированы в группу А (терапия симвастатином 20 мг в сутки 1 упаковка 84 таблетки) с заключительным визитом через 12 недель терапии и в группу В (терапия симвастатином 20 мг в сутки 3 упаковки 28 таблеток) с промежуточными визитами через 4, 8 (для выдачи препарата по 1 упаковке 28 таблеток) и заключительным визитом через 12 недель терапии (соотношение в группах 1:1). При сопоставлении эффекта гиполипидемической терапии на уровень ХС-ЛНП (исход vs 12 недель) внутри группы А, как внутри группы В, статистически значимых различий выявлено не было (p = 0,4-0,65). Однако средний относительный процент изменения уровня ХС-ЛНП (Δ% ХС-ЛНП) через 12 недель в группе А составил + 2,15%, а в группе В – 10,32%. Через 12 недель терапии комплаентность в группе А составила 98,7%, в группе В – 87,2% (p = 0,04). Авторы исследования отдают себе отчет, что 12 недель активной фазы терапии в нашей работе – это минимально допустимый срок для оценки комплаентности к приему статинов. Для получения более объективных данных по комплаентности мы применяли комплексную оценку приверженности к терапии, включая и количественный метод определения метаболита симвастатина в плазме крови. Полученные уже на этом этапе тенденции и достоверные данные о повышении комплаентности терапии симвастатином 20 мг №84 таб. в упаковке по сравнению с обычной формой препарата, позволяют сделать вывод о лучшей приверженности пациентов с ИБС и ГЛП II а типа к этой новой форме препарата.

Дополнительные данные о комплаентности при приеме симвастатина 20 мг №84 таб. можно ожидать при увеличении срока наблюдения за пациентами и использовании электронных устройств регистрации приема препарата.

Таблица 1. Оценка приверженности терапии статинами

1. Факторы, связанные с высокой приверженностью терапии статинами

Возраст > 56 лет	(p = 0,0018)
Курение ≤ 5 сиг/день	(p = 0,0447)
Уровень ХС плазмы крови < 6 ммоль/л	(p = 0,056)
Высокий уровень АД	(p = 0,030)
Отсутствие нежелательных явлений	(p = 0,024)
Соблюдение режима дня	(p = 0,0001)
Эффективная консультация врача по вопросам дислипидемии и факторам риска	(p = 0,013)

2. Факторы, связанные с низкой приверженностью терапии статинами

Возраст до 52 лет	(p = 0,0018)
Курение > 5 сиг/день	(p = 0,0447)
Уровень холестерина > 6 ммоль/л	(p = 0,056)
Невысокие цифры АД	(p = 0,030)
Нежелательные явления	(p = 0,024)
Нерегулярные визиты к врачу	(p = 0,026)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

С одной стороны, мы имеем современные статины, новые рекомендации, но не достигаем цели гиполипидемической терапии из-за низкой приверженности пациентов лечению. Пока не будет решен вопрос приверженности терапии статинами, не будут достигнуты цели гиполипидемической терапии.

Сегодня есть еще слишком много препятствий на пути к достижению этих целей. С одной стороны – пациенты зачастую не мотивированы на лечение, не всегда до конца понимают и принимают угрозу заболевания. Привычное для врача явление – депрессивный пациент с низким уровнем доходов и с неверием в результат терапии. Положение усугубляется возникновением возможных побочных эффектов лечения, неудобными схемами приема лекарственных препаратов, большим количеством таблеток, которое одновременно должен принимать пациент. Даже размер и вкус таблетки и внешний вид упаковки в той или иной степени влияют на приверженность пациента лечению. И наконец, с другой стороны, на приверженность пациента лечению влияют сами врачи! К сожалению, сплошь и рядом встречается плохое взаимодействие врача с пациентом. Посмотрите на результаты этого исследования (рисунок 1).

Это больные, которые перенесли инфаркт миокарда! За очень короткий период – всего полгода, еще идет реабилитация после инфаркта – 20% прекратили прием ингибиторов АПФ, 13% прекратили прием статинов, 12% – бета-блокаторов, 8% прекратили прием аспирина.

А как трудно бывает достичь хорошей приверженности лечению, когда заболевание протекает бессимптомно, как, например, при гиперлипидемии! Бесспорно, в таком случае от врача очень многое зависит. Продемонстрирую в качестве примера опыт американской практической медицины, где 70% времени врача на приеме занимает

объяснение ежедневных схем лечения, с указанием дозы препарата, количества таблеток на один прием, времени приема, соотношения приема препарата с приемом пищи, возможных побочных эффектов, вероятных нарушений состояния, при которых необходимо срочно обратиться к медицинским работникам. Врач и пациент вместе взаимодействуют, обсуждают, что они могут сделать и чего они сделать не могут.

Какие пути повышения комплаентности существуют? Рекомендуется использовать препараты, требующие приема всего 1 раз в сутки. Предполагается, что большее количество препарата, которое одновременно покупает в аптеке пациент, способствует повышению приверженности лечению. Напоминания медсестры по телефону, электронной почте помогают не забыть о приеме препарата. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в распорядке дня, например ко времени чистки зубов. В ряде случаев будет эффективно ведение дневника приема лекарства с одновременным измерением какого-либо показателя, например уровня АД.

Снизить стоимость лечения, а значит, повысить приверженность терапии, помогают качественные дженерики.

Нами было проведено фармакоэкономическое сравнительное исследование ФАКИР по применению антагониста кальция дигидропиридинового ряда фелодипина (Фелодип, «Тева») и амлодипина (Амлотоп, «Макиз-Фарма» и Амлодипин, «Канонфарма») в отношении достижения целевого уровня АД у больных с легкой и средней степенью артериальной гипертонии (рисунок 2).

Как видим, у пациентов, получающих Фелодип, наблюдается наиболее выраженный антигипертензивный эффект как в отношении систолического, так и диастолического АД. Показатель комплаентно-



С.В. Недогода, Волгоградский государственный медицинский университет

сти у Фелодипа существенно выше, чем у дженериков амлодипина – 99% против 72% и 75%.

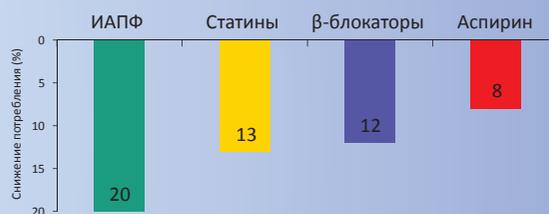


Рисунок 1. Отказ от терапии через 6 месяцев после ИМ

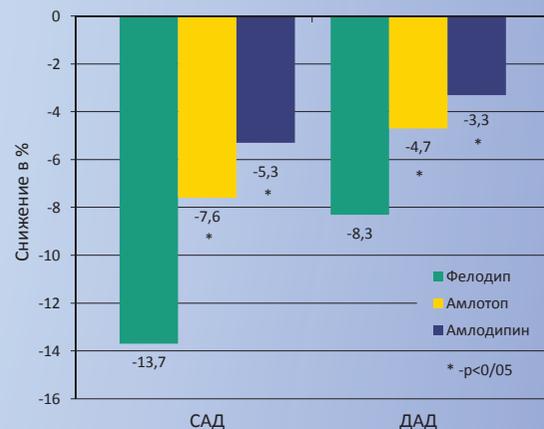


Рисунок 2. Снижение АД на различных режимах терапии

Материал подготовил Д. Кубраков

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: СЛОЖНЫЕ

Российский национальный конгресс кардиологов прошел в Москве с 6 по 8 октября 2009 года в здании Российской академии наук. В рамках конгресса при поддержке компании Dr.Reddy`s состоялся научный симпозиум, посвященный проблемам современной клинической кардиологии.



СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

Наиболее частой формой аритмий является фибрилляция предсердий (ФП) – ее распространенность среди населения старше 60 лет составляет от 3% до 12%.

Средняя продолжительность жизни больных после возникновения фибрилляции предсердий не превышает 6 лет. Особенно важно то, что эти больные, кроме нарушения ритма сердца и развития сердечной недостаточности, имеют угрозу развития тромбозов. Практика показывает, что при диагностике инсульта процент ошибок минимален, в то время как тромбозом порой опреде-

лить сложно. Особенно высок риск тромбозов при наличии ревматического порока сердца. Однако в настоящее время основными причинами ФП стали артериальная гипертония, сердечная недостаточность различной этиологии и сахарный диабет. Установлено, что предикторами ее развития среди больных являются 3 показателя: размеры левого предсердия, гипертрофия стенок левого желудочка и снижение сократимости миокарда левого желудочка, величина которых имеет тесную корреляционную связь с величиной риска возникновения ФП. При минимальных отклонениях от нормы этих показателей риск ее развития составляет 4% в год, при максимальных – 17% в год.

Стратегия лечения больных с ФП должна включать купирование и предупреждение приступов, а в связи с высоким риском тромбозов и тромбозов – также и их профилактику. Кроме того, при наличии такой возможности проводится этиологическое лечение, например хирургическая коррекция порока сердца.

В настоящее время нет согласованных подходов в лечении больных с артериальной гипертонией, имеющих фибрилляцию предсердий. Поэтому сотрудниками кафедры кардиологии РМАПО проведено исследование, в котором было изучено влияние на артериальное давление и на-

рушения ритма сердца некоторых препаратов, принадлежащих к разным группам. В частности, была изучена эффективность Верапамила – антагониста кальция, который используется для лечения артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и для урежения частоты сердечного ритма во время приступа ФП или у больных с тахиформой мерцательной аритмии. Его эффективность в профилактике пароксизмов ФП различной этиологии не получила доказательств.

В нашем исследовании лечение больных проводилось с помощью индивидуально подобранной дозы Верапамила (от 240 до 480 мг в сутки). Терапия в течение 3 месяцев привела к достоверному снижению частоты пароксизмов (до применения препарата в данной группе больных отмечалось от 3 до 12 пароксизмов в месяц). У четверых больных для достижения целевого уровня АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) к терапии Верапамилем были добавлены ингибиторы АПФ. При более подробном анализе оказалось, что в подгруппе больных, у которых Верапамил обеспечивал снижение систолического АД до уровня ниже 130-120 мм рт. ст., наблюдалось полное исчезновение пароксизмов на период наблюдения. В тех случаях, когда систолическое АД оставалось выше 130 мм рт. ст., количество приступов уменьшилось и во время па-



Н.А. Мазур, д.м.н., профессор, РМАПО

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ КАРДИОЛОГА

роковизмов ЧСС была реже, больные легче переносили их. Кроме того, приступы в большинстве случаев стали непродолжительными и самостоятельно купировались. При проведении контроля за эффективностью лечения установлено, что у больных, у которых фиксировалось полное исчезновение клинически ощущаемых пароксизмов, при регистрации Холтер-

подчеркивается, что пароксизмальная форма ФП самостоятельно купируется в течение первых суток. В то время как при персистирующей форме самостоятельное купирование не происходит как минимум в течение 7 дней. При пароксизмальной форме тактика ведения больного зависит от тяжести течения приступов (таблица 1). Если пароксизм протекает легко,

При купировании пароксизма с помощью препаратов, не замедляющих время проведения импульсов в АВ узле, обязательно предварительное назначение препарата уменьшающего ЧСС. По нашим данным, у больных с пароксизмальной формой ФП с исходной ЧСС более 75 в 1 мин. предпочтение для урежения частоты сердечного ритма должно быть от-

ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ЭКГ были выявлены спаренные или залповые экстрасистолы, которых было значительно меньше у больных, у которых пароксизмы ФП не рецидивировали. Поэтому их следует рассматривать в качестве индикаторов наличия у данной группы больных электрической нестабильности предсердий. Предупреждение возникновения пароксизмов ФП в подгруппе больных, у которых было зарегистрировано систолическое АД ниже 130 мм рт. ст., наблюдалось увеличение содержания в крови металлопротеиназы-1 и снижение содержания ее ингибитора, что сопровождалось улучшением диастолической функции левого желудочка. Последнее можно объяснить деградацией коллагена, имевшегося в стенках желудочков, что приводит к уменьшению ригидности стенок миокарда и конечно-диастолического давления в левом желудочке, к уменьшению сопротивления во время систолы предсердий, что не могло не сказаться на состоянии левого предсердия. Вероятно, что в таких случаях происходит обратное ремоделирование левого предсердия, что является одним из возможных механизмов положительного влияния Верапамила на риск развития фибрилляции предсердий.

В Рекомендациях Европейского общества кардиологов в представленной последней классификации

Таблица 1. Тактика ведения и лечения больных с аритмией	
впервые возникшие и не угрожающие жизни: плановая госпитализация	
жизненно опасные: купирование и срочная госпитализация	
легко переносимые, не влияющие на прогноз жизни: купирование аритмии самостоятельно больным препаратом, подобранным врачом	
тяжело протекающие приступы, постоянная форма тахикардии, прогностически неблагоприятные нарушения ритма: постоянный прием препаратов с целью их профилактики	

Таблица 2. Группы риска тромбоэмболии		
Малозначимые факторы риска	Умеренно значимые факторы риска	Факторы высокого риска
Женский пол	Возраст > 74 лет	Перенесенный инсульт или преходящее нарушение кровообращения
Возраст 65-74 года	АГ	Митральный стеноз
ИБС	Сердечная недостаточность	Искусственный клапан сердца
Тиреотоксикоз	ФВ ЛЖ < 35	Наличие тромба в предсердии
	Сахарный диабет	

то можно ограничиться препаратом, который снижает частоту сердечного ритма или который ускоряет его купирование. В случаях, когда пароксизм протекает тяжело, то кроме купирования необходимо лечение антиаритмическими препаратами с целью предупреждения рецидивирования аритмии. При персистирующей форме можно придерживаться тактики восстановления синусового ритма или лишь урежения частоты ритма желудочков, так как различий в отдаленных исходах при той или другой тактике их ведения не отмечено. Но в обоих случаях показано проведение антитромботической терапии с целью профилактики тромбообразования.

дано β-блокатору, а при исходном ритме 60 и меньше, урезать ЧСС во время пароксизма лучше с помощью Верапамила.

При выборе антитромботической терапии следует учитывать, к какой группе риска тромбоэмболии относится больной (таблица 2). Больным из группы низкого риска профилактика тромбоэмболии может осуществляться с помощью аспирина (предпочтительнее в дозе около 325 мг), в группе умеренного риска – с помощью аспирина или антагониста витамина К (Варфарина) или прямого антагониста тромбина – Дабигатрана, а в группе высокого риска – с помощью одного из двух последних препаратов. 

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА РИТМА У БОЛЬНЫХ С



С.Ф. Соколов, ведущий научный сотрудник
Института кардиологии им. А.Л. Мясникова
РКНПК Росздрава

Фибрилляция предсердий имеет четыре основных непосредственных последствия:

- исчезновение сокращений предсердий;
- нерегулярность сердечного ритма;
- нарушение коронарного кровотока;
- развитие тахикардии.

Лекарственные препараты, которые применяются для урежения ритма, прежде всего оказывают влияние на функцию атриовентрикулярного узла. Необходимо учитывать последствия высокой частоты сердечных сокращений при фибрилляции предсердий. Во-первых, тягостные субъективные ощущения у пациента. Во-вторых, нарушение диастолической функции левого желудочка, которая может приводить к весьма серьезным последствиям: к застою в малом круге, вплоть до сердечной астмы

и отека легких. С течением времени при длительном существовании мерцательной аритмии неминуемо происходит нарушение сократительной функции левого желудочка и, в конечном счете, возможно развитие так называемой тахикардической кардиомиопатии, когда причиной дилатации полостей сердца является непосредственно тахикардия, а не сопутствующие заболевания. В конечном счете, высокая частота сердечных сокращений при фибрилляции предсердий значительно сказывается на качестве жизни пациентов.

Таким образом, при лечении данных пациентов необходимо устранить высокую частоту сердечных сокращений при фибрилляции предсердий. Существуют рекомендации, изданные Американским колледжем кардиологов и Американской ассоциацией сердца. Согласно документу, пациентам с персистирующей или перманентной формой ФП рекомендуется измерение частоты ритма в покое и при физической нагрузке, а также контроль частоты с использованием фармакологических препаратов (в большинстве случаев β -блокаторов и кальциевых антагонистов). Еще один важный момент в рекомендации: пациентам, у которых симптомы, связанные с ФП, возникают в период активности, адекватность контроля частоты ритма сердца должна оцениваться во время физической нагрузки. Кроме того, медикаментозное лечение должно корректироваться при необходимости так, чтобы частота удерживалась в физиологических

пределах. Это понятие для фибрилляции предсердий до сих пор не определено. Но могут быть рассмотрены следующие соображения. Если частота ритма желудочков при фибрилляции предсердий в покое и при умеренной физической нагрузке мало отличается от частоты восстановленного синусового ритма, то минутный объем сердца при этих двух состояниях практически не меняется. Значит, если при мерцательной аритмии ЧСС не отличается от синусовой частоты, то гемодинамически это будет практически эквивалентно, что дает основание полагаться на частоту синусового ритма как ориентир физиологических пределов частот.

Тем не менее вопрос о критериях адекватного урежения ритма сердца при фибрилляции предсердий окончательно не решен. В настоящий момент существует 5 основных исследований, которые позволяют провести анализ адекватности критериев при урежении ритма (таблица). Следует обратить внимание, что в двух из представленных в таблице исследований не указываются критерии, оценивалась только величина снижения ЧСС в среднем. Однако три исследования дают вполне определенные критерии.

Для выявления наиболее оптимальных методов при урежении сердечного ритма у больных с ФП было предпринято ретроспективное сравнение двух исследований (см. таблицу): RACE и AFFIRM. На основании сопоставлений данных работ в 2005 году было инициировано новое исследование, которое получило название RACE-2, цель

Таблица. Важнейшие исследования по изучению стратегии контроля частоты сердечных сокращений при ФП

Название исследования (год)	Число пациентов	Средний возраст пациентов	Препараты	Критерии адекватного контроля частоты
PIAF (2000)	125	61 лет	Дилтиазем	(-)
RACE (2002)	256	68 лет	Дигиталис, бета-блокаторы, кальциевые антагонисты, комбинации	ЧСС в покое < 100 /мин.
AFFIRM (2002)	2027	70 лет	Дигиталис, бета-блокаторы, кальциевые антагонисты, комбинации	ЧСС в покое < 80 /мин., ЧСС макс. 6-мин. ходьба < 110/мин., ЧСС средн. за сутки < 100/мин., ЧСС макс. за сутки < 110% от макс. по возрасту
STAF (2003)	100	66	Дигиталис, бета-блокаторы, кальциевые антагонисты, комбинации	(-)
HOT CAFE (2004)	101	61	Дигиталис, бета-блокаторы, кальциевые антагонисты, комбинации	ЧСС в покое 70-90 /мин., При умеренной нагрузке ЧСС < 140/мин.

(КОРБИС) НА УРЕЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

которого сопоставить 2 подхода: на основе снисходительных критериев и подход на основе жестких критериев.

Теперь можно определить медикаментозные средства для урежения ритма сердца. Пациентам с ФП прием Дигоксина внутрь является эффективным средством контроля ЧСС в покое и показан больным с сердечной недостаточностью, с дисфункцией левого желудочка или малоподвижным пациентам. Пациентам с ФП является разумным назначение Дигоксина в комбинации либо с β -блокаторами, либо с кальциевыми антагонистами для контроля частоты сердца как в покое, так и при физических нагрузках. Выбор препаратов должен быть индивидуализирован и при выборе дозировок следует избегать брадикардии. Суммируя результаты разрозненных многочисленных исследований, были выделены фармакологические средства для приема внутрь с целью контроля ЧСС при ФП. При неострых состояниях и хронической поддерживающей терапии рекомендуется: Метопролол, Пропранолол, Дилтиазем, Верапамил. При сердечной недостаточности: Дигоксин, Амиодарон.

Для выявления эффективности β -блокаторов при лечении пациентов с ФП нами начато исследование, которое направлено на изучение эффективности биспролола в форме препарата Корбис в контроле частоты сердечного ритма при персистирующей и перманентной ФП. В данное исследование предполагалось включить 20 пациентов. Изначальная доза препарата 5 мг при отсутствии эффекта или недостаточном урежении ритма могла быть увеличена. Эффект оценивался путем измерения ЧСС в покое. А также на основе результатов холтеровского мониторирования, во время которого проводился тест с 6-минутной ходьбой. Пациентов отбирали с персистирующей и перманентной формой ФП с одним или несколькими из следующих признаков, устранение которых в ходе

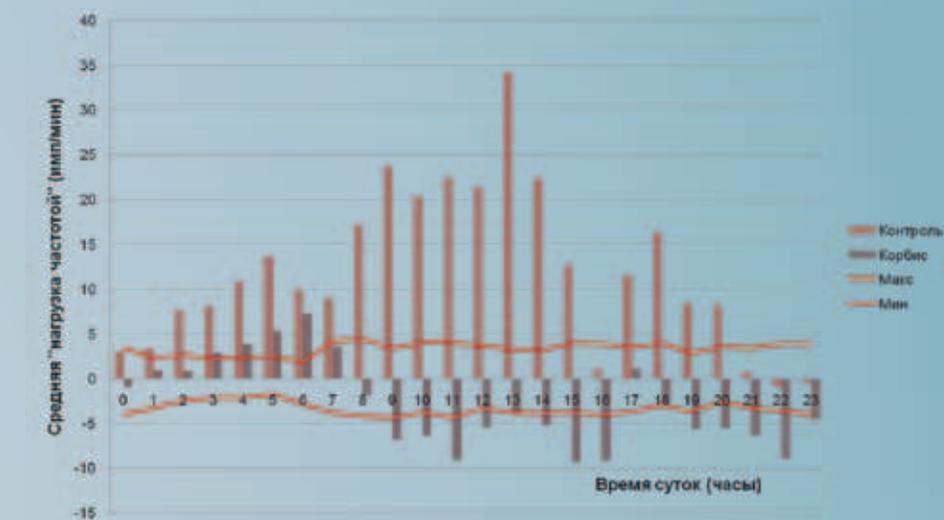


Рисунок. Отклонения частот ритма в группе обследованных пациентов от средних почасовых значений ЧСС для здоровых лиц с синусовым ритмом в контроле и под действием Корбиса

лечения считали критерием эффективности:

- ЧСС в покое более 80/мин.;
- ЧСС средняя за сутки более 100/мин.;
- ЧСС максимальная за сутки более $(220 - \text{возраст}) + 10\%$;
- ЧСС максимальная при тесте с 6-минутной ходьбой более 140/мин.

Данное исследование еще не закончено. Согласно текущим результатам, было проведено обследование 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщины) в возрасте 41-71 года с органическими заболеваниями сердца, тиреотоксикозом и идиопатической аритмией. Препарат Корбис назначался 5 пациентам в дозе 5 мг/сут, 3 больным – в дозе 10 мг/сут. Препарат достоверно снижал среднюю частоту сердечных сокращений за сутки по результатам холтеровского мониторирования. Эффективность терапии составила 62,5% (5 из 8).

В ходе исследования была отмечена динамика почасовых значений средней ЧСС на протяжении суток в контроле и под действием Корбиса. Частоты достаточно высоки в дневное время суток, а на фоне приема Корбиса (однократный прием в

8:00), отмечается значительное и достоверное снижение ЧСС и достоверные изменения сохраняются с 8-го по 20-й час суток. Причем препарат целенаправленно ориентирован на действие в дневное время суток, именно тогда, когда требуется действие β -блокаторов. Кроме того, был проанализирован результат отклонения частот ритма в группе обследованных пациентов от средних почасовых значений ЧСС для здоровых лиц с синусовым ритмом в контроле и под действием Корбиса. На фоне лечения препаратом в дневное время суток отмечается достоверное снижение частот (рисунок).

Таким образом, можно сделать предварительное заключение данного исследования. Биспролол (Корбис) обладает способностью снижать частоту сердечных сокращений при фибрилляции предсердий преимущественно в период дневной активности. Препарат обладает фармакокинетическими свойствами, делающими его удобным для применения в условиях длительной поддерживающей терапии (длительный, равномерный эффект после однократного приема внутрь).

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ. МЕСТО β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ



О.Л. Барбараш, профессор,
Кузбасский кардиологический центр

Достижения в области анестезиологии и хирургии привели к неуклонному росту количества хирургических вмешательств, в связи с чем терапевтам, врачам общей практики и кардиологам все чаще приходится решать вопрос переносимости пациентом хирургического вмешательства. Инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия являются основными причинами смерти после оперативных вмешательств. Так, у пациента в возрасте более 50 лет вероятность развития периоперационного ИМ приближается к 1%, а если у пациента имеется известный анамнез ишемической болезни сердца (ИБС), то риск развития периоперационного ИМ увеличивается в 5 раз. Периоперационные сердечно-сосудистые события повышают вероятность развития последующих осложнений, драматически увеличивают госпитальную летальность.

Во многих странах мира процедура предоперационного обследования достаточно четко регламентирована и основана на принципах доказательной медицины. В России, к сожалению, данному вопросу уделяется мало внимания, что наряду с целым рядом других проблем приводит к увеличению продолжительности госпитализации, стоимости лечения и высокой частоте отказа от проведения операций в категориях высокого риска.

В 2009 г. вышли в свет Европейские рекомендации по оценке риска и профилактики сердечно-сосудистых осложнений при проведении операций некардиологического профиля. Эти рекомендации требуют оценки с позиции реальности выполнения в российских условиях, однако ценны с позиции доказательной медицины для обоснования необходимости тех или иных диагностических и лечебных процедур у хирургических пациентов.

Предоперационное лечение – подготовка пациентов к хирургической травме-стрессу явилась причиной очень серьезных дебатов последнего десятилетия. Операция, с ее травмой, анестезией, аналгезией, интубацией и экстубацией, болью, гипотермией, кровотечением и анемией, голоданием – аналог стресс-теста. Известно, что классическим атрибутом стресса является повышение артериального давле-

ния и частоты сокращений сердца (ЧСС). Эти гемодинамические параметры повышаются параллельно увеличению в крови адреналина, норадреналина, кортизола и отражают интенсивность хирургической травмы. Таким образом, создаются условия, при которых дестабилизируется имеющаяся атеросклеротическая бляшка и повышается потребность миокарда в кислороде, что закономерно повышает риск развития острого коронарного синдрома.

В исследовании DECREASE II была доказана взаимосвязь между ЧСС и риском развития инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов, подвергающихся некардиологическим операциям. Доказано: чем выше ЧСС перед операцией, тем выше риск инфаркта миокарда. Относительный риск развития ИМ повышается в 1,5 раза при увеличении ЧСС на каждые 5 ударов в минуту. С учетом этого β -блокаторы являются важным компонентом предоперационной подготовки пациента. Для пациента, находящегося на предоперационной подготовке, важны не только известные гемодинамические эффекты данного класса препаратов, но и снижение потребности миокарда в кислороде, увеличение продолжительности диастолы и время перфузии миокарда, а также антиаритмический эффект. Известно, что β -блокаторы имеют



Рисунок. Динамика ЧСС во время операции

, ПОДВЕРГШИХСЯ НЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ

массу метаболических положительных эффектов, очень важных для пациентов, подвергающихся некардиологическим операциям, снижают продукцию свободных радикалов, металлопротеиназную активность и процессы воспаления; снижают экспрессию рецепторов, ответственных за клеточный апоптоз и др.

В исследовании, которое было проведено в Кузбасском кардиологическом центре, проанализирована частота выявления синдрома артериальной гипертензии в хирургической клинике: ретроспективно проведена оценка 554 пациентов, которые подвергались плановой лапароскопической холецистэктомии с едиными подходами в анестезиологическом пособии. Выяснилось, что 47% пациентов пришли в клинику с ранее диагностированной артериальной гипертензией; у 28% в клинике впервые диагностировали артериальную гипертензию. Интересно то, что пациенты с артериальной гипертензией демонстрировали не только сердечно-сосудистые осложнения во время послеоперационного периода, но и большую частоту гнойно-септических осложнений. Данный анализ был проведен в урванных по возрасту, по индексу массы тела группах пациентов. Следующий этап исследования был направлен



на оценку возможности биспролола снижать риск развития периоперационных гемодинамических нарушений. Было выделено 2 группы пациентов с артериальной гипертензией. I группе была назначена терапия амбулаторным терапевтом, и она была стандартной (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики, антагонисты кальция). Пациентам II группы была назначена антигипертензив-

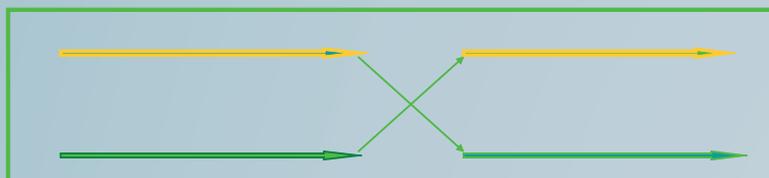
ная терапия, основанная на приеме β -блокатора – биспролола. Обе группы были абсолютно идентичны по гемодинамическим показателям. Из препаратов биспролола был выбран Корбис. В течение 14 дней доза биспролола тщательно титровалась, и в последующем данная терапия продолжалась в течение 30 дней. Биспролол действительно показал свою эффективность и безопасность. Пациенты во время лечения демонстрировали стабильность по гемодинамическим показателям, в частности в период интубации (самый травматичный период). Пациенты, принимавшие биспролол, вошли в операцию на относительной нормокардии, данный показатель в процессе хирургического вмешательства не изменялся (рисунок). В то время как у пациентов, которые получали стандартную терапию, фиксировалась тахикардия. Таким образом, артериальная гипертензия в хирургической клинике – это большая проблема, которая ассоциируется с высоким риском осложнений, поэтому, согласно результатам исследования, можно констатировать, что терапия биспрололом, в частности препаратом Корбис, эффективна и безопасна. 



РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Группа А (Корбис) 6 чел.
5 - 10 мг x 1 раз/сут 14 дней

Группа В (Корбис) 6 чел.
5 - 10 мг x 1 раз/сут 14 дней



Группа В (КОНКОР) 6 чел.
5 -10 мг x 1 раз/сут 14 дней

Группа А (Конкор)
5 -10 мг x 1 раз/сут 14 дней

Рисунок. Дизайн исследования препаратов Корбис и Конкор

применяли метопролол, потому что данный препарат был самым изученным в России, хорошо себя зарекомендовавшим. Однако, с появлением бисопролола начали активно проводиться исследования этого препарата. Бисопролол – высокоселективный β -блокатор без собственной симпатомиметической активности. Биодоступность препарата составляет 85-90%, С_{тах} в плазме крови достигается через 1-3 часа.

На нашем фармрынке представлено несколько зарубежных и отечественных дженериков. В частности, можно рассмотреть такой дженерик, как Корбис. Представляем клиническое наблюдение. Больной 58 лет поступил в блок интенсивной терапии с фибрилляцией предсердий в течение 3 суток. Нарушение ритма пациент переносил относительно благоприятно, однако отметил постепенное нарастание одышки. За полгода до последней госпитализации он перенес на фоне гипертонической болезни субэндокардиальный инфаркт миокарда, после которого появилась стенокардия и начальные проявления недостаточности кровообращения в виде одышки при нагрузке. В постинфарктном периоде больной принимал Корбис 5 мг/сут. и Нолипрел форте 1 таблетку в день. Пароксизм нарушения ритма возник на фоне эмоционального напряжения и повышения АД. Суточная доза Корбиса была удвоена (10 мг/сут.). Через 2,5 часа после приема лекарств восстановился синусовый ритм и нормализовалось АД. Таким образом, восстановление ритма сердца с большой долей вероятно-

сти можно связать с увеличением дозы Корбиса.

Нами было проведено исследование, в котором анализировалось действие 2 препаратов: дженерика Корбис и оригинального препарата Конкор. В исследовании приняли участие 12 больных ишемической болезнью сердца, которые были разбиты на 2 рандомизированные группы по 6 человек. В I группе был назначен Корбис 5-10 мг 1 раз в сутки, во II – Конкор в той же дозе в течение 14 дней. После 2 недель лечения препараты поменяли. В результате, проанализировав ряд показателей (уменьшение ЧСС, урежение стенокардии и экстрасистолии), пришли к заключению, что Корбис по клиническому эффекту идентичен Конкору (рисунок). Отмечено, что Корбис оказывает противоаритмический эффект преимущественно у больных с признаками симпатикотонии.

Следует отметить, что Корбис и Конкор включены во все государственные программы: ДЛО, ЖВНЛС, СМПА, СМПС. В аннотации отмечены следующие показания к назначению бисопролола: артериальная гипертензия, ИБС (профилактика приступов стенокардии, ХСН). В национальные клинические рекомендации включены: перенесенный ИМ, ХСН, нарушения ритма, мигрень, предоперационная гипертензия, гипертиреоз, эссенциальный тремор. Исследования бисопролола продолжаются. Однако уже на этом этапе можно сказать, что Корбис (бисопролол) показал хорошую клиническую эффективность и сопоставим с Конкором. 

А.И. Мартынов,
д.м.н., профессор, академик РАМН

Признаки избыточной реакции пульса на нагрузку и значительное повышение артериального давления (АД) не только опасны с точки зрения развития сердечно-сосудистой патологии, но и с точки зрения развития нарушений ритма, и в частности, таких, как фибрилляция предсердий. Учитывая частое наличие сочетанной патологии у больных, β -блокаторы в последнее время приобретают особое значение при нарушении ритма сердца, и, в частности, фибрилляции предсердий. Из представленных на фармацевтическом рынке β -блокаторов многие специалисты остановили свой выбор на бисопрололе. Ранее в клинической практике широко

Материал подготовила В. Маркова

КОРБИС

Бисопролол (5 и 10 мг)

DR. REDDY'S

Сердце в ритме жизни



Урежает ритм сердца

Обеспечивает кардиоселективность

Действует 24 часа

Защищен надежной упаковкой

Соответствует мировому качеству (US FDA)

Представительство в России: Д-р Редди'с Лаборатория Лтд,
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр.1;
тел. (495) 795 39 39, 783 29 01; факс: (495) 795 39 08;
www.drreddys.ru, www.drreddys.com, E-mail: inforus@drreddys.com

ЗАГАДКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ

8 октября 2009 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов при поддержке компании «Вёрваг Фарма» состоялся научный симпозиум «Загадки дисплазии соединительной ткани», посвященный одному из самых сложных вопросов современной медицины – проблеме дисплазии соединительной ткани. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани (ННСТ) чрезвычайно распространены, и знание основных принципов их диагностики необходимо врачам самых разных специальностей. Однако социальная значимость кардиологических аспектов этой проблемы особенно высока, что и вызвало большой интерес к симпозиуму, в работе которого приняло участие свыше 200 врачей из многих регионов России.



НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ СИНОНИМЫ ИЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ

Наследственные заболевания соединительной ткани объединяют группы болезней, при которых поражение соединительной ткани наследуется как менделирующий признак. Эти заболевания, в большинстве случаев, сопровождаются кардиоваскулярными проявлениями и поражением опорно-двигательной системы. В основе развития ННСТ лежат мутации генов, ответственных за синтез или распад компонентов экстрацеллюлярного матрикса соединительной ткани. Мутации этих генов приводят к развитию множества ННСТ, число которых сегодня превысило 250. Повсеместное присутствие соединительной ткани делает понятным разнообразие патологии, связанной с ее дефектами, и повышенный интерес к этой проблеме специалистов, работающих в самых разных областях медицины.

К сожалению, дисплазия соединительной ткани (ДСТ) стала синонимом всех наследственных нарушений, отсутствие четких критериев

диагностики привело к тому, что НДСТ стали выявляться у 85% обследованных. Такое положение дел связано с недостаточной информированностью, путаницей в терминологии и отсутствием до сегодняшнего дня единых рекомендаций в этой области. Кроме того, отечественные подходы к решению данного вопроса не вызывают интереса у зарубежных коллег, мы явно отстаем от общемировых стандартов в этой области. За последние 20 лет нет ни одной публикации из России по проблемам ННСТ в зарубежных научных журналах.

Среди путей для преодоления подобных недостатков необходимо отметить следующие: приближение диагностических алгоритмов для отдельных синдромов и фенотипов к общепринятым мировым подходам, появление возможности сопоставления результатов, проводимых различными исследователями, разработку конкретных направлений патогенетического лечения и профилактики отдельных синдро-



Э.В. Земцовский, д.м.н., профессор,
председатель секции ВНОК дисплазии соединительной
ткани сердца, Санкт-Петербург

ТКАНИ

мов. Важным условием для координированных исследований по проблеме ННСТ является согласование определений, используемых в процессе диагностики. Нельзя смешивать два термина: наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ) и дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Необходимо воспользоваться согласованными международными диагностическими критериями «менделирующих» ННСТ, включающих в себя многие известные и уже достаточно изученные наследственные болезни и синдромы: синдром Марфана, синдром Элерса–Данло, которые сегодня хорошо диагностируются. В то время как ДСТ – это наследственные нарушения соединительной ткани полигенно-мультифакториальной природы, характеризующиеся ге-



тов с ДСТ также являются открытыми. Единых общепризнанных подходов к лечению пациентов с ДСТ сегодня не существует. Учитывая, что в настоящее время медицине недоступна генная терапия, врачу необходимо использовать любые способы, которые помогут оста-

метаболического действия. Целесообразным является назначение препаратов магния. Многогранность метаболических эффектов магния, его способность повышать энергетический потенциал миокардиоцитов, участие магния в регуляции гликолиза, синтезе белков,

ТКАНИ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕНЕТИКИ?

нетической неоднородностью и многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогрессивным течением и объединенные в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков. К ДСТ относятся такие синдромы и фенотипы, как пролапс митрального клапана, марфаноидная внешность, синдром гипермобильности суставов и др.

Диагностика синдромов и фенотипов требует не только знания внешних признаков, но и обследования других органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой. Особое место в диагностике вовлечения сердца и сосудов в диспластический процесс занимает ЭхоКГ, без которой сегодня невозможно исключить наследственную патологию аорты и митрального клапана. На результатах ЭхоКГ основана диагностика MASS-фенотипа и ПМК. Вопросы тактики ведения пациен-

новить прогрессивность течения заболевания. Наиболее приемлем синдромальный подход к выбору терапевтических вмешательств: коррекция синдрома вегетативных нарушений, аритмического, сосудистого, астенического и др. синдромов.

Ведущим компонентом терапии должны быть немедикаментозные воздействия, направленные на улучшение гемодинамики (лечебная физкультура, дозированные нагрузки, аэробный режим). Однако нередко существенным фактором, ограничивающим достижения целевого уровня физических нагрузок у пациентов с ДСТ, оказывается плохая субъективная переносимость тренировок (обилие астенических, вегетативных жалоб, эпизоды гипотонии), что снижает приверженность пациентов к этому виду реабилитационных мероприятий. В связи с этим, представляется перспективным применение в комплексе с ЛФК вегетотропных средств, препаратов

жирных кислот и липидов, вазодилатационные свойства магния широко отражены в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях. В ряде работ, проведенных к настоящему времени, показана принципиальная возможность устранения характерной кардиальной симптоматики и ультразвуковых изменений у больных с ДСТ в результате лечения препаратами магния.

Для стабилизации синтеза коллагена и других компонентов соединительной ткани, стимуляции метаболических и коррекции биоэнергетических процессов могут использоваться аскорбиновая кислота, Магнерот® («Вёрваг Фарма»), гемодериват.

Первые национальные рекомендации как раз и призваны помочь врачам различных специальностей в определении терминологии и унификации подходов к диагностике наиболее распространенных диспластических синдромов и фенотипов. 

НАТУРОПАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДСТ

(синдром ПМК, синдром хронической усталости и др.).

Для защиты соединительной ткани от повреждения и повышения ее прочности используются различные методики, включающие ограничение нагрузки на соединительнотканые структуры, коррекцию питания, подбор специальной одежды и коррекционной обуви, определение адекватной физической нагрузки для пациента, обучение его дыхательным тренировкам, медитации, а также применение различных фитосредств, флавоноидов и препаратов магния. Последние особенно важны в схеме лечения: при недостаточном поступлении или нарушении всасывания магния относительно быстро возникает его дефицит, вследствие чего замедляется синтез белков в соединительной ткани, и в конечном итоге коллагеновые волокна разрушаются быстрее, чем синтезируются. Среди препаратов магния особо можно выделить Магнерот®. В его состав входит оротовая кислота, которая повышает биодоступность магния. Она способствует фиксации магния на АТФ в клетке и проявлению его действия.

При коррекции гемодинамических нарушений пациентам необходимо назначать:

- адекватную регидратацию;
- коррекцию питания;
- Магнерот;
- *Ruscus aculeatus* (иглица шиповатая);
- *Centella asiatica* (центелла азиатская);
- *Aesculus hippocastanum* (конский каштан);
- флавоноиды.

При лечении вегетативных нарушений пациентам рекомендуется:

- изменение модели дыхания (дыхательные тренировки);
- медитация, массаж;
- Магнерот;
- кофермент Q10;
- L-карнитин.

Всем пациентам с признаками ННСТ рекомендуется проводить курсовые приемы основных групп препаратов, прямо и опосредованно воздействующих на метаболизм соединительной ткани. Примерная схема

курсовой метаболической терапии пациентов с ННСТ:

1-й курс: Магнерот® по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 недели, далее – 2-3 таблетки в сутки до 4 месяцев; пирролидин-α-карбоновая кислота 0,5 3 раза в день 2 месяца; аскорбиновая кислота (при отсутствии оксалатурии и семейного анамнеза мочекаменной болезни) до 0,6 г в день – 4 недели; триметилгидразиния пропионат 5 мл раствора в/в на аутокрови № 10, далее – по 250 мг 2 раза в день 12 дней; затем гемодериват по 5-10 мл в/в струйно № 10, затем по 200 мг 3 раза в день внутрь перед едой 4 недели.

2-й курс: сульфат меди 1%-ный раствор, 10 капель на прием 3 раза в день, 4 недели; хондроитина сульфат 500 мг 2 раза в день во время еды 4 месяца; кальций-форте 500 мг/сут. 1-2 месяца; этилметилгидроксипиридина сукцинат 2-4 мл в/в струйно на 10 мл изотонического раствора натрия хлорида № 10, затем 0,25-0,50 г в сутки в 2-3 приема до 2-6 недель.

3-й курс: Цинкит по 1 таблетке 2 раза в день 2-4 месяца; пирролидин-α-карбоновая кислота 0,5 3 раза в день 2 месяца; триметазидина дигидрохлорид 0,02 в таблетках, по 1 таблетке 3 раза в день 2 месяца.

Кроме общих мер, направленных на улучшения метаболизма соединительной ткани, следует использовать целый ряд лечебных и профилактических мероприятий, которые определяются особенностями течения и характером осложнений отдельных форм ННСТ, а также основными сердечно-сосудистыми синдромами, которые сопровождают ННСТ. 



М.А. Перекальская, д.м.н., профессор
Новосибирский государственный медицинский университет

Усилия исследователей сегодня направлены на поиск генно-инженерных методов для коррекции генетических дефектов, лежащих в основе ННСТ. Вместе с тем, реальная помощь пациентам в настоящее время лежит в сфере практической медицины и заключается в разработке общих мероприятий по диагностике и лечению ННСТ в целом и методов профилактики и лечения отдельных форм.

Общие подходы к лечению ННСТ и прежде всего ДСТ должны включать в себя рекомендации по психологической поддержке, режиму дня и двигательной активности, диетотерапии, физическим методам лечения, медикаментозной терапии метаболического характера.

За последние 5-7 лет официальная медицина все чаще пополняет свой терапевтический арсенал за счет натуропатических методов лечения ДСТ. Использование натуропатических подходов при ДСТ служит хорошим примером. С их помощью можно:

- увеличить защиту от повреждений и способствовать повышению прочности соединительной ткани;
- корректировать гемодинамические нарушения;
- лечить вегетативные нарушения



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАГНЕРОТ® У ПАЦИЕНТОВ С ПМК

Целью исследования комплексной оценки применения препарата Магнерот® у пациентов с идиопатическим пролапсом митрального клапана было уточнение взаимосвязи функционального состояния сердечно-сосудистой системы и фенотипических особенностей пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК), а также определение эффективности применения препарата Магнерот® у этих пациентов. Кроме того, исследовалось состояние иммунно-интерфероновой системы у лиц с пролапсом митрального клапана.

В ходе исследования проведено клиническое и фенотипическое обследование с помощью модифицированных карт M.J. Glesby. ЭхоКГ с цветным доплеровским сканированием, суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование ЭКГ, спектральный анализ variability ритма сердца. Гипермобильность суставов определяли по методу С. Carter и J. Wilkinson в модификации P. Beighton. Всем пациентам проводили морфологическое исследование биоптатов кожи (гистологические и гистохимические методы, электронная микроскопия). Определялось содержание магния в волосах, исследовалась иммунно-интерфероновая система (содержание гамма-интерферона и количество лимфоцитов). Проводилось определение качества жизни по шкалам VAS и Diss и определение общетерапевтического индекса эффективности терапии по шкале

«Общее клиническое впечатление», динамическое наблюдение и дифференцированное плацебо-контролируемое лечение 290 больных с ПМК. Лечение препаратом Магнерот® в дозе 3000 мг в сутки в течение 6 месяцев получали 150 пациентов основной группы, 140 пациентов (группа сравнения) получали плацеботерапию.

При проведении пробы с максимальной физической нагрузкой очень высокий уровень физической работоспособности имели 80% пациентов с (ПМК), 88% больных с синдромом вегетативной дистонии (СВД) и все здоровые обследуемые. Высокий уровень физической работоспособности отмечен в 16% случаев при ПМК, в 12% – при СВД. Средний уровень физической работоспособности выявлен у 4% лиц с ПМК. Проба на тредмиле была прекращена в связи с достижением должной (220 минус возраст) ЧСС у 55,6% здоровых лиц, у 31,3% больных с СВД, у 19,6% пациентов с ПМК.

При проведении холтеровского мониторирования ЭКГ у лиц с ПМК, получавших Магнерот, выявлено уменьшение эпизодов тахикардии (пароксизмальной наджелудочковой и непароксизмальной) и экстрасистолии на 39,7%, в то время как у пациентов группы сравнения, после курса плацеботерапии, изменений анализируемых параметров не выявлено. После терапии Магнеротом число лиц с АГ сократилось с 36,7 до 10,0%, после плацебо – с 33,3 до 16,7%.

При сопоставлении физической работоспособности в зависимости от фенотипической выраженности дисплазии соединительной ткани установлено, что у пациентов с синдромом ДСТ она была достоверно меньше при средней и максимальной фенотипической выраженности дисплазии по сравнению с пациентами, имевшими минимальную ее выраженность.

У лиц, с выраженными фенотипическими нарушениями, констатирована хорошая объективная и субъек-



Е.В. Акатова, к.м.н., доцент кафедры
госпитальной терапии № 1 МГМСУ

ективная эффективность терапии Магнеротом.

После шестимесячной терапии Магнеротом у пациентов были получены достоверные изменения по ряду показателей. Отмечено уменьшение тяжести клинической симптоматики, уменьшение ЧСС, количества экстрасистол, глубины пролабирования митрального клапана, митральной регургитации, размера левого предсердия. На 40% сократилось число лиц с миксоматозной дегенерацией створок, на 37,5% уменьшилось число пациентов с мягкой артериальной гипертензией, на 45,4% сократилось число лиц со сниженным содержанием магния в волосах. Кроме того, было выявлено существенное улучшение качества жизни (особенно у женщин) с почти полной редукцией симптомов. Таким образом, применение препарата Магнерот® у пациентов с ПМК патогенетически обосновано и приводит к значительному улучшению морфологических показателей и субъективного самочувствия. 

Материал подготовила Е. Стойнова



В РОССИИ СОЗДАЕТСЯ РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С

По инициативе Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов в декабре 2009 г. в Москве прошел Совет Экспертов, посвященный представлению «Национального Регистра пациентов, страдающих заболеваниями периферических артерий нижних конечностей». Для участия в этой представительной встрече приехали лучшие специалисты в области сосудистой хирургии со всей страны.

Форум прошел под председательством Президента Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, академика РАМН, профессора Анатолия Владимировича Покровского.

Количество россиян с заболеваниями периферических сосудов достигает сегодня 26415 на 100 тыс. человек. При этом в нашей стране в этой области работает всего 669 врачей. Институт ангиологов и ангиохирургов как специалистов, оказывающих широкодоступную специализированную помощь, практически отсутствует. Для сравнения: в США зарегистрировано порядка 2500 сосудистых хирургов и столько же ангиологов.

Открывая заседание, академик Покровский отметил: «Сегодня

проблема номер 1 в России – это сердечно-сосудистые заболевания. По статистике, в структуре общей смертности в стране на их долю приходится 57,1%. Пальму первенства в этом ряду сохраняют сосудистые катастрофы коронарных артерий и сосудов головного мозга. Однако заболевания периферических артерий играют здесь не последнюю роль. Количество операций на периферических артериях за последние годы в стране несколько возросло, но тем не менее их число остается явно недостаточным. В 2008 году в стране было выполнено 219 операций на 1 млн населения при приблизительной необходимости в 1000 операций. Стремительно растет число выполненных рентгенэндоваскулярных вмешательств: если в 2007 году было сделано 6852 операции, то в 2008 году – уже 10284 операции. Число операций при синдроме Лериша осталось примерно тем же – 6997, число инфраингвинальных реконструкций выросло на 1000 – до 8562. В 2 раза выросло число стентирований артерий нижних конечностей. Тенденции в нашей стране совпадают и с мировыми тенденциями. Так, в США за последние 10 лет несколько уменьшилось число открытых операций при патологии артерий нижних конечностей при бурном росте рентгенэндоваскулярных вмешательств, при этом число ампутаций тоже постепенно уменьшается.

Однако несмотря на более или менее точную информацию о числе сосудистых реконструкций в стране, на сегодня в стране нет даже приблизительной информации о числе больных с заболеваниями периферических артерий нижних конечностей. Если бы у врачей был в руках такой инструмент, это позволило бы обоснованно требовать соответствующее финансирование отделения, получать расходные материалы, проводить реструктуризацию, запрашивать дополнительные врачебные ставки и т.д. Для этих целей и создается национальный

регистр. За рубежом уже давно существуют такие базы данных, к примеру шведский регистр сосудистых больных. И в нашей стране уже есть опыт формирования подобных структур, к примеру национальный регистр больных с сахарным диабетом.

Вот примерный список вопросов, на которые отвечает вышеупомянутый регистр: распространенность сахарного диабета и его осложнений, средний возраст развития осложнений, смертность и ее непосредственные причины, средняя продолжительность жизни больных, показатели состояния функции почек, средние значения биохимических показателей, распространенность дислиппротеидемий, трудоспособность больных, годовая потребность и средние суточные дозы инсулина и таблетированных препаратов».

Перед своим докладом академик Покровский провел блиц-опрос присутствующих заведующих отделениями. Оказалось, что во многих городах сосудистые отделения, которые представляли присутствующие врачи, обслуживают практически все население области. Поэтому, возможно, информация из этих отделений будет объективно отражать ситуацию в регионе. Исключение составляют лишь Москва и Санкт-Петербург.

Что такое регистр и для чего он нужен практическому врачу? Это электронная база данных пациентов, которая заполняется врачом в режиме реального времени. Основная задача – это сбор информации о заболеваемости и основных методах лечения. В регистр планируется вводить следующую информацию: возраст больных, этиология заболевания, уровень поражения, примененные методы обследования, вид оперативного или консервативного лечения, результат лечения, сведения о повторных визитах больных. Даже если пациент в процессе лечения переходит к разным специалистам или наблюдается в раз-



А.В. Покровский, академик РАМН, профессор, Президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов

ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ



ных медицинских учреждениях, вся история его болезни все равно отображается в системе. При необходимости можно обсудить с коллегами целесообразность того или иного метода лечения (онлайн-консилиум).

Регистр может быть легко изменен и дополнен без остановки работы и потери уже внесенных данных, имеется возможность статистической обработки внесенной информации. Научиться работе с регистром очень просто даже человеку, не имеющему больших компьютерных навыков. Пока для работы с регистром необходимо интернет-подключение, но скоро появится возможность автономной работы с периодической синхронизацией данных.

Кроме того, новый регистр сможет исполнять и некую социально-государственную функцию: поможет региональным отделениям Минздрава также получать всю статистику по своим регионам. Регистр пациентов необходим, поскольку медицинская статистика в России либо запаздывает, либо собирается без единого стандарта и часто не может ответить на вопросы клиницистов и организаторов здравоохранения, которые нуждаются в такой информации для улучшения медицинской помощи гражданам России.

Однако регистр – это не только сбор статистики. Программное обеспечение базы данных позволяет, как уже упоминалось выше, проводить онлайн-консилиумы, а также образовательные курсы для студентов и молодых специалистов с тестированием в режиме реального времени.

Работа с такой базой данных не требует больших затрат: необходим компьютер с выходом в Интернет и доступ к регистру, который каждый врач получает индивидуально.

Собравшиеся специалисты большое внимание уделили структуре и возможностям предложенной модели регистра, внося замечания, призванные сделать новый ресурс максимально эффективным и удобным. На вопросы будущих пользователей о функционировании регистра в режиме онлайн ответил в специальном докладе А. Харазов – старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов института хирургии им. А.В. Вишневского. Оживленная дискуссия позволила уточнить структуру регистра, было принято решение о подписании пациентом информированного согласия об участии в этой программе (разумеется, во всех размещенных в регистре медицинских случаях соблюдается инкогнито больного).

На совещании была представлена новая разработка компании «Байер»: лекарственный препарат Иломедин (илопрост). Илопрост является синтетическим простаноидом, полным аналогом природного простациклина. Простациклин является одним из самых мощных вазоактивных веществ в организме, обладая способностью расширять сосуды артериального, венозного и капиллярного русла, улучшая таким образом кровообращение на уровне самых мелких сосудов. Кроме того, простациклин является мощнейшим антиагрегантом – веществом, способным предотвратить повыше-

ние способности тромбоцитов образовывать тромбы. Аналогичным действием обладает и Иломедин. В том числе он повышает плотность капилляров и снижает повышенную сосудистую проницаемость; активирует эндогенный фибринолиз; проявляет противовоспалительный эффект. Такие свойства дают возможность использовать Иломедин как эффективное средство для лечения заболеваний периферических артерий, особенно в критических ситуациях – таких, как критическая ишемия сосудов нижних конечностей, когда остро встает вопрос о сохранении конечности. Иломедин демонстрирует высокую эффективность в таких случаях, что доказано в ходе большого количества многоцентровых клинических исследований, проводившихся во всем мире. Иломедин разрешен к применению более чем в 30 странах. Этот препарат будет внесен в российский реестр лекарственных средств летом 2010 года и будет выводиться на рынок осенью 2010 года.

По словам академика Покровского, сейчас в мировом арсенале медиков большое количество лекарств. Препараты относятся к разным группам, имеют разные механизмы действия, что дает возможность подходить к лечению заболевания с разных сторон. Это возможность сделать лечение более эффективным. Сегодня у российских пациентов есть возможность получать дома лечение в том же объеме, что и в других странах мира, с использованием самых современных лекарственных препаратов.

Подытоживая работу Совета экспертов, академик Покровский особо отметил: «Новый регистр при грамотной поддержке со стороны государства способен принести пациентам конкретную пользу – новые лекарства, снабжение, новые материалы для оперативного лечения, новые протезы сосудов. Не говоря уже о многих спасенных жизнях». 

Источник: пресс-релиз компании «Байер»



Татьяна Гомова:

Анализируя заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии, главный кардиолог Тульской области Татьяна Александровна Гомова в интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии» Наталье Мелеховой рассказывает и о перспективах в работе кардиологической службы. Среди еще нерешенных вопросов – продолжение работы по созданию кардиологических центров, кабинетов и отделений восстановительного лечения больных с сосудистой патологией; дальнейшее внедрение тромболитика в городских и районных больницах; повышение эффективности Школ для больных, страдающих артериальной гипертензией; усиление ответственности медицинских работников первичного звена здравоохранения за профилактику, диспансерное наблюдение и лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

Татьяна Александровна Гомова,
главный кардиолог Тульской области, заведующая
кардиологическим отделением Тульской областной больницы

Татьяна Александровна, расскажите, пожалуйста, об истории кардиологического отделения в Тульской областной больнице. С чего все начиналось?

Нашему учреждению уже 142 года. Оно возникло на базе бывшей губернской земской больницы, основателем и первым главврачом которой был Василий Преображенский. Современники отзывались о нем весьма лестно, писали, что это «смелый искусный хирург и акушер, человек со светлым острым умом, добрым сердцем и обширными знаниями». В 1880 году в больнице было 6 отделений: родильное, хирургическое, терапевтическое, психиатрическое, инфекционное и венерическое, всего 181 койка. После революции 1917 года в больнице заменили отопление, провели канализацию, в годы войны здесь располагался госпиталь. Вплоть до начала 70-х

годов прошлого века больница находилась в старом здании, построенном еще меценатом самоварозаводчиком Баташевым. Туле вообще повезло, она попала в программу строительства так называемых тысячекоекных больниц в СССР. В 1975 году тульские врачи отпраздновали новоселье в новом здании. Именно тогда были открыты 10 клинических отделений, среди них было и кардиологическое.

Что представляет собой сегодня ваше отделение?

Сейчас это 70 коек, из них 40 коек – плановая кардиология, ревматология, 30 коек для больных с инфарктом миокарда, из них 12 коек в палате интенсивной терапии. В области в общем (включая районные ЦРБ) 700 коек для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Если кратко, что можно сказать о тех видах помощи, которые получают пациенты в вашем отделении?

Видов заявляемой помощи множество. Я их просто перечислю:

электрокардиография; эхокардиография; велоэргометрия; суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности ритма сердца; суточное мониторирование артериального давления; чреспищеводная электрокардиостимуляция; коронароангиография; сцинтиграфия миокарда.

Все это невозможно без современной аппаратуры. Как обстоит дело с оснащением вашего отделения?

Могу с гордостью сказать, что наше отделение, впрочем, как и вся больница в целом и областная медицина, сейчас в этом отношении на подъеме. С приходом нового губернатора по различным медицинским программам за три года было потрачено 2 млрд рублей. Все мы знаем о том, как важно выявить заболевание на первичной стадии его развития. Да, в Туле работает диагностический центр, но порой добраться туда пациенту трудно. Два года назад нашим губернатором было принято решение об открытии так называемых межрайонных

«За телемедициной — будущее»

диагностических центров. Сейчас их пять в городах Новомосковск, Ефремов, Алексин, Суворов, Тула, к ним привязаны уже остальные районы области. Для их успешного функционирования были закуплены аппараты УЗИ, томографы. Именно там проводится функциональная диагностика. И уже сейчас, после 2 лет работы, мы видим положительные результаты. Выявляемость заболеваний стала выше, а значит, мы можем успешнее помогать больным. Что же касается областной больницы, то вот совсем недавно был приобретен томограф, которыми могут похвастаться только клиники Москвы, подобного даже у соседних областей нет.

Мы гордимся тем, как оснащено наше кардиологическое отделение. Обследование и лечение больных осуществляется с помощью следующего оборудования: электрокардиографы одно- и многоканальные (HEWLETT PACKARD, SCHILLER), электрокардиографы, кардиомониторы прикроватные фирмы HEWLETT PACKARD, аппараты для чреспищеводной электрокардиостимуляции и дефибрилляторы синхронизируемые, дозаторы лекарственных средств, аппараты для наружной пневмокомпрессии конечностей, аппаратура для проведения искусственной вентиляции легких в различных режимах, электрокардиостимуляторы и программаторы для них различных типов. Внедрена компьютерная система «МИС-1» учета больных с имплантированными электрокардиостимуляторами.

В процессе обследования и лечения больных используются разнообразные компьютерные программы, позволяющие, в частности, определить оптимальную дозу и скорость введения лекар-

ственного препарата с учетом массы тела больного. На основе готовых компьютерных программ осуществляется расчет показателей центральной гемодинамики и определение ее типов, что позволяет избирать оптимальную тактику ведения больного; использование компьютерной техники значительно облегчает работу с медицинской документацией.

Мы постоянно учимся. В последнее время нам приходит на помощь Интернет. Информация, получаемая с медицинских сайтов, дает представление о том, как работают наши коллеги, чему у них можно поучиться. В работе применяются все группы кардиологических препаратов. Широкое распространение получило использование β -блокаторов (селективных и неселективных), ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов АТ-1 у больных с сердечной недостаточностью, непрямыми антикоагулянтами, холестеринснижающих препаратов (статинов) у больных с сердечно-сосудистой патологией. Стали использоваться новые стандарты при лабораторном контроле за лечением непрямыми антикоагулянтами. С 2000 г. в отделении проводится определение тропонинового теста, что значительно улучшило диагностику острого инфаркта миокарда. Использование периферических катетеров позволило значительно уменьшить количество катетеризаций центральных вен и снизить количество осложнений, связанных с данной манипуляцией. В Тульской области действует областная программа по артериальной гипертензии. Принимаемые меры позволили снизить показатели смертности от болезни органов кровообращения в целом на 1,6%, острого инфаркта миокарда

на 8,8%, цереброваскулярных заболеваний на 10,5%.

Следует отметить, что от острого нарушения мозгового кровообращения в группе инсультных больных с 2003 года показатели смертности снизились с 37% до 30,5%. С 2000 года в учреждениях здравоохранения области организована работа Школ для пациентов, страдающих артериальной гипертензией. Ежегодно в них проходит обучение от 23,0 до 27,3 тыс. пациентов.

Как обстоит дело с кадрами? Идет ли к вам работать молодежь?

Могу с гордостью сказать, что кадры мы готовим себе сами. С 2007 года на базе Тульского государственного университета был создан и успешно работает Медицинский институт. По нашему профилю выпускается не менее 30 студентов в год. Согласно губернаторской программе, с абитуриентом заключается контракт – ему оплачивается обучение, а он, в свою очередь, должен отработать по специальности в том районе или районном центре, откуда он приехал. Таким образом, возможно улучшить положение с кадрами в проблемных районах области.

Также на базе нескольких Тульских школ мы сделали специальные медицинские классы, где ведется профильная подготовка учеников для поступления в медицинский институт. Мы крайне заинтересованы в подготовке специалистов нашего профиля и делаем все возможное для этого.

Как вы используете в своей работе технические достижения, я имею в виду телемедицину?

Центр информационных технологий и телемедицины был



создан в областной больнице в 2002 году, он оснащен мощным компьютером, коммуникационной системой и большим монитором. Благодаря ему мы можем устраивать телемосты с ведущими клиниками страны. Порой мы сталкиваемся со сложными случаями, когда для уточнения диагноза нужно посоветоваться с коллегами. Кардиологическое отделение является координатором взаимодействия по оказанию медицинской помощи больным кардиологического профиля Тульской области с ЛПУ г. Тулы, области, центральными институтами г. Москвы: РНЦХ, НМХЦ, Институтом ССХ им. А.Н. Бакулева, Институтом кардиологии им. А.Л. Мясникова. Проводятся научно-практические конференции по актуальным вопросам медицины, в частности кардиологии с участием ведущих специалистов Москвы, что позволяет проходить обучение на рабочем месте. Так что за телемедициной будущее, ведь с помощью нее мы можем дистанционно обучать наших сотрудников.

Чем еще, кроме закупки высокотехнологичного оборудования, вам помогает областная администрация? Работают ли в регионе специальные медицинские программы вашего профиля?

До 2010 года в Тульской области действовала программа по артериальной гипертонии. А результаты таковы. Снижение смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний на 20%, снижение смертности от инфарктов с 280 до 240 в год, снижение и самих инфарктов с 8500 до 7500 в год, проведение такой операции, как тромболитизис (до 400 в год). Скажу больше, сейчас мы работаем над тем, чтобы врачи нашей скорой медпомощи прошли обучение и овладели данной методикой для пациентов с острым

инфарктом миокарда. Тромболитизис будет применяться ими при инфаркте головного мозга. Немедленное оказание подобной помощи в первые часы многократно снижает неблагоприятные последствия для больного. Что говорить, Тульская область – один из тех регионов, где весьма старое население, демографический перекрест в нашем регионе произошел еще в 1982 году. Число умерших в 2008 году превысило число родившихся в 2,3 раза (в 2007 году было в 2,5 раза). Преобладание пожилых людей в общей структуре населения заставляет нас работать больше, продуктивнее, качественнее. Могу отметить и еще один интересный момент. У нас растет количество «правильных» пациентов, что беспрекословно выполняют рекомендации врача. Чем не показатель, что мы работаем в правильном направлении?

Давайте поговорим конкретнее об отделении для больных инфарктом миокарда. Когда оно было создано? Что стало предпосылкой для его выделения из общей кардиологии?

Отделение было создано в 1992 году, и тогда оно имело название «Отделение кардиологии и вспомогательного кровообращения». В 2001 году отделение получило уже нынешнее название. Что же касается причин открытия данного центра, то их было несколько. В области возрастала потребность населения во вмешательствах на коронарных артериях, первичной имплантации и замене вышедших из строя электрокардиостимуляторов, хирургическом лечении жизнеопасных нарушений ритма и проводимости, хирургической профилактики рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии, оказании квалифицированной помощи больным с острым инфарктом миокарда, включаю-

щей применение прогрессивных методов диагностики и терапии.

Расскажите подробнее о видах оказываемой помощи в отделении.

Если говорить в общем, то помощь делится на экстренную, плановую и консультативную. Здесь осуществляется круглосуточные экстренные и плановые мероприятия по реанимации и интенсивной терапии пациентам с расстройствами гемодинамики, связанными с непосредственным нарушением деятельности сердца; поступающим из отделений больницы, клиничко-диагностического центра и доставленным КСП, с привлечением при необходимости консультативной помощи врачей нужного профиля. Также в отделении мы проводим лечение больных с острым коронарным синдромом, осуществляем отбор больных, подлежащих госпитализации в плановом порядке (для проведения коронароангиографий и для имплантации электрокардиостимуляторов). Также начиная с 2005 года совместно с хирургами отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения мы проводим имплантацию двухкамерных электрокардиостимуляторов.

Сколько в год проводится подобных операций?

За год в Тульской областной больнице мы ставим порядка 230 кардиостимуляторов, плюс используем и квоты Москвы. Более молодых пациентов мы отправляем в столицу (благо недалеко – 180 км), а пожилой контингент стараемся оперировать у себя. Конечно, есть и исключения, когда стоит вопрос о немедленном спасении жизни. Если брать за основу сухие цифры, то для жителей Тульской области в год проводится свыше 500 операций при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Впервые в Тульской области была сделана операция на восходящей аорте. Это весьма сложно, дальше только операции на самом сердце. Уже через две недели пациенту сняли швы. Также мы стараемся проводить «двойные» операции. Например, оперируем сонную артерию, и одновременно проводится операция на сосудах, обеспечивающих кровообращение ноги. И это, по нашему мнению, более рациональный метод. Еще расскажу об одном нашем достижении в кардиохирургии. Мы начали проводить операции по стентированию коронарных артерий. Это очень перспективная методика, сокращающая смертность от инфарктов. Нашим тульским больным не надо теперь искать возможности лечения в престижных клиниках, чтобы получить шанс на жизнь. Все операции проводятся на базе областной больницы.

После операции идет период восстановления. Где и кем наблюдаются ваши пациенты?

В терапевтическом корпусе больницы работает Центр реабилитации. Здесь проводится восстановительное лечение пациентов, страдающих заболеваниями сердца и сосудов, периферической и центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и пищеварения. Что касается пациентов нашего профиля, то сюда мы направляем больных, перенесших острый инфаркт миокарда, пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, проводится реабилитация больных, перенесших операции на сердце и сосудах. Перечислю основные направления деятельности Центра реабилитации – электрокардиография; суточное мониторирование ЭКГ с анализом результатов исследования; суточное мониторирование артериального давления с после-

дующим подбором адекватной гипотензивной терапии; велоэргометрия; медикаментозная терапия; занятия в Школах здоровья по артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Все это дает нашим пациентам возможность вернуться к нормальной жизни, быть необременительными для семьи, для себя. Помимо Центра реабилитации в Тульской области работают два профильных санатория «Егнышовка» и «Окский плес», где наши пациенты восстанавливаются после перенесенных операций.

Какими вы видите перспективы развития отделения?

В дальнейшем с целью улучшения оказания помощи кардиологическим больным мы планируем внедрить несколько новшеств, а именно: проводить имплантацию двухкамерных ЭКС с возможностью частотной адаптации при физической нагрузке и антиахикардической функцией. У нас в планах проведение радиочастот-

ной аблации дополнительных пучков проведения сердечного импульса. Мы также обеспечиваем подготовку и послеоперационное ведение больных после инвазивных вмешательств на коронарных артериях (коронароангиография, стентирование коронарных артерий). Среди наработок, что мы хотим ввести в ближайшем будущем, – это применение протоколов ведения больных с такими заболеваниями, как острый инфаркт миокарда, нарушение ритма сердца и использование холестеринснижающих препаратов (статинов) в остром периоде инфаркта миокарда. Больница – это свой «город» в городе. И он живет по своим законам, возможно, отличным от привычных нам. И я не считаю, что это звучит пафосно, когда говорю, что в нашем «городе» основные заповеди – сострадание, милосердие, желание помочь и высокий профессионализм. Мы живем этим. 



Тульская областная клиническая больница

Всероссийский научно-образовательный форум «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

С 24 по 26 февраля 2010 г. в Конгресс-центре гостиницы «Космос» пройдет Всероссийский научно-образовательный форум «Профилактическая кардиология» и XII Международная специализированная выставка современного оборудования и лекарственных средств «Кардиология-2010».

Организаторами проекта являются Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Всероссийское научное общество кардиологов, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Национальное научное общество Кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, ЗАО «МЕДИ Экспо».

Предстоящий форум (ранее – «Кардиология») представляет широкие возможности для повышения профессионального уровня врачей практического здравоохранения в области предупреждения развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и является площадкой обсуждения самых актуальных диагностических и лечебных вопросов специальности.

В нашей стране, несмотря на позитивные результаты проводимой государством программы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), смертность от них по-прежнему остается крайне высокой. Именно поэтому на предстоящем форуме основной акцент будет сделан на профилактике ССЗ, а также в рамках деловой программы будут рассмотрены причины ССЗ и влияние психосоциальных факторов на их распространенность, представлены современные технологии оценки риска ССЗ и их осложнений; отдельное внимание будет уделено метаболическому синдрому и возможностям предупреждения его осложнений, ССЗ и сахарному диабету.

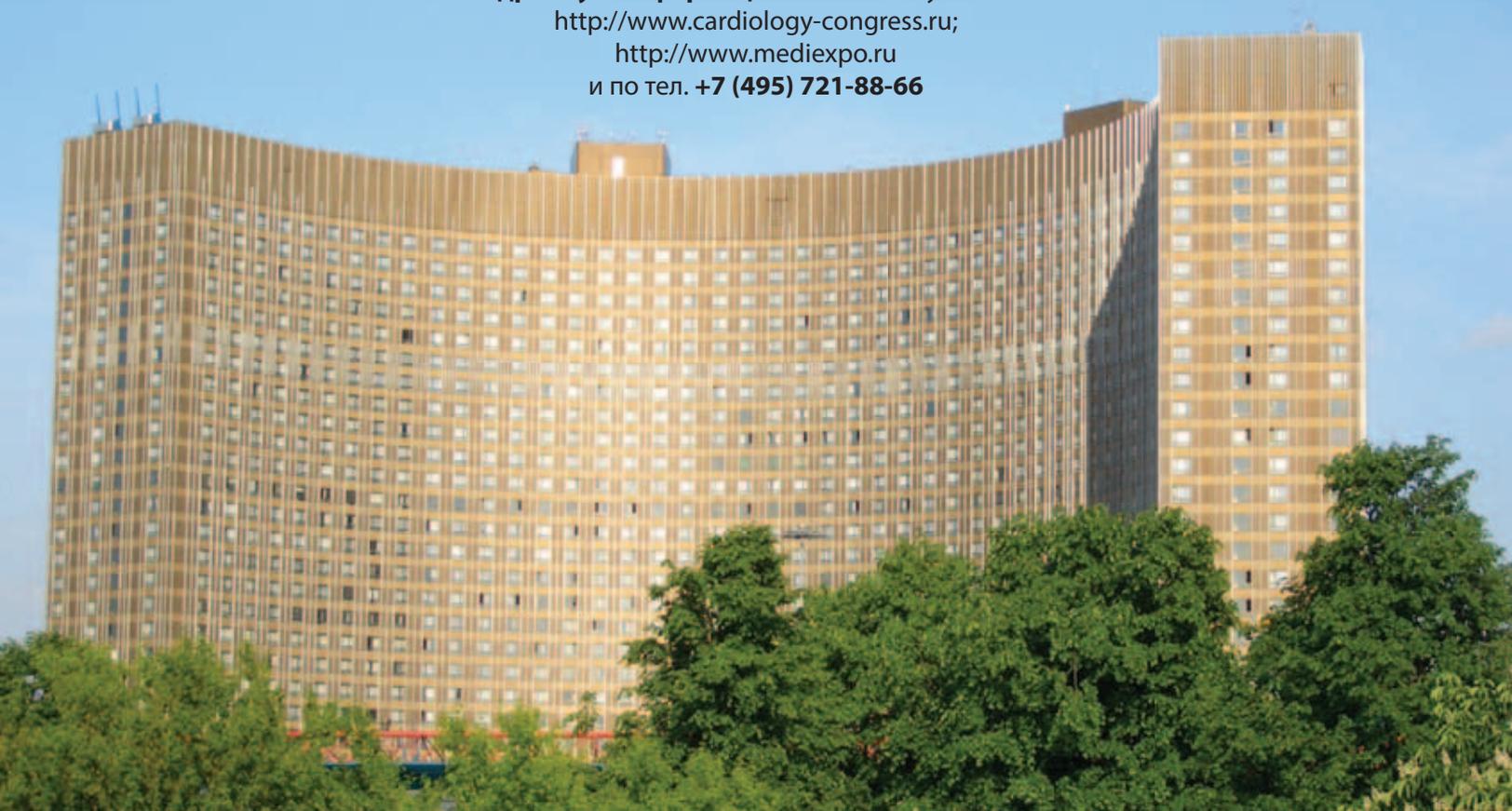
В рамках **специализированной выставки** «Кардиология-2010» участникам деловой программы и гостям форума будут представлены новейшие лечебные и профилактические кардиопрепараты, лечебное питание и дженерики, широкий спектр современного медицинского оборудования российских и зарубежных производителей: электрокардиографы, кардиостимуляторы, приборы для передачи ЭКГ по телефону, дыхательная аппаратура, доплеровские системы, оборудование для лечения сердечных аритмий и для интервенционной кардиологии, телеметрические системы и многое другое.

Более подробную информацию вы можете узнать на сайтах:

<http://www.cardiology-congress.ru>;

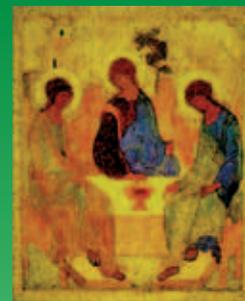
<http://www.mediexpo.ru>

и по тел. **+7 (495) 721-88-66**





XVII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



12–16 апреля 2010 года • Москва

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российская академия наук
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская академия последиplomного образования
Фонд «Здоровье»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Новые технологии в современном образовании врача ■ Основные заболевания человека. Высокотехнологичные методы диагностики и лечения ■ Социально значимые заболевания человека. Этапы оказания медицинской помощи
■ Новые инфекционные заболевания. Современные принципы диагностики и терапии ■ Избыточный вес – фактор риска социально значимых болезней ■ Социально-психологические проблемы здоровья человека ■ Заболевания детского возраста. Новые технологии в лечении и профилактике ■ Лекарства и пожилые люди ■ Фармакоэпидемиология, фармаконадзор и фармакоэкономика. Актуальные вопросы

Научная программа Конгресса включает: 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 (атеросклероз)
- Пульмонология
- Гастроэнтерология
- Клиническая фармакология
- Дерматология
- Стоматология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (гепатология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Инфекционные болезни
- Неврология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология
- Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- Фармакотерапия 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» (XI выпуск).

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 09	30. 12. 09
Тезисы	01. 09. 09	15. 12. 09
Конкурсные работы	01. 09. 09	18. 01. 10
Регистрационные карты	01. 09. 09	05. 04. 10
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 09	12. 03. 10

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 (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: <http://www.medlife.ru>

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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАРДИОЛОГОВ

ФГУ РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС



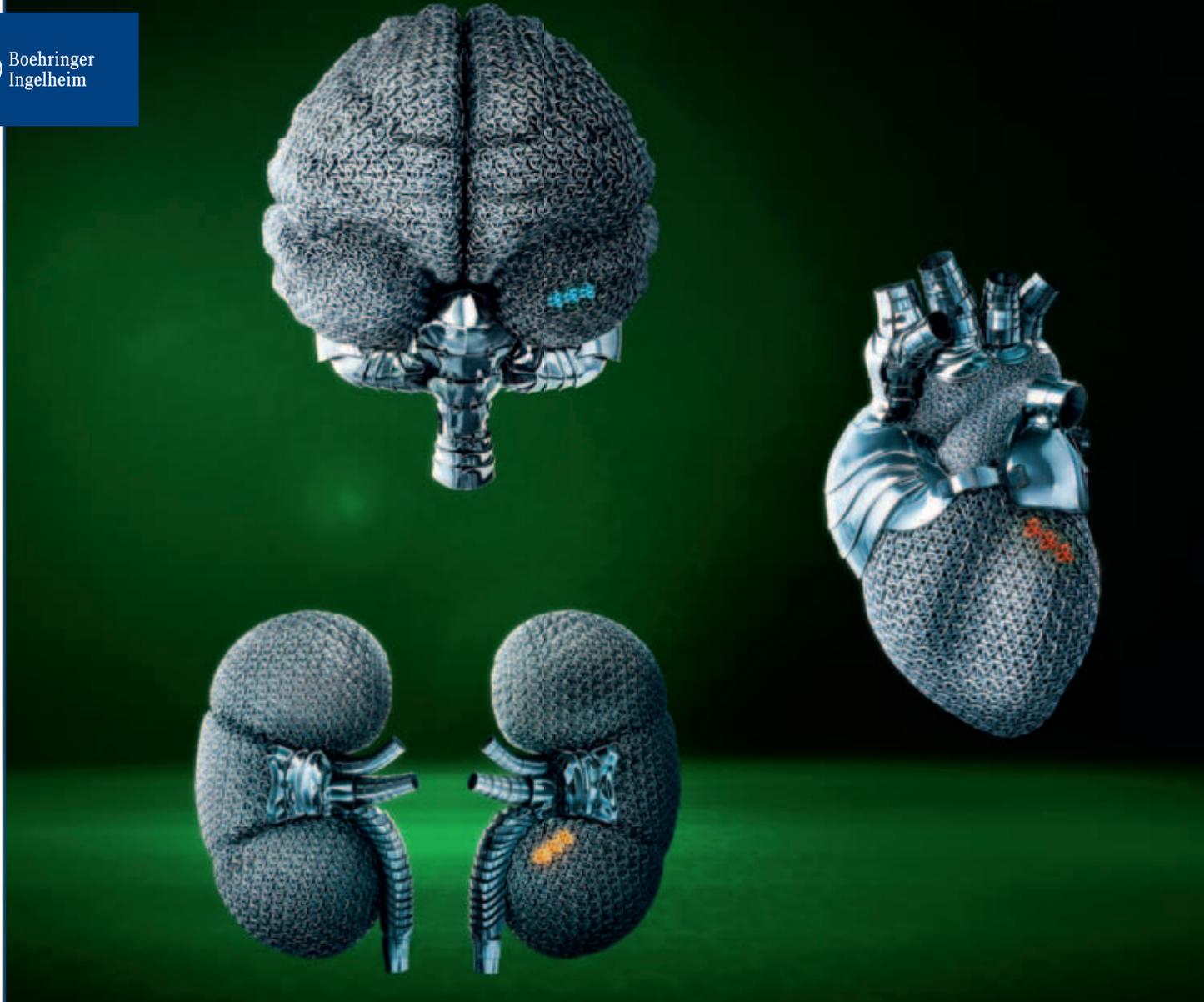
VI Всероссийская научно-практическая конференция

“СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ”

02–03 марта

Москва, 2010

www.gipertonik.ru



Доказанная защита Ваших пациентов с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений¹

Пациентам:

- с сахарным диабетом
- с периферическим атеросклерозом¹

МИКАРДИС® 
ТЕЛМИСАРАН

**Максимальная защита органов-мишеней,
контроль АД в течение 24 часов**

Программа ONTARGET: крупнейшее глобальное исследование с сартаном на «конечные точки» (более 30 000 пациентов, 5,5 лет)¹

Информация по медицинскому применению препарата Микардис®. Торговое название: Микардис® (Micardis®). Регистрационный номер: П №015387/01 от 22.10.08 г. Международное непатентованное название: Телмисартан (Telmisartan). Лекарственная форма: таблетки. Состав: в одной таблетке содержится 40 мг или 80 мг телмисартана. Показания к применению: артериальная гипертензия. Противопоказания: повышенная чувствительность к активному веществу или к любому другому компоненту препарата, непереносимость фруктозы, беременность и период лактации, обструкция желчевыводящих путей, тяжелые нарушения функции печени.



Boehringer
Ingelheim

Московское представительство
Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ
119049 Москва, Донская ул., 29/9, стр. 1
Телефон (495) 411-7801

Из-за отсутствия данных не применять у детей и подростков. Взаимодействия: Микардис® может усиливать гипотензивный эффект других антигипертензивных препаратов. Другие клинически значимые взаимодействия не установлены. Микардис® противопоказан к применению во время беременности. Противопоказано применение Микардиса во время грудного вскармливания, так как неизвестно, выделяется ли препарат с молоком матери. Дозировка и назначение: Взрослые. Рекомендуемая доза Микардиса - 40 мг один раз в день. В случаях, когда оптимальное снижение артериального давления не достигается, дозу Микардиса можно увеличить до 80 мг в день ("см. Раздел "Способ применения и дозы"). Пожилые. Препарат назначается в обычной дозе. Побочное действие: головная боль, головокружение, утомляемость, бессонница, тревожность, депрессия, судороги, инфекции верхних дыхательной путей (в т.ч. фарингит, синусит, бронхит), кашель,

выраженное снижение артериального давления, брадикардия, тахикардия, боль в груди, тошнота, диспепсия, диарея, абдоминальные боли, повышение активности «печеночных» трансаминаз, миалгия, артралгия, боль в пояснице, симптомы подобные тендиниту, периферические отеки, инфекции мочевыводящей системы, гиперкреатининемия, кожная сыпь и др. Форма выпуска: таблетки по 40 и 80 мг. Условия хранения. Хранить при температуре не выше 30°С и в защищенном от влаги месте. Хранить в недоступном для детей месте. Срок годности: 4 года. Условия отпуска из аптек: по рецепту врача. Микардис Плюс® (MicardisPlus®), Пер. номер П №015915/01 от 22.07.2009 г. (телмисартан + гидрохлоротиазид). Подробную информацию о препаратах см. в инструкции по медицинскому применению. References: 1. The ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008; 358:1547-1559.

Симвастатин Симгал

10, 20, 40 мг



**НЕПРЕРЫВНЫЙ КОНТРОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНА
ПЛАНИРУЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ!**

- **Терапевтически эквивалентен оригинальному симвастатину**
- **Уникальная упаковка, рассчитанная на 3 месяца терапии, по стоимости двух месяцев**
- **Повышает приверженность к терапии статинами**



За дополнительной информацией обращаться:
ООО «Тева», 119049, Москва, ул. Шаболовка, д.10, стр.2, бизнес-центр «Конкорд»
тел.+7 (495) 644-22-34, факс +7 (495) 644-22-35/36; E-mail: info@teva.ru, Интернет: www.teva.ru
фирма «Айвекс Фармэсьютикалс с.р.о.» входит в Группу компаний Teva

