

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

5
2011

*кардиология и
ангиология*

Тема номера: профилактика ССЗ

Проект АТЛАНТ:
обсуждение национальных рекомендаций
по профилактике атеротромбозов

Современная тактика превентивной терапии
инфаркта миокарда и инсульта

Проблема полипрагмазии:
как повысить комплаентность
у пациентов с высоким риском ССЗ

Клиническая практика

Неотложная помощь
при артериальной гипертонии

Эффективность Элтацина в комплексной
терапии больных с ХСН

ДЛЯ ЖИЗНИ БЕЗ ИНФАРКТОВ И ИНСУЛЬТОВ

В УДОБНОЙ
КАЛЕНДАРНОЙ
УПАКОВКЕ



СПЕЦИАЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ АСПИРИН® ОТ БАЙЕР – это:

- Календарная упаковка для удобства постоянного применения
- Оптимальная кардиодоза 100 мг для ежедневной профилактики тромбоза¹
- Специальная кишечнорастворимая оболочка для наилучшей переносимости со стороны ЖКТ^{1, 2}

28
ТАБЛЕТОК



56
ТАБЛЕТОК



Краткая инструкция по применению Аспирина® Кардио

Лекарственная форма: таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой. 1 таблетка Аспирина® Кардио содержит 100 мг или 300 мг ацетилсалициловой кислоты.

Показания к применению: первичная профилактика острого инфаркта миокарда при наличии факторов риска (например, сахарный диабет, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение, пожилой возраст) и повторного инфаркта миокарда, нестабильная стенокардия (включая подозрение на развитие острого инфаркта миокарда) и стабильная стенокардия, профилактика инсульта (в том числе у пациентов с преходящим нарушением мозгового кровообращения), профилактика преходящего нарушения мозгового кровообращения, профилактика тромбозов после операций и инвазивных вмешательств на сосудах (например, аортокоронарное шунтирование, эндартерэктомия сонных артерий, артериовенозное шунтирование, ангиопластика и стентирование коронарных артерий, ангиопластика сонных артерий), профилактика тромбоза глубоких вен и тромбозов легочной артерии и ее ветвей (например, при длительной иммобилизации в результате большого хирургического вмешательства).

Противопоказания: повышенная чувствительность к АСК, другим салицилатам, вспомогательным веществам в составе препарата и другим НПВП, бронхиальная астма, индуцированная приемом салицилатов и НПВП; сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости АСК, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в стадии обострения; желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический диатез, сочетание применения с метотрексатом в дозе 15 мг в неделю и более, беременность (I и III триместр) и период лактации, детский возраст (до 18 лет), почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин), печеночная недостаточность (класс В и выше по Чайлд-Пью), хроническая сердечная недостаточность III-IV класса по классификации NYHA.

Применять с осторожностью: при подагре; гиперурикемии; язвенных поражениях ЖКТ или желудочно-кишечных кровотечениях в анамнезе, при нарушениях функции печени (ниже класса В по классификации Чайлд-Пью) или

почек (клиренс креатинина более 30 мл/мин); при нарушениях кровообращения, возникающих вследствие атеросклероза почечных артерий, застойной сердечной недостаточности, гиповолемии, обширного хирургического вмешательства, сепсиса или случаев массивного кровотечения; бронхитальной астме, хронических заболеваниях органов дыхания, сенной лихорадке, полипозе носа, аллергических реакциях на другие препараты, в том числе класса НПВП; во II триместре беременности; при предполагаемом хирургическом вмешательстве, при одновременном применении с метотрексатом в дозе менее 15 мг в неделю, антикоагулянтами, тромболитическими или антитромбоцитарными средствами, НПВП и производными салициловой кислоты в больших дозах, дигоксином, гипогликемическими средствами для приема внутрь и инсулином, вальпроевой кислотой, алкоголем, с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, ибупрофеном.

Побочные действия: тошнота, изжога, рвота, боли в животе, язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе перфорированные; желудочно-кишечные кровотечения, повышенная кровоточивость, анемия, бронхоспазм, кожные аллергические реакции (крапивница), отек Квинке, анафилактические реакции, головокружение, шум в ушах.

Регистрационный номер: №П-015400/01. Актуальная версия инструкции от 05.05.2011 г.

Отпускается без рецепта врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

¹Булакова Е.Ю., Кореннова О.Ю. и др. Сравнительная оценка переносимости и безопасности препаратов ацетилсалициловой кислоты у пациентов с ишемической болезнью сердца. Артериальная гипертензия, том 15, № 4 / 2009

²H. G. Dammann, F. Burkhardt & N. Wolf. Enteric coating of aspirin significantly decreases gastroduodenal mucosal lesions. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13: 1109-1114.



Эффективная
фармакотерапия.
Кардиология
и ангиология. 5/2011

**Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
Н. МАРКОТЕНКО
(nikitina1404@yandex.ru)

Научный редактор номера
В.Б. МЫЧКА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

О.В. АВЕРКОВ, М.Г. БУБНОВА,
А.С. ГАЛЯВИЧ, С.Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ,
Д.В. ДУПЛЯКОВ, В.С. ЗОДИОНЧЕНКО,
Ж.Д. КОБАЛАВА, Г.В. МАТЮШКИН,
В.Б. МЫЧКА, Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ,
С.В. НЕДОГОДА, О.Д. ОСТРОУМОВА,
Е.П. ПАНЧЕНКО, В.И. ПОДЗОЛКОВ,
Ж.М. СИЗОВА, В.В. СКИБИТСКИЙ,
Р.И. СТРЮК, А.И. ЧЕСНИКОВА,
И.И. ЧУКАЕВА

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Шеф-редактор
О. ПАРПАРА

Медицинский редактор
Л. ГОЛОВИНА

Журналисты
С. ЕВСТАФЬЕВА,
А. ЛОЗОВСКАЯ,
И. СМИРНОВ

Дизайнер
Т. АФОНЬКИН

Корректор
Е. САМОЙЛОВА

Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

**Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:**
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 15 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов
возможно только с письменного
разрешения редакции журнала.
Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

Люди. События. Даты

Дмитрий ДУПЛЯКОВ:
«Когда наука сталкивается с практикой, возникает много вопросов» 2

Медицинские новости 4

Тема номера: профилактика ССЗ

В.Б. МЫЧКА
Особенности антиагрегантной терапии у женщин 6

О.М. ДРАПКИНА, Я.И. АШИХМИН, В.Т. ИВАШКИН
Профилактика инфаркта миокарда и инсульта: единый подход 12

Российский национальный конгресс кардиологов

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»
Предупреждение сердечно-сосудистых катастроф.
Сколько препаратов должен получать пациент с высоким риском? 22

Сателлитный симпозиум компании «Доктор Реддис Лабораторис Лтд»
Проект АТЛАНТ: инициатива ВНОК по внедрению национальных
рекомендаций для профилактики атеротромбоза 32

Сердечная недостаточность

Л.Н. МАКСИМОВА, Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ,
Е.В. КАЛИНИНА, Я.Р. НАРЦИССОВ
Клинический опыт применения оригинального метаболического
препарата Элтацин у больных хронической сердечной недостаточностью 40

М.Р. СХИРТЛАДЗЕ, О.М. ДРАПКИНА
Трофологический статус у больных с хронической
сердечной недостаточностью 44

Медицинский форум

IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

Неотложная кардиология – 2011: профилактика, лечение, организация 50

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products
Проблема гипертонических кризов в России.
Новые направления в лечении 52

Литература 58



Дмитрий ДУПЛЯКОВ: «Когда наука сталкивается с практикой, возникает много вопросов»

В конце октября 2011 г. в Самаре при активном участии Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, Всероссийского научного общества кардиологов, Самарского областного научного общества терапевтов и Группы компаний «Медфорум» состоялась научно-практическая конференция «Кардионеврология – 2011». В программу мероприятия был включен широкий спектр тем: от острого коронарного синдрома, нарушений ритма сердца, кардиоэмболического инсульта до метаболического синдрома, хронической ишемии мозга и когнитивных нарушений при кардиальной патологии. О том, насколько интересными эти темы оказались для практикующих врачей, что дала прошедшая конференция врачам, работающим в Самарской области, а также о положении дел в службе кардиологической помощи этого региона мы решили расспросить ответственного секретаря конференции, главного кардиолога Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, д.м.н. Д.В. ДУПЛЯКОВА.



– Дмитрий Викторович, расскажите, пожалуйста, о прошедшей конференции «Кардионеврология – 2011». Чем она была необычна, что особенно понравилось и запомнилось?

– Для начала я хотел бы отметить, что необычной была уже сама тема конференции, предполагающая участие как кардиологов, так и неврологов в совместном обсужде-

нии вопросов ведения пациентов. В конференции приняли участие более 1600 человек из разных городов. Кстати, к нам приехали не только кардиологи и неврологи, но и эндокринологи, врачи функциональной диагностики, терапевты – словом, представители самых разных специальностей.

В ходе конференции прошло более 30 симпозиумов, причем очень важно, что насыщенной программа оказалась не только на бумаге. Все секции были заполнены участниками, практически каждое выступление вызвало оживленную дискуссию. Очень рад, что нам удалось привлечь и заинтересовать слушателей, – в последнее время немногие конференции собирают «аншлаг».

– В чем причина успеха?

– Во-первых, мы выбрали действительно интересную тему. Проблемы, находящиеся на стыке специальностей «кардиология» и «неврология», сегодня стоят очень

остро. А во-вторых, мы пригласили в качестве докладчиков не только ведущих специалистов, признанных экспертов в области, скажем, лечения острого коронарного синдрома или инсультов, занимающихся исследовательской работой, но и обычных врачей, обладающих большим клиническим опытом. А когда наука сталкивается с практикой, всегда возникает много вопросов, потому что клинические рекомендации не всегда идеально «ложатся» на реальную клиническую практику. И, конечно, возможность обсудить все эти расхождения, понять, чем они вызваны, оказалась для врачей очень важной.

– Если вынести за скобки индивидуальную непереносимость того или иного препарата конкретным пациентом, как рекомендации могут «не подойти», ведь они пишутся на основании исследований, статистики, опыта экспертов, в конце концов?

Актуальное интервью

– Рекомендации – это сухой документ, разработанный в расчете на усредненного пациента. В них ничего не сказано о том, как лечить инфаркт миокарда где-нибудь в Красноярском крае, где расстояния между больницами такие же, как между столицами некоторых европейских государств.

Рекомендации врачам необходимы, однако для их успешного внедрения в реальную клиническую практику региона необходимо создание команды специалистов, которые бы занимались организацией работы службы кардиологической помощи пациентам в конкретном регионе. К сожалению, до сих пор большая часть врачей предпочитают оценивать свою работу по принципу: «Я хорошо работаю в своей больнице», совершенно забывая о том, что вокруг существует множество других лечебно-профилактических учреждений.

– Может быть, это и правильно, ведь конкретного пациента привозят в одну-единственную больницу, а не в кардиологическую службу в целом.

– Не совсем так. Конечно, пациент попадает в определенное ЛПУ. Но от того, что это за ЛПУ и какой у больного диагноз, зависит дальнейший «маршрут» пациента. Скажем, у нас в области только 15 больниц имеют право лечить острый инфаркт миокарда. И если пациент с данным диагнозом окажется в одной из больниц, не входящих в этот список, он будет перенаправлен, причем ответственность за доставку больного с ОИМ в ближайшую больницу, где есть все необходимое для лечения, лежит на первой больнице – той, в которую больной был доставлен изначально.

Но и это еще не все: из 15 больниц, имеющих право лечить пациентов с ОИМ, только 3 оказывают инвазивную помощь, и при необходимости пациент может быть перенаправлен в одну из этих трех. К сожалению, пока система не вы-

строена до конца, но мы активно над этим работаем.

– Вы упомянули «все необходимое для лечения ОИМ». Скажите, а насколько хорошо обеспечены лекарствами пациенты кардиологического профиля в Самарской области?

– У нас сегодня нет никаких ограничений по лекарственным препаратам. Все препараты, зарегистрированные на территории России и включенные в федеральные стандарты оказания помощи, включены и в областной стандарт, поэтому никаких проблем с назначением лекарств нет.

– Какова ситуация с реабилитацией кардиологических пациентов в Самарской области? Получают ли они необходимое санаторно-курортное лечение?

– Система реабилитации кардиологических больных была разработана в нашей стране достаточно давно, санатории начали свою работу еще во времена СССР. Однако не везде они сохранились, многие санатории прекратили свое существование во времена перестройки. В Самарской области систему санаториев удалось сохранить, поэтому пациентов, перенесших инфаркт или операцию на сердце, мы направляем в санаторий для дальнейшей реабилитации. Это тем более актуально в условиях, когда сердечно-сосудистые заболевания год от года молодеют и вопрос возвращения пациентов с ОИМ на рабочие места встает все острее.

– Не следует ли в этом случае уделять внимание не только реабилитации и лекарственному обеспечению, но и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний? Известно, что проще не допустить развитие инфаркта, чем бороться с его последствиями.

– Конечно, профилактика необходима, но следует понимать, что первичная профилактика – это, прежде всего, ответственность

самого человека за свое здоровье. Государство по экономическим соображениям не может взять на себя первичную профилактику: например, прием статинов еще до развития ОИМ или других сердечно-сосудистых событий способен отсрочить их наступление, при этом цена сохраненной жизни может составить значительную сумму – более 100 тысяч долларов. Готовы ли мы к этому сейчас?

Вообще, врачебный вклад в первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний невелик, по разным оценкам, он составляет от 8 до 15%. Остальное же должно делать государство и сами люди. Еще в детском саду детям следует прививать любовь к физкультуре, к здоровому образу жизни и к нормальной пище. При этом важно, чтобы люди, прививающие ребенку все эти ценности, сами не курили и не злоупотребляли спиртным, чтобы они были примером не только на словах, но и на деле. К сожалению, то же можно сказать и о врачах – когда курящий доктор убеждает больного, перенесшего инфаркт, отказаться от сигарет, это звучит не слишком убедительно, и это – одна из причин низкой эффективности вторичной профилактики в нашей стране. Второй причиной я бы назвал халатное отношение пациентов к собственному здоровью: люди, перенесшие инфаркт миокарда, выполняют все предписания лечащего врача, только пока находятся на больничном. Проходит 3–4 месяца, больничный закрывается, и все возвращается на круги своя: пациент вновь готов вести тот образ жизни, который привел к инфаркту. Как это преодолеть?

Возможно, изменить ситуацию удастся при помощи социальной рекламы и других методов, нацеленных на пропаганду здорового образа жизни среди всех слоев населения. Но пока в этой области несделанного больше, чем реализованного. ☺

Беседовала Анна Лозовская



В России одобрено новое показание препарата Прадакса® для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий

Вслед за США, Канадой, Японией и Европой в России были одобрены новые показания препарата Прадакса® (дабигатрана этексилат) – инновационного перорального прямого ингибитора тромбина – для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Эксперты отмечают, что данный препарат значительно снижает риск тяжелых осложнений у пациентов с мерцательной аритмией.

Фибрилляция предсердий – наиболее частое нарушение сердечного ритма, которое встречается примерно у 1% жителей Земли и более чем у 10% лиц старше 80 лет. У пациентов с ФП повышен риск тромбообразования, что, в свою очередь, в пять раз увеличивает вероятность развития инсульта. Ежегодно во всем мире до 3 млн человек переносят инсульты, связанные с фибрилляцией предсердий. Инсульт на фоне ФП протекает тяжелее: риск смерти увеличивается до 20%, инвалидизации – до 60%, что влечет за собой социальные последствия и повышение затрат в сфере здравоохранения.

«Мерцательная аритмия – большая социальная и медицинская проблема, – комментирует д.м.н., профессор В.А. СУЛИМОВ, зав. кафедрой факультетской терапии № 1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. – Из года в год в связи с общей тенденцией старения населения увеличивается количество больных с фибрилляцией предсердий. По прогнозам, к середине этого века в России количество пациентов с мерцательной аритмией может увеличиться до 7,5–8 млн. Фибрилляция предсердий наиболее опасна таким осложнением, как кардиоэмболический инсульт, отличающийся тяжелым течением, очень высоким уровнем инвалидизации и смертности. Каждый третий больной с кардиоэмболическим инсультом погибает в стационаре, а каждый второй из переживших этот эпизод становится тяжелым инвалидом».

На протяжении длительного времени (начиная с 50-х гг. XX века) основным средством профилактики инсультов у пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий, были антагонисты витамина К, в частности варфарин. К сожалению, прием препаратов на основе варфарина предполагает постоянный лабораторный контроль и коррекцию дозы в случае выхода значений МНО (международное нормализованное отношение, показатель состояния системы свертываемости крови) за пределы диапазона 2,0–3,0. Согласно международным рекомендациям, пациенты, принимающие варфарин, должны сдавать анализы каждые 2–3 недели, что не может не создавать определенные сложности как для самих больных, так и для врачей. Кроме того, эффективность терапии варфарином сильно зависит от содержания витамина К в организме, то есть от того, сколько миллиграммов данного витамина

пациент получает с пищей. Изменения в рационе опять-таки требуют консультации с лечащим врачом и коррекции дозировки препарата.

«Варфарин – эффективное лекарство, – говорит д.м.н. Е.П. ПАНЧЕНКО, руководитель лаборатории клинических проблем атеротромбоза Института кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК МЗ РФ, – применение которого требует пристального контроля со стороны врачей и существенных ограничений со стороны пациента. Именно поэтому мы ждали появления нового эффективного и вместе с тем более безопасного антикоагулянта. Дабигатрана этексилат в дозе 150 мг 2 раза в день оказался эффективнее, чем варфарин. И что очень важно, количество геморрагических инсультов, которые рассматриваются как осложнение антикоагулянтной терапии, в группе дабигатрана этексилата было ниже, чем в группе варфарина».

Препарат Прадакса®, который производится фармацевтической компанией «Берингер Ингельхайм», был ранее одобрен Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA), Европейским медицинским агентством (ЕМЕА), а теперь и Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Прадакса® достоверно снижает риск инсульта и системных тромбоэмболий на 35% более эффективно, чем варфарин, который на протяжении длительного времени был стандартом лечения таких больных, и, кроме того, применение дабигатрана этексилата уменьшает риск развития жизнеугрожающих и внутричерепных кровоизлияний.

Помимо того, что дабигатрана этексилат превосходит варфарин по эффективности, при его применении отсутствует необходимость в мониторинговании лабораторных показателей и подборе дозировки, фармакокинетика препарата не зависит от приема пищи, не требуется коррекция дозы при совместном назначении с большинством лекарственных препаратов, которые получают больные с ФП.

До настоящего момента на территории Российской Федерации Прадакса® была рекомендована к применению только как средство профилактики тромбозов у пациентов, перенесших ортопедические операции.

Источник: агентство Loyalty

Медицинские новости

Неоваскулген® получил регистрационное удостоверение

Начало продаж Неоваскулгена (камбиогенплазида) запланировано компанией на второй квартал 2012 г. после завершения процесса сертификации партий препарата. Неоваскулген® будет представлен на рынке в качестве готового лекарственного средства (раствор для инъекций, курс – 2 инъекции (2 упаковки)). В течение 2012 г. ИСКЧ планирует оформить включение препарата в федеральные и региональные программы финансирования лекарственной помощи населению. «Регистрация Неоваскулгена является событием особой значимости не только для нашей компании, но и для всей отрасли биотехнологий в России и за ее пределами, – комментирует генеральный директор ОАО «ИСКЧ» Артур ИСАЕВ. – Появление Неоваскулгена – первого из геннотерапевтических препаратов – открывает новые перспективы в лечении целого ряда заболеваний. Принцип действия препарата основан на стимуляции ангиогенеза, что обуславливает возможность лечения ишемических состояний различной локализации. В наших планах – вывод Неоваскулгена на рынки СНГ, а также разработка нового поколения и модифицированных версий препарата».

Неоваскулген® предназначен для лечения хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК), в том числе критической ишемии (КИНК) – заболевания, обусловленного атеросклерозом. По данным ИСКЧ, число пациентов, которым ставится диагноз КИНК, в России составляет до 144 тыс. человек ежегодно, и у 30–40 тысяч из них проводится ампутация. Число пациентов с диагнозом ХИНК составляет порядка 1,5 млн человек. Существующие на сегодняшний день препараты консервативной

ОАО «ИСКЧ» (Институт стволовых клеток человека) – российская биотехнологическая компания, разрабатывающая и внедряющая продукты и услуги в области клеточных, генных и постгеномных технологий – сообщает о получении регистрационного удостоверения на Неоваскулген® (камбиогенплазмид) – первый российский геннотерапевтический препарат для лечения ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза.

терапии подразумевают проведение длительных курсов лечения и не обеспечивают стабилизации течения ХИНК.

Неоваскулген® является лекарственным препаратом, механизм действия которого направлен на стимуляцию роста кровеносных сосудов (терапевтический ангиогенез). Препарат представляет собой кольцевую плазмиду, несущую человеческий ген VEGF-165, кодирующий синтез фактора роста эндотелия сосудов (VEGF, Vascular Endothelial Growth Factor). Стимулируя рост коллатеральных сосудов, Неоваскулген® обе-

спечивает длительный лечебный эффект и способен улучшать качество жизни пациентов.

У больных с ХИНК препарат способствует увеличению дистанции безболевого ходьбы, а у пациентов с КИНК может предотвратить ампутацию. По данным клинических исследований, терапевтический эффект после курса Неоваскулгена сохраняется в течение 2 лет. Предполагается, что механизм действия препарата может обеспечить более длительный эффект – наблюдения за пациентами будут продолжаться в течение 5 лет.

Источник: www.gemabank.ru

Ranbaxy выводит на рынок США авторизованную генерическую версию Caduet®

В декабре 2011 г. Ranbaxy Pharmaceuticals Inc., дочерняя компания Ranbaxy Laboratories Ltd., в рамках соглашения с Pfizer Inc. провела лонч авторизованного дженерика – препарата Кадует® (аторвастатин + амлодипин) – в США.

В настоящее время продвижением препарата Кадует® на рынке занимается компания Pfizer. Кадует® применяют у пациентов с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина в крови. По данным аналитической компании IMS Health, годовой доход от продаж этого лекарственного средства к сентябрю 2011 г. (по показателю МАТ, Moving annual total) составил 339 млн долл. США.

Венкат КРИШНАН (Venkat Krishnan), старший вице-президент и региональный директор компании Ranbaxy в США, отметил, что благодаря выводу на рынок этого лекарственного средства, представляющего собой комбинацию аторвастатина и амлодипина бесилата, в форме таблеток будет расширен портфель компании в сегменте лекарственных средств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник: www.apteka.ua



Особенности антиагрегантной терапии у женщин

Д.м.н., проф. В.Б. МЫЧКА

Одним из важнейших способов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является антиагрегантная терапия. В статье приводятся данные многочисленных исследований эффективности и безопасности одного из наиболее изученных препаратов с антиагрегантным действием – ацетилсалициловой кислоты, рассматриваются преимущества кишечнорастворимой формы Аспирина Кардио.

Особенности гемостаза у женщин

Известно, что эстрогены обладают защитными свойствами в отношении эндотелия сосудов, обеспечивая антиатерогенный и антитромботический эффекты [1]. Напротив, мужские половые гормоны – андрогены – отличаются проатерогенным действием. Состояния, связанные с изменением уровня эстрогенов, такие как беременность и ее осложнения, послеродовой период, менопауза, а также прием гормональных контрацептивов или препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ), увеличивают риск тромбозов. Это обуславливает необходимость проведения антиагрегантной терапии с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Изменения гемостаза при беременности и приеме оральных контрацептивов практически идентичны. Гиперэстрогемия отрицательно влияет на тромбоцитарное и плазменное звено гемостаза, что приводит к повышению свертываемости крови и тромбообразования [2]. Постоянная гиперэстрогемия вызывает уменьшение секреции фибриногена и физиологических антикоагулянтов (антитромбина III, протеинов S и C). На «заре» применения гормональных оральных контрацептивов, когда использовались большие дозы эстрогенов, у женщин довольно часто наблюдались такие тяжелые осложнения, как тромбоэмболия. Современные низкодозовые контрацептивы вызывают незначи-

тельное повышение секреции фибриногена и антикоагулянтов (на 10–20%), снижение концентрации их ингибиторов, повышение агрегации тромбоцитов, синтеза тромбосана А2 тромбоцитами и угнетение их реактивности к простаглицлину.

С наступлением менопаузы развивается дефицит эстрогенов и относительная гиперандрогемия, которая приводит к усилению синтеза прокоагулянтов в печени. В постменопаузе у женщин значительно повышаются уровни гомоцистеина, фибриногена, факторов VII, VIII, снижается концентрация и активность антитромбина III, протеина С и повышается активность ингибитора активатора плазминогена-1. На фоне приема ЗГТ у женщин наблюдается снижение активности и концентрации антитромбина III, повышение фактора VII. При приеме комбинированных препаратов ЗГТ, наряду с изменениями прокоагулянтной активности, повышается фибринолитическая активность плазмы за счет снижения ингибитора активатора плазминогена. В связи с этим абсолютный риск развития тромбозов на фоне приема ЗГТ невысок. В популяции женщин в возрасте 45–65 лет риск развития тромбоэмболических осложнений составляет 1 случай на



10 тысяч, смертность – 1 на 1 млн, а среди женщин, принимающих ЗГТ, – 1–3 случая на 10 тысяч, смертность – 1–3 на 1 млн. Практически во всех исследованиях, показавших повышенный риск тромбозов при приеме ЗГТ, применялись препараты прежних поколений, содержащие конъюгированные эстрогены, не отвечающие требованиям, предъявляемым к современным препаратам.

Ацетилсалициловая кислота в качестве первичной и вторичной профилактики ССЗ у женщин

Одним из важнейших способов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является антиагрегантная терапия. Это обусловлено тем, что при наличии серьезных факторов риска ССЗ, таких как сахарный диабет (СД) 2 типа, инсулинорезистентность, гипергликемия, ожирение и гиперлипидемия, нарушается баланс между протромботической и фибринолитической активностью, что приводит к повышению активности и концентрации прокоагулянтов (фибриногена, фактора Виллебранда, тромбина, фактора VII) и снижению активности фибринолитической системы (повышение концентрации ингибитора тканевого активатора плазминогена и тромбосана) и в результате – к протромботическому состоянию.

Одним из наиболее изученных препаратов для антиагрегантной терапии с доказанной эффективностью является ацетилсалициловая кислота (АСК). Основным механизмом действия АСК – неселективная инактивация фермента циклооксигеназы (ЦОГ) типа 1 тромбоцитов. В результате нарушается синтез простагландинов, в том числе простаглицлина, эндотелиальными клетками, а также тромбосана А2 тромбоцитами. АСК также повышает фибринолитическую активность плазмы и снижает концентрацию факторов свертывания крови II, VII, IX, X.

Помимо антиагрегантного действия АСК обладает и другими полезными свойствами, способными повлиять на риск ССЗ. Препараты АСК оказывают противовоспалительный эффект, снижая повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ), что приводит к уменьшению потенциального риска возникновения сердечно-сосудистых событий [6–9]. Кроме того, АСК индуцирует образование синтетазы NO, тем самым увеличивая продукцию NO – мощного фактора вазодилатации, предотвращает воспалительные реакции и ингибирует внутрисосудистую пролиферацию, что может являться важнейшим компонентом борьбы с эндотелиальной дисфункцией [6, 7, 10, 11].

В метаанализе Antiplatelet Trialist Collaboration были проанализированы эффекты различных дезагрегантов, применяющихся для профилактики ССЗ. Во всех исследованиях было показано, что применение дезагрегантов приводит к снижению риска осложнений ССЗ на четверть [4]. На основании результатов этого анализа из всех дезагрегантов к применению была рекомендована только АСК. После повторного анализа 200 исследований с участием более 140 тысяч больных основным препаратом для профилактики сердечно-сосудистых осложнений осталась АСК [5]. Результаты этих исследований легли в основу многочисленных рекомендаций, которые предлагают АСК при острых состояниях, вызванных атеротромбозом (ОИМ, нестабильная стенокардия, ишемический инсульт), и для длительного применения в качестве вторичной профилактики (после перенесенных ОИМ, ишемического инсульта или переходящего нарушения мозгового кровообращения).

Исследования, проводимые у пациентов с СД 2 типа, показали, что прием салицилатов в больших дозах (более 1 г/сут) улучшает метаболизм глюкозы и положительно влияет на инсулинорезистентность. Было показа-

но, что АСК ингибирует молекулярный воспалительный каскад I-карра-В киназа-бета (IкКβ), который в реакциях *in vitro* на экспериментальных моделях активируется в условиях инсулинорезистентности. Предварительные исследования показали, что АСК в высоких дозах (6,77 г/сут) снижает уровень гипергликемии у пациентов с СД 2 типа. Было высказано предположение, что воспалительный каскад IкКβ, активируемый в печени и жировой ткани в связи с ожирением и высококалорийной диетой, может являться основной целью терапии. Проведенные исследования подтвердили предположение о многогранности и полиэтиологичности развития феномена инсулинорезистентности у больных СД 2 типа, что позволило сделать вывод о возможности использования салицилатов в качестве потенциальных терапевтических рычагов. Необходимо проведение дальнейших исследований, целью которых станет изучение позитивного влияния АСК на метаболизм глюкозы у больных сахарным диабетом [12–14]. Эффект от применения препаратов АСК может зависеть от времени суток. При приеме препарата утром не было зафиксировано сколько-нибудь значимого антигипертензивного эффекта. У пациентов, принимавших препарат в вечернее время, было зарегистрировано достоверное снижение уровня артериального давления (АД) ($p < 0,001$). Комбинированная терапия низкодозированными формами АСК в сочетании с антигипертензивными препаратами и статинами обладает выраженным антигипертензивным эффектом. Механизм действия этих эффектов неизвестен, что требует дальнейших исследований, направленных на изучение влияния АСК на АД [15, 16].

Особенности применения ацетилсалициловой кислоты у женщин

У женщин активность метаболизма ниже, чем у мужчин, что обуславливает более высокую



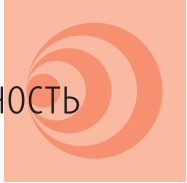
Рис. 1. Диспептические явления на фоне приема Аспирина Кардио*

* Адаптировано по [23].

биодоступность АСК за счет более низкого уровня клиренса и длительного времени выведения. Прием оральных гормональных контрацептивов нивелирует эти различия в биодоступности. У мужчин АСК в большей степени ингибирует агрегацию тромбоцитов, что связано с воздействием тестостерона (эстрадиол не обладает подобным свойством). Кроме того, у женщин чаще выявляется резистентность к АСК, что, возможно, связано с большей частотой полиморфизма и мутации гена ЦОГ-1.

Существует достаточно большая доказательная база эффективности ацетилсалициловой кислоты у мужчин. Это крупные рандомизированные многоцентровые исследования PHS (Physicians' Health Study, 1989), BDT (British Doctor's Trial, 1988), TPT (Thrombosis Prevention Trial, 1998), HOT (Hypertension Optimal Treatment Trial, 1998), PPP (Primary Prevention Project, 2001). В исследовании HOT на фоне приема АСК риск острого инфаркта миокарда (ОИМ) снижался на 36%, риск первичных сердечно-

сосудистых событий – на 15% [3]. Во всех этих исследованиях женщины либо вообще не участвовали, либо их было незначительное число. Первое исследование, в котором изучалось влияние АСК (Аспирин* Кардио) на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин, – WHS (Women's Health Study). Это было двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование, продолжавшееся 10 лет (1990–1999), в котором участвовали 39 876 женщин. Доза Аспирина Кардио составляла 100 мг через день. На фоне приема Аспирина Кардио преимущественно снижались риски острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и ишемического инсульта, в то время как значимого снижения общего числа сердечно-сосудистых событий и смертности не отмечено. Более значимые результаты наблюдались в группе женщин старше 65 лет. Метаанализ, в который вошли 95 456 пациентов (51 342 из которых были женщины), принимавших АСК, продемонстрировал снижение риска сердечно-сосудистых событий у женщин на 12% (отношение шансов (ОШ) = 0,88), ОНМК – на 17% (ОШ = 0,83), ишемических инсультов – на 24% (ОШ = 0,76), показатели смертности при этом не изменились. У мужчин отмечалось снижение риска сердечно-сосудистых событий на 14% (ОШ = 0,86), ОИМ – на 32% (ОШ = 0,68), а также значимое снижение смертности и ОНМК. Эти данные легли в основу рекомендаций АНА (American Heart Association) по профилактике ССЗ у женщин (2007). Всем женщинам старше 65 лет рекомендуется прием низких доз АСК для снижения риска ОНМК и ОИМ. Женщинам моложе 65 лет, у которых выявлен низкий, умеренный и высокий риск ОНМК, также рекомендуются низкие дозы АСК. Здоровым женщинам до 65 лет прием АСК с профилактической целью не рекомендуется. Мужчинам после 45 лет рекомендуется прием низких доз АСК для профилактики ОИМ.



В результате крупного метаанализа, включившего 195 рандомизированных клинических исследований с участием 135 тысяч больных (мужчин и женщин) с установленным диагнозом ССЗ, было показано снижение риска повторных сердечно-сосудистых событий на 22%. Эффективность АСК в качестве вторичной профилактики ССЗ у мужчин и женщин была одинаковой.

Во всех рекомендациях предлагается учитывать соотношение «польза/риск», так как хорошо известно, что побочным эффектом приема АСК являются желудочно-кишечные кровотечения.

Выбор оптимального препарата АСК. Преимущества препарата Аспирин® Кардио

Аспирин® Кардио – самый изученный лекарственный препарат АСК, имеющий более чем 110-летнюю историю. Эффективность антиагрегантной терапии в качестве первичной и вторичной профилактики ССЗ с использованием Аспирин Кардио была продемонстрирована более чем в 200 рандомизированных многоцентровых исследованиях с участием почти 200 тысяч пациентов. Это послужило поводом к тому, что в 30 странах мира Аспирин® Кардио рекомендован для профилактики ССЗ больным с высоким сердечно-сосудистым риском.

Как известно, основным и самым опасным побочным эффектом АСК является желудочно-кишечное кровотечение, частота которого возрастает при длительном приеме препарата. Это послужило основанием для разработки безопасных форм препарата. Из всех имеющихся на сегодняшний день препаратов АСК доказательства безопасности в отношении слизистой желудка получены только для кишечнорастворимой формы Аспирин Кардио («Байер Шеринг Фарма»). В крупном проспективном эпидемиологическом исследовании участвовали 577 врачей Германии и 1156 кардиологических больных, уже получавших Аспирин® Кардио, и

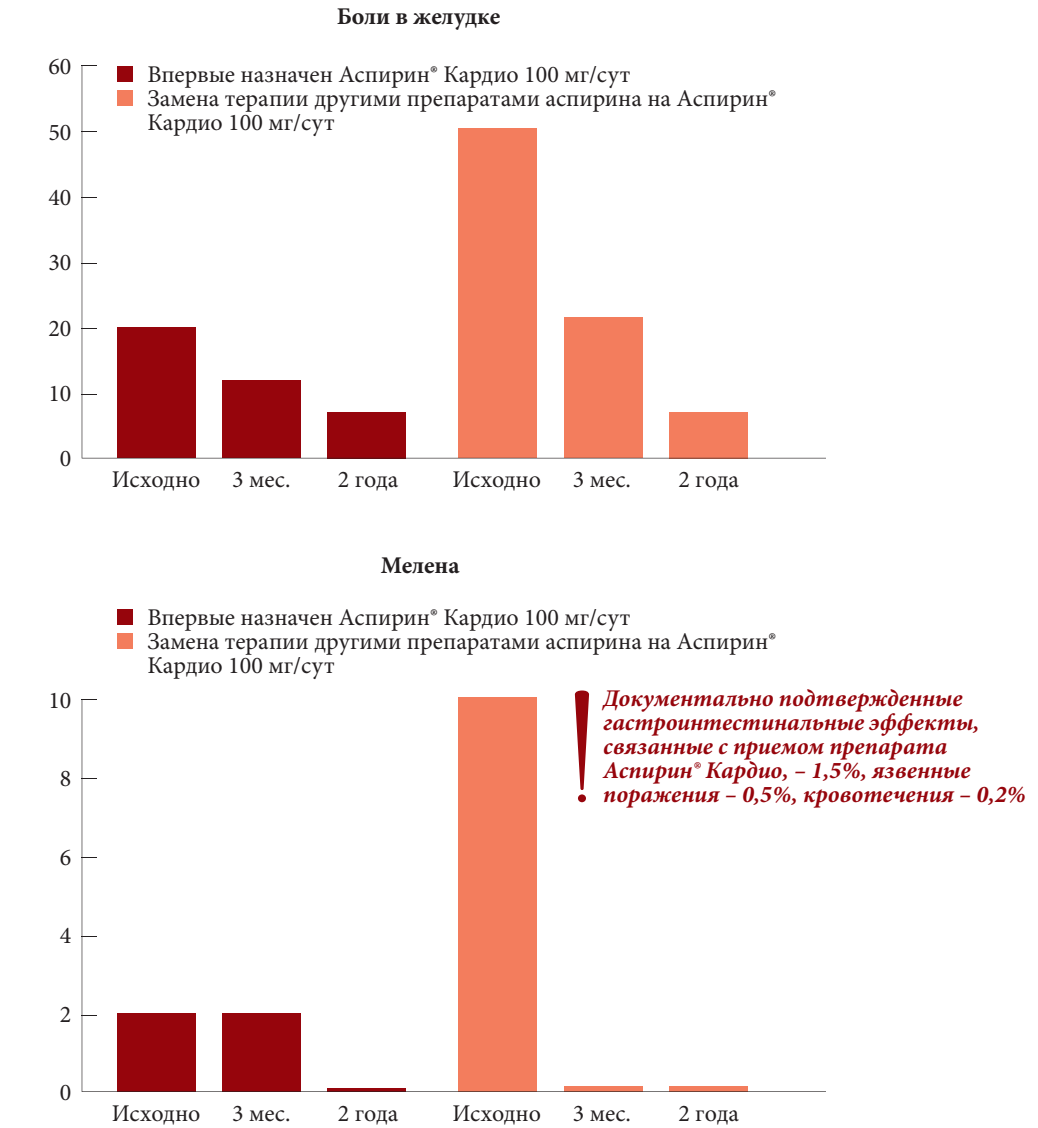


Рис. 2. Гастроинтестинальные эффекты Аспирин Кардио*
* Адаптировано по [23].

1570 больных, которым обычный аспирин заменили на Аспирин® Кардио. Фиксировались не только кровотечения, но и «малые» симптомы (изжога, диспепсия и др.). В ходе наблюдения отмечено значительное снижение симптомов диспепсии после замены обычного аспирина на Аспирин® Кардио. В начале исследования на изжогу жаловались 37,6% больных, через 3 месяца после замены препарата их число снизилось до 19,1%, а через 2 года – до 10,5%. Уменьшилась также тяжесть изжоги. В начале исследования у 3,3%

пациентов наблюдалась изжога тяжелой степени и у 13,7% – средней тяжести. К окончанию исследования таких форм изжоги не отмечено. Другие проявления диспепсии также значительно уменьшились (рис. 1, 2).
Исследования с использованием эндоскопических методов также продемонстрировали достоверно более низкую частоту эрозивно-язвенных осложнений со стороны ЖКТ при применении Аспирин Кардио в сравнении с другими формами АСК (рис. 3) [17, 18]. К примеру, в рандоми-



Кишечнорастворимая оболочка Аспирина Кардио уменьшает риск эрозии слизистой желудка



Рис. 3. Эрозии слизистой желудка на фоне приема Аспирина Кардио в сравнении с обычной АСК*

* Адаптировано по [17].

pH < 3

Абсорбция простой формы АСК
• пик в плазме через 15–20 мин.

pH > 6–7

Абсорбция энтеросолюбильного Аспирина Кардио:
■ пик в плазме после прохождения желудка через 2 ч
■ при разжевывании – через 30 мин.

Устойчивость Аспирина Кардио к соляной кислоте кишечника уменьшает раздражение слизистой желудка

Рис. 4. Абсорбция Аспирина Кардио

зированном двойном слепом исследовании, продолжавшемся 12 недель, 387 пациентов получали Аспирин® Кардио и 321 пациент – плацебо. Частота развития язв желудка при приеме Аспирина Кардио была сопоставима с плацебо – 6% и 7% соответственно [19].

При клиническом изучении формы АСК, содержащей антациды, не было получено доказательств преимуществ ее перед обычной формой. Более того, в некоторых исследованиях было зарегистрировано увеличение числа желудочно-кишечных кровотечений при применении этих форм [20].

Это объясняется тем, что эффективная терапевтическая доза гидроксида магния в современных антацидных препаратах

составляет 400–600 мг, а в препаратах АСК в комбинации с антацидами его содержание составляет всего 15–30 мг. Кроме того, целесообразность применения антацидов с АСК до сих пор дискутируется.

Безопасность Аспирина Кардио обеспечивается оболочкой, покрывающей таблетку, которая не растворяется в желудке и, минуя его, попадает в кишечник, где в щелочной среде происходит растворение оболочки и всасывание аспирина. Таким образом, устраняется местное раздражающее действие на слизистую желудка (рис. 4). В крупных рандомизированных исследованиях WHS, PPP, ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival, 1988) доказаны безопасность и хорошая переносимость Аспирина Кардио.

Из достаточно большого числа исследований, продемонстрировавших профилактический эффект аспирина в отношении ССЗ, снижение смертности было получено только в одном исследовании с использованием Аспирина Кардио [21]. В нем участвовали 4495 пациентов, имевших хотя бы один фактор риска ССЗ. Открытым способом пациенты были рандомизированы на группу Аспирин Кардио (n = 2226) и группу контроля (n = 2269). Исследование продолжалось 3,5 года. За это время в группе Аспирина Кардио риск смерти снизился на 44% (p < 0,05) в сравнении с группой контроля.

Наиболее впечатляющие результаты исследований с целью изучения профилактического действия АСК на ССЗ были получены с использованием Аспирина Кардио. В исследовании ISIS-2, в котором участвовали 4300 больных с предполагаемым диагнозом ОИМ, использовали Аспирин® Кардио. Уже за 5 недель лечения удалось предотвратить более 100 смертельных исходов [22]. Почти в 2 раза снизилась частота нефатальных рецидивов инфаркта миокарда и ишемического инсульта. Влияние Аспирина Кардио на риск смерти было сопоставимо с профилактическим действием тромболитической терапии стрептокиназой, а их сочетанное применение вносило дополнительный вклад в снижение смертности. За время лечения не было выявлено повышения риска крупных кровотечений и геморрагических инсультов, даже при сочетанном применении Аспирина Кардио со стрептокиназой. Через 10 лет наблюдения сохранялась достоверная разница в отношении показателей смертности в пользу Аспирина Кардио.

В отличие от Аспирина Кардио, все другие «улучшенные» формы аспирина в крупных клинических исследованиях не участвовали и не имеют доказательной базы. Кроме того, ни один из подобных препаратов не одобрен для применения FDA (Food and Drug Administration). ☺

Литература
→ С. 58



Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Европейское общество по артериальной гипертонии

Российское медицинское общество по артериальной гипертонии

Российский кардиологический научно-производственный комплекс
Минздравсоцразвития РФ

VIII Всероссийский конгресс

«Артериальная гипертония: от А. Л. Мясникова до наших дней»

**5-7 марта 2012 года
г. Москва**

Оргкомитет: ФГБУ Российский кардиологический
научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития РФ

тел.: 8-495-414-62-70, 8-499-262-75-62

тел./факс: 8-495-414-62-14, 8-499-149-08-51

Место проведения: 121552, г. Москва, ул. 3-я Черепковская, 15 а,
Российский кардиологический научно-производственный комплекс

Вся информация на сайтах:
www.gipertonik.ru, www.cardioweb.ru

Тезисы принимаются до 1 февраля 2012 г.



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
Клиника
пропедевтики
внутренних болезней,
гастроэнтерологии
и гепатологии
им. В.Х. Василенко

Профилактика инфаркта миокарда и инсульта: единый подход

Д.м.н., проф. О.М. ДРАПКИНА, к.м.н. Я.И. АШИХМИН,
д.м.н., проф., академик РАМН В.Т. ИВАШКИН

Критическая необходимость проведения активных превентивных мер в кардиологической и неврологической практике в нашей стране обусловлена высокими показателями заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта. Общность патогенеза этих сердечно-сосудистых катастроф объясняет высокую эффективность их совместной полноценной профилактики. В то же время практикующий врач в зависимости от своей специальности зачастую уделяет больше внимания профилактике либо инсульта, либо инфаркта. Во многом это обусловлено не столько наличием предрасполагающих факторов, сколько недостаточной согласованностью рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых катастроф в целом. В статье освещаются возможности совместной профилактики инфаркта миокарда и инсульта и предлагается тактика ее проведения.

Выбор любых профилактических мероприятий должен учитывать возможные факторы риска. Как показано в таблице 1, факторы риска развития инфаркта миокарда и инсульта во многом сходны. Влияние на модифицируемые факторы, актуальные для конкретного пациента, является залогом эффективной профилактики (рис. 1). Индивидуальный риск развития сердечно-сосудистых катастроф легко рассчитывается с помощью шкал типа SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) (рис. 2) или EUROSCORE (European

System for Cardiac Operative Risk Evaluation), и, безусловно, использование этого метода исследования должно быть обязательным при осмотре каждого пациента старше 20 лет. Далее будут рассмотрены возможности снижения риска развития инфаркта миокарда и инсульта, основанные на данных доказательной медицины.

Факторы, снижающие риск инфаркта миокарда и инсульта

Питание. Во множестве клинических исследований и наблюдений подтверждена эффективность

низкокалорийного рациона питания, богатого овощами, фруктами, рыбой, злаками, орехами и чесноком, в профилактике сердечно-сосудистых катастроф. Среди лиц, употребляющих рыбу хотя бы раз в неделю, риск смерти от инфаркта или инсульта в среднем на 52% (!) ниже, чем у тех, кто ест рыбу реже. Три и более порции овощей и фруктов в день уменьшают сердечно-сосудистый риск на 27%, причем с увеличением их потребления риск продолжает снижаться. Напротив, прием продуктов, содержащих липиды, в первую очередь животные жиры и транс-жирные кислоты, следует жестко ограничить. Количество соли, ежедневно получаемой во всех видах, не должно превышать 6 г, а в случае артериальной гипертензии (АГ) – 5 г. Питание является важным фактором контроля гликемии у пациентов с сахарным диабетом и нарушением толерантности к глюкозе – при состояниях, ассоциированных с ростом риска развития ИМ и инсульта (рис. 3). Данный вопрос подробно освещен в отечественной литературе и в этой работе отдельно рассматриваться не будет. Пропаганде здорового питания в современной России уделяется мало внимания. Однако сегодня, по нашему мнению, на фоне роста благосостояния граждан широкие образовательные программы в этой области востребованы как никогда.

Таблица 1. Основные категории факторов риска сердечно-сосудистых катастроф

Категория	Фактор риска сердечно-сосудистых катастроф		
Предрасполагающие	Возраст, мужской пол*, семейный анамнез и гены		
Модифицирующее риск поведение	Курение, атерогенная диета, малая физическая активность, масса тела, прием алкоголя, психологические проблемы, употребление наркотиков		
Метаболические факторы риска	Дислипидемии, гипертензия, ожирение, метаболический синдром, диабет и другие эндокринопатии, а также коагулопатии, гипергомоцистеинемия		
Маркеры заболевания	Общие для ИМ и инсульта	Преимущественно ИМ	Преимущественно инсульта
	Данные катетеризации, ССЗ в анамнезе (ИБС, ИМ, заболевания периферических сосудов), дисплазия соединительной ткани, сахарный диабет, кардиомиопатии, воспалительный процесс	Кальциевый индекс, результаты стресс-тестов, гипертрофия левого желудочка, неатеросклеротические поражения коронарных артерий и миокарда (артерииты, спазм коронарных артерий, амилоидоз и др.)	Атеросклеротический стеноз сонных артерий, фибрилляция предсердий, инсульт или ТИА в анамнезе, опухоли мозга, протез сердечного клапана, ревматическое поражение клапанов сердца, инфекции (менингит, эндокардит), серповидно-клеточная анемия. <i>Факторы риска геморрагического инсульта включают аневризмы, врожденные АВМ, а также травмы мозга</i>

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМ – инфаркт миокарда; ТИА – транзиторная ишемическая атака; АВМ – артерио-венозные мальформации.

* Несмотря на то что заболеваемость инсультом у мужчин выше, у женщин он, как правило, протекает тяжелее, и примерно половина случаев смерти от инсульта приходится на долю женщин.

Факторы, определяющие риск

Предрасполагающие факторы
(возраст, пол, семейный анамнез, гены)

Диагностические исследования
(стресс-тесты, УЗИ-ДГ, др.)

Модифицируемые поведенческие и метаболические факторы
(курение, гипертония, дислипидемия, избыточный вес, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, неправильное питание)

Факторы, снижающие риск

Профилактический прием препаратов
(аспирин, варфарин, бета-блокаторы, иАПФ, др.)
Вмешательства
(АКШ, ангиопластика, эндартерэктомия)

АКШ – аортокоронарное шунтирование, УЗИ-ДГ – ультразвуковое исследование с доплерографией.

Рис. 1. Графическое представление разделения факторов риска на предрасполагающие и снижающие риск развития сердечно-сосудистых катастроф

Физическая активность. Поддержание индекса массы тела ниже 25–27 кг/м² в сочетании с адекватной физической нагрузкой не только благоприятно влияет на другие факторы риска, но и само по себе снижает риск инфаркта миокарда в среднем на 50%. Физические упражнения способствуют увеличению уровня липопротеинов высокой плотности, уменьшению уровня липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, повышению чувствительности к инсулину, нормализации артериального давления (АД), а также улучшению эндотелиальной функции. Современные программы реабилитации больных, перенесших инфаркт и инсульт, также

подразумевают раннюю активизацию больных и поэтапное расширение режима физической нагрузки. Грамотная программа реабилитации позволяет снизить общую смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 25%. Отметим, что, рассчитывая повседневную нагрузку для больных, перенесших ИМ, удобно ориентироваться на частоту сердечных сокращений, безопасный уровень которой не должен превышать 60% от максимальной.

Отказ от курения. Курение приводит к снижению эластичности сосудистой стенки, увеличению ее ригидности, повреждению эндотелия, что является одним

из основных звеньев развития и инфаркта миокарда, и инсульта. Кроме того, возрастает уровень фибриногена, агрегации тромбоцитов, гематокрит, в то время как концентрация липопротеинов высокой плотности в плазме снижается. Столь драматичные изменения приводят к двух-трехкратному росту вероятности развития инфаркта миокарда и двукратному – инсульта. Однако уже спустя 3–6 месяцев после отказа от вредной привычки риск сердечно-сосудистых катастроф снижается на 20–30%, а в течение первых трех лет уменьшается на 60%. Врачебная тактика должна включать следующее:

- выявление курящих лиц;

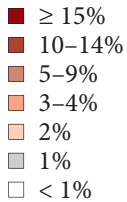
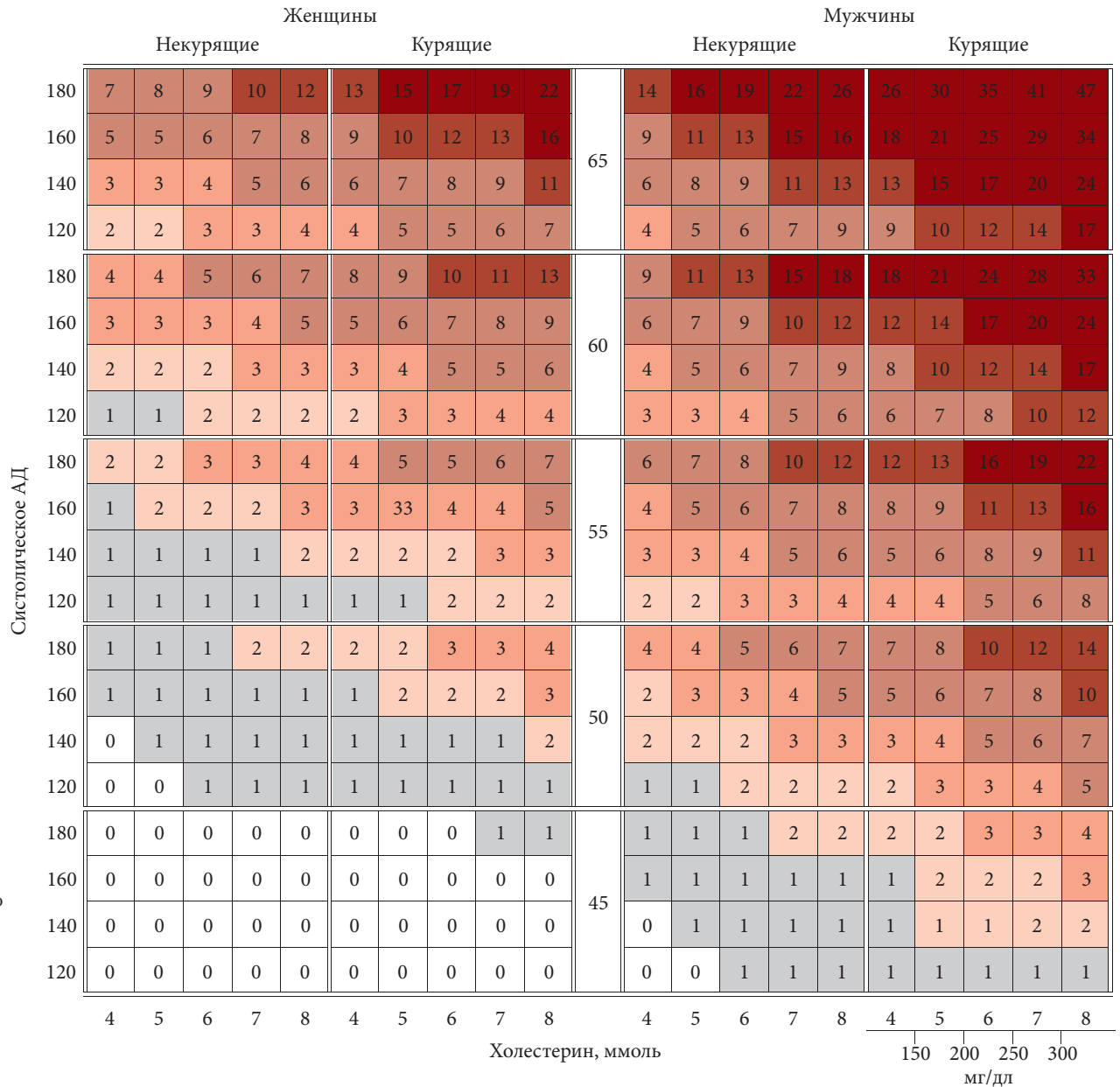


Рис. 2. Шкала SCORE: оценка 10-летнего риска развития фатальной сердечно-сосудистой катастрофы (инфаркта миокарда или инсульта)*

Для исчисления относительного риска соотнесите риск пациента с самой нижней левой ячейкой в соответствующем его возрасту, полу и отношению к курению квадрате. Низким считается риск < 5%. Пациенты с таким риском должны поддерживать свой статус и в дальнейшем.

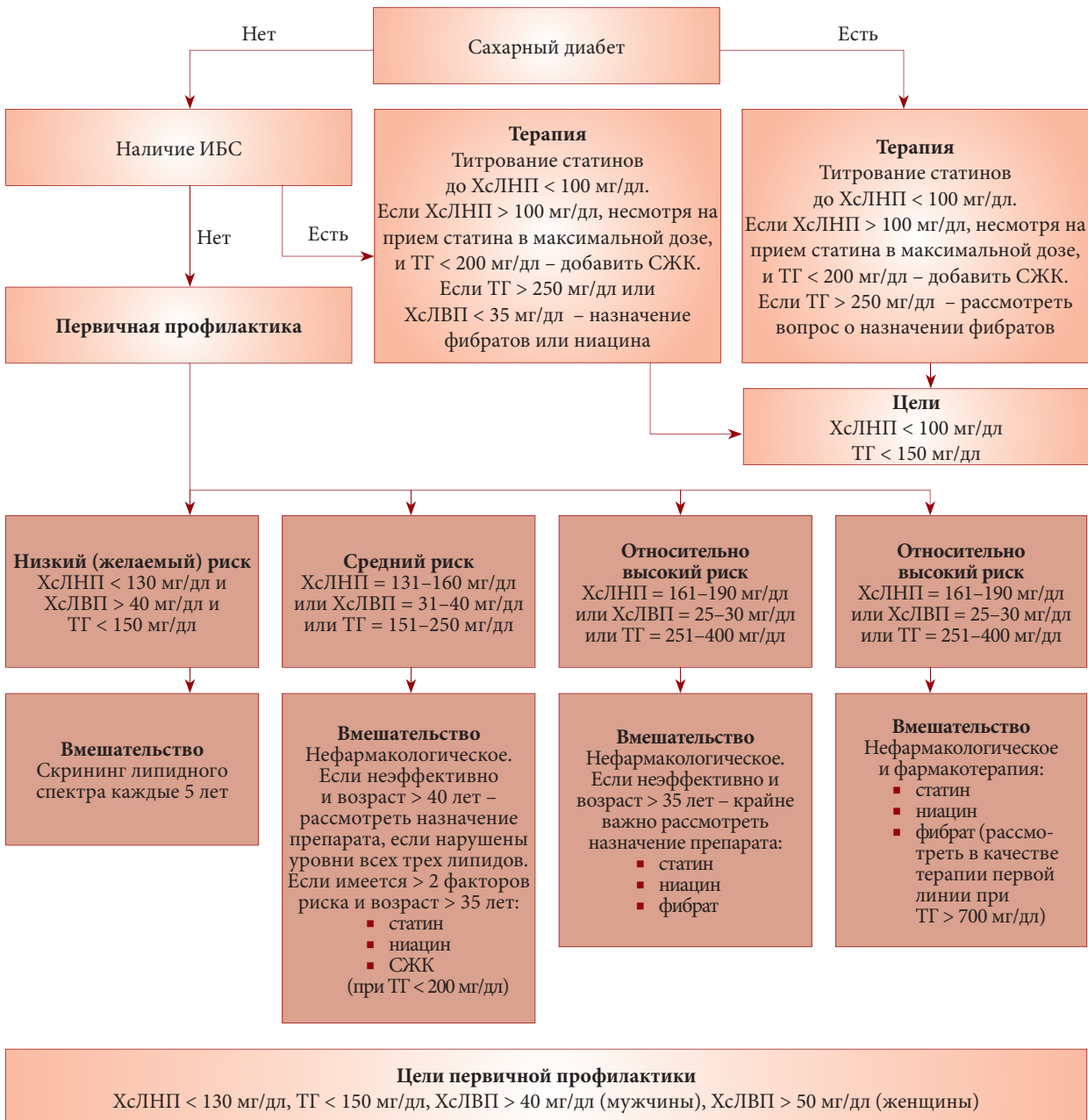
* Адаптировано по [7].

- определение степени зависимости, интенсивности курения и готовности перестать курить;
 - строгую рекомендацию бросить курить;
 - содействие прекращению курения с помощью поведенческой психотерапии и фармакотерапии, включая никотин-замещающие препараты;
 - определение графика последующих визитов для контроля ситуации. Эффективность наиболее активных стратегий с применением психотерапии, никотин-замещающих пластырей и таблеток достигает 40% (в течение годичного периода наблюдения в случае полного отказа от курения).
- Алкоголь в малых дозах.** Алкоголь обладает двойным – кардиопротективно-кардиопатогенным – действием на сердечно-сосудистую систему. Положительные его эффекты проявляются лишь при употреблении малых доз. Такой уровень потребления алкоголя ассоциируется со снижением риска развития АГ, ишемической

болезни сердца (ИБС) на 37%, ИМ – на 30–50%. Лишь немногие работы подтвердили эффективность алкоголя (< 2 порций в сутки) в отношении профилактики ишемического инсульта. (Порция – доза чистого алкоголя, примерно равная 0,33 л пива или 150 мл вина.) Уже при приеме более 3 порций в сутки резко возраста-

ет риск развития инсультов, особенно геморрагических и субарахноидальных кровоизлияний, ИБС, гипертензии, аритмий, внезапной смерти, алкогольной кардиомиопатии, а также рака груди у женщин. В нашем исследовании различий в клиническом течении алкогольной и идиопатической дилатационной кардиомиопатий первая достовер-

но чаще (в 43% случаев) сочеталась с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий [1]. Как показало другое отечественное исследование, общая летальность в группе часто пьющих лиц выше на 61%, а летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь ИМ и инсультов, – на 105%. Таким образом, в России, в связи с



СЖК – секвестрант желчных кислот; ХсЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности; ХсЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности; ТГ – триглицериды.

Рис. 3. Алгоритм гиполипидемической терапии, основанной на данных доказательной медицины*

* Адаптировано по [9].



отсутствием культуры употребления алкоголя, широко рекомендовать этот способ предотвращения сердечно-сосудистых катастроф не представляется возможным.

Отказ от употребления наркотиков. Внутривенное введение наркотических веществ увеличивает риск развития инсульта, с одной стороны, вследствие прямого действия на нервную ткань, с другой – ввиду стимуляции тромбообразования. Например, кокаин увеличивает не только вероятность инсульта, но и инфаркта миокарда, риск развития которого возрастает в 24 раза в первые 60 минут после его приема. На сегодняшний день нередко встречается сочетанное употребление алкоголя и кокаина. Образующийся при этом кокаэтилен оказывается еще более токсичным для мозга и миокарда веществом. Все это подчеркивает важность скорейшей реализации программ по борьбе с наркоманией в нашей стране.

Психологические факторы. Важная роль в развитии ИМ таких факто-

ров, как депрессия, потеря социальной поддержки, стрессы, типичности А и инсульты, общепризнанна. Необходимость коррекции этих состояний – очевидная для психологов и психиатров – начинает осознаваться интернистами. Применение образовательных и антистрессовых программ во вторичной профилактике имеет определенную доказательную базу. Метаанализ 37 малых клинических исследований показал, что такого рода вмешательства позволяют снизить сердечно-сосудистую смертность на 34%, а частоту повторного инфаркта миокарда – на 29% [2]. Исследование SADHART (Sertralin Antidepressant Heart Attack Randomized Study) продемонстрировало эффективность и безопасность сертралина (ингибитор обратного захвата серотонина) в комплексной терапии больных, перенесших ИМ [3]. У лиц, принимавших сертралин, в сравнении с группой плацебо достоверно улучшилось качество жизни и сни-

зилась частота сердечных приступов, более за грудиной, сердечной недостаточности, смертности от сердечно-сосудистых причин. В исследовании ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients) (n = 2481), изучавшем эффективность когнитивной и поведенческой психотерапии и применения психофармакологических препаратов у пациентов с депрессиями, психосоциальными проблемами, перенесших ИМ, было также показано снижение риска нефатального ИМ и смерти от сердечно-сосудистых катастроф в экспериментальной группе [4]. Тем не менее риск общей смертности не снижался. Вопрос о возможностях первичной профилактики ИМ и инсультов с помощью антидепрессантов и анксиолитиков до сих пор остается открытым.

Неосведомленность многих пациентов в отношении своей болезни является важным фактором ее прогрессирования. Результаты работы Школы для больных ИБС, созданной на базе нашей клиники, свидетельствуют об уменьшении числа гипертензивных кризов (с 40% до 1%), приступов стенокардии (на 52%), значимом увеличении комплаентности и качества жизни обучающихся в ней лиц. Считаем открытие подобного рода школ, в том числе и для больных, перенесших инсульт, одной из приоритетных задач российского здравоохранения.

Контроль артериального давления. Клинические исследования демонстрируют тесную линейную корреляцию между риском ИМ и инсульта и повышением уровня артериального давления у пациентов с наличием или отсутствием сердечно-сосудистых катастроф в анамнезе. Метаанализ 9 крупных клинических исследований (n = 420 000) показал, что повышение диастолического давления на 7 мм рт. ст. ассоциируется с ростом риска ИМ на 27%, инсульта – на 42%, а также сердечной недостаточности и болезней почек [5]. Соответственно при снижении диастолического АД на 5–6 мм рт. ст. можно ожидать уменьшения риска инсульта на 42%, ИБС – на 15% [6].



ДАД – диастолическое артериальное давление; САД – систолическое артериальное давление.

Рис. 4. Рекомендации по ведению асимптомных пациентов с артериальной гипертензией

Таблица 2. Сводные рекомендации к применению антигипертензивных препаратов

Показание	Рекомендованные препараты				
	Диуретики	Бета-блокаторы	Ингибиторы АПФ	Блокаторы ангиотензиновых рецепторов	Блокаторы кальциевых каналов
Сердечная недостаточность	++	+	++	+	+/- ¹
Инфаркт миокарда в анамнезе	+ ² /-	++	++	+	
Высокий риск ишемической болезни сердца	+	++	+		+
Диабет	+ ³	+	++	+	++
Хронические заболевания почек			+/- ⁴	+/- ⁴	+
Инсульт в анамнезе	++		+ ⁵	+/- ⁵	+/-
Систолическая артериальная гипертензия	++				++
Артериальная гипертензия у пожилых людей	++				++
Поражение периферических сосудов		-			++
Нарушения ритма		++			+
Сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких		-			++
Вазоспастическая стенокардия					++

(++) – особенно показаны; (+) – возможные показания; (+/-) – определенные препараты класса могут быть показаны в ряде случаев; (-) – препараты противопоказаны.

¹ В настоящее время применение амлодипина и фелодипина возможно и при наличии сердечной недостаточности III и IV функционального класса.

² Доказано только для спиронолактона.

³ Индапамид и, по всей видимости, малые дозы гидрохлортиазида возможно применять в случае сахарного диабета.

⁴ Противопоказаны в случае двустороннего стеноза почечных артерий или стеноза артерии единственной функционирующей почки.

⁵ Эффективность препаратов данных групп во вторичной профилактике инсульта в настоящий момент уточняется.

Целевые цифры АД у пациентов низкого риска – 140 и 90 мм рт. ст. Согласно европейским рекомендациям, у больных в группах высокого риска (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе, в ряде случаев – хронические заболевания почек) следует добиваться уровня АД ниже 130 и 80 мм рт. ст. [7, 8]. Многие исследователи предлагают снижать давление у лиц с сахарным диабетом до цифр 120 и 80 мм рт. ст. и ниже, основываясь на концепции линейной зависимости между АД и риском сердечно-сосудистых катастроф. Систолическое АД 120–139 или диастолическое АД 80–89 мм рт. ст. трактуется как прегипертензия. Уже на этом этапе пациентам рекомендуется изменить образ жизни – непременно бросить курить, изменить стереотипы питания, увеличить физическую активность, снизить избыточный вес и т.д. [9]. В то же время отечественные неврологи зачастую предостерегают от столь активного лечения АГ, в особенности в рамках вторичной профилактики инсульта.

В чем же разница между пациентами с ИБС и инсультом? Данные метаанализа 7 крупных клинических исследований свидетельствуют, что, во-первых, пациенты, перенесшие инсульт, в среднем на 10 лет старше и чаще женского пола [10]. Во-вторых, эти заболевания формируются на неодинаковом патологическом фоне: ИМ развивается обычно как изолированный тромбоз коронарных артерий, а инсульту сопутствует целый патологический «букет» – геморрагии, массивные тромбозы, кардиоэмболизм, болезни микроциркуляторного русла. В-третьих, варьирует вклад факторов риска и ответ на лечение: гиперхолестеринемия более предрасполагает к ИБС и ИМ, в то время как АГ – к инсульту. Наконец, наличие атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий может нивелировать позитивное влияние снижения АД в случае значимого падения перфузии мозга, что порой может приводить и к развитию инсульта гемодинамического типа. Стремясь к достижению целевых цифр АД у больных с инсультом и высокой предрасположенно-

стью к нему, важно принимать во внимание указанные моменты и не переусердствовать со снижением АД. Особое внимание следует уделить проблеме рационального выбора режима лечения.

Профилактика артериальной гипертензии. В случае если у пациента не выявлено симптомов, после оценки риска по шкале SCORE (рис. 2) можно предложить следующий алгоритм действий (рис. 4). После принятия решения о начале терапии возникает вопрос о том, препарат какой группы (бета-блокатор, ингибитор АПФ (иАПФ), блокатор кальциевых каналов, диуретик или блокатор рецепторов ангиотензина II) следует выбрать в каждом конкретном случае. В настоящее время нет единого мнения относительно того, какой из этих классов препаратов наиболее эффективен. В качестве средств первичной профилактики препараты этих групп обладают примерно одинаковым превентивным потенциалом, и на первый план выходит задача достижения целевых цифр АД. Заметим, что на практике для этого, как



правило, требуется более чем один препарат. Тиазидные и тиазидоподобные (индапамид) диуретики и иАПФ обычно рассматриваются в качестве терапии первой линии. Выбор между ними подчас затруднен ввиду различных результатов клинических исследований сравнительной эффективности препаратов этих классов.

В исследовании PROGRESS (Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study) было показано преимущество комбинированной терапии иАПФ и диуретиками (индапамидом) над монотерапией периндоприлом во вторичной профилактике инсульта [11]. В группе комбинированной терапии риск инсульта уменьшился на 43%, в группе периндоприла статистически значимого снижения риска инсульта выявлено не было. Это согласуется с данными метаанализов [10, 12], выявивших высокую эффективность иАПФ лишь во вторичной профилактике ИМ и ИБС (снижение риска на 22–26%), а комбинации иАПФ и диуретиков – также и во вторичной профилактике инсульта. По данным этих же метаанализов, бета-блокаторы не влияют на исход заболевания у лиц, перенесших инсульт или транзиторную ишеми-

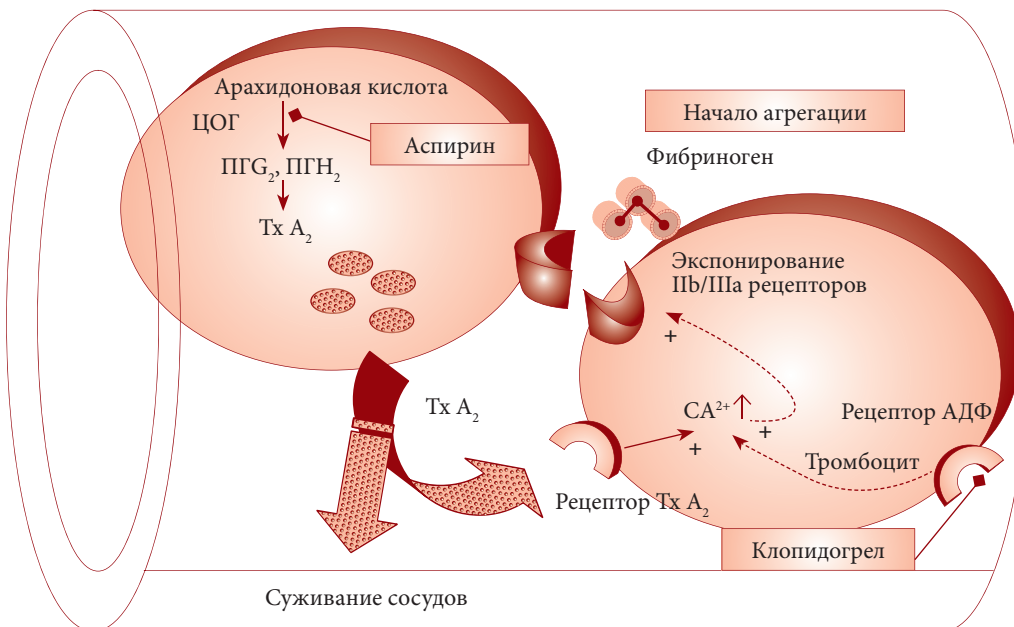
ческую атаку. В то же время была показана высокая эффективность бета-блокаторов во вторичной профилактике ИМ. Так, метаанализ N. Freemantle и соавт. выявил, что длительный прием бета-блокаторов после инфаркта миокарда сопровождается 23-процентным снижением уровня смертности [13]. Причем степень блокирования адренорецепторов, определяемая по снижению частоты сердечных сокращений, в сравнении с контрольной группой прямо коррелировала с улучшением прогноза. По данным метаанализа, проведенного P. Verdecchia и соавт., блокаторы кальциевых каналов эффективны в профилактике ИБС в группах высокого риска наравне с препаратами других групп и превосходят по эффективности иАПФ в профилактике инсульта [12].

В последнее время появляется все больше косвенных доказательств того, что блокаторы ангиотензиновых рецепторов оказываются более эффективными препаратами, нежели иАПФ, в профилактике инсульта. Так, в исследовании LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension) продемонстрировано 25-процентное превосходство лозартана над ателололом в отношении снижения

риска инсульта [14]. В подгруппе пациентов с изолированной систолической гипертензией и гипертрофией левого желудочка прием лозартана приводил к 40-процентному снижению риска инсульта. Кандесартан показал свою эффективность в отношении улучшения прогноза больных инсультом в исследовании ACCESS (Acute Candesartan Cilexetil Evaluation in Stroke Survivors) [15]. Показания к назначению антигипертензивных препаратов суммированы в таблице 2. Заметим, что при выборе препарата в клинической практике большое значение имеет наличие у больного и сопутствующих заболеваний, и противопоказаний к приему препаратов определенного класса.

Современная превентивная терапия инфаркта миокарда и инсульта

Антитромботическая терапия Антитромботическая терапия на сегодняшний день является важнейшим звеном профилактики ИМ и инсульта. Подбор дозы антитромбоцитарных препаратов (рис. 5) определяется соотношением сердечно-сосудистого риска и угрозы ятрогенных осложне-



Снижая синтез тромбоксана (Tx A₂), аспирин опосредованно ингибирует экспонирование на поверхности тромбоцитов, ключевых для агрегации П2/У3а гликопротеиновых рецепторов. Другой дезагрегант – клопидогрел – действует на уровне рецепторов АДФ, при их ингибировании сохраняется высокая активность внутриклеточной аденилатциклазы. Образующийся с ее помощью цАМФ противостоит эффектам кальция, таким образом также достигается подавление агрегации тромбоцитов.

ЦОГ – циклооксигеназа; PGG₂, PGH₂ – простагландины G2 и H2.

Рис. 5. Механизм действия дезагрегантов на уровне тромбоцитов



ний, в первую очередь кровотечений. По данным метаанализа, обобщившего результаты 287 рандомизированных исследований ($n > 200\,000$), аспирин в качестве средства вторичной профилактики способен снизить риск развития последующих сердечно-сосудистых катастроф в целом на 1/4; нефатального ИМ – на 1/3, нефатального инсульта – на 1/4, асердечно-сосудистой смертности – на 1/6 [16]. Таким образом, аспирин, принимаемый в малых дозах (75–162 мг/сут), – профилактический препарат номер один у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При его назначении целесообразно учесть следующие моменты:

- важность ежедневного приема аспирина в малых дозах;
- адекватность контроля артериального давления (крайне важно!);
- факторы, потенциально увеличивающие риск геморрагических осложнений, в том числе инсульта (уровень тромбоцитов, возраст пациента старше 70 лет, а также возможность наличия коагулопатий). Однако в целом соотношение «риск/польза» по этим факторам у аспирина благоприятно;
- состояние желудочно-кишечного тракта. Аспирин противопоказан при язвенно-эрозивных поражениях в фазе обострения и тяжелой печеночной недостаточности. Наличие кишечнорастворимой формы и комбинации с мизопростолом повышает безопасность приема препарата, в том числе в случае хронического гастрита;
- постоянный прием других нестероидных противовоспалительных препаратов, в особенности ибупрофена, с одной стороны, может обусловить снижение эффективности аспирина, а с другой – усиление ulcerогенного действия;
- взаимодействие с некоторыми иАПФ, в частности возможность ослабления активности, например, эналаприла, при сочетании с аспирином. По всей видимости, такие иАПФ, как рамиприл

Таблица 3. Вклад факторов риска в развитие ишемического инсульта у пациентов с ФП без поражения клапанов сердца

Фактор риска	Относительный риск
Инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе	2,5
Сахарный диабет	1,7
Артериальная гипертензия в анамнезе	1,6
Ишемическая болезнь сердца	1,5
Пожилой возраст (на каждые 10 лет жизни)	1,4
Хроническая сердечная недостаточность	1,4

* Относительный риск – в сравнении с пациентами с фибрилляцией предсердий без указанных факторов риска.

и лизиноприл, практически с аспирином не взаимодействуют;

- риск возникновения аллергических реакций у пациентов с бронхиальной астмой и полипозным риносинуситом.

В ряде исследований, например CAPRIE (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events) и др., было выявлено незначительное, 6–10-процентное превосходство тиенопиридинов (в первую очередь клопидогрела) над аспирином в способности предотвращать роковые тромботические осложнения [17]. Учитывая высокую стоимость данных препаратов, их применение актуально в случае аллергических реакций на аспирин и резистентности к аспирину, выявленной агрегометрически, а в ряде случаев – клинически, при развитии инфаркта или инсульта на фоне длительного приема аспирина. Более мощные режимы дезагрегантной терапии (аспирин плюс дипиридамола и в особенности – аспирин плюс клопидогрел) демонстрируют более высокую эффективность их совместного приема. Возможности сочетанного назначения аспирина и клопидогрела в настоящее время активно изучаются, такая комбинация может использоваться в лечении острого коронарного синдрома, нестабильной стенокардии и ишемического инсульта, после проведения ангиопластики, операции аортокоронарного шунтирования, а также, по всей видимости, в группах высокого риска инсульта при невозможности применения непрямым антикоагулянтов. Отметим, что для появления клинического эффекта клопидогрел

должен приниматься не менее 6 месяцев (в среднем 9–12 месяцев). Вопрос применения аспирина в качестве средства первичной профилактики представляется более сложным. С одной стороны, имеются данные пяти крупных клинических исследований, проведенных преимущественно на мужской популяции, которые демонстрируют пользу его приема в низких дозах в плане первичного предотвращения сердечно-сосудистых катастроф в целом, и в первую очередь – нефатального ИМ. С другой – существуют опасения относительно увеличения риска геморрагических инсультов и возможности трансформации нефатальных сердечно-сосудистых катастроф в фатальные. В клиническом исследовании аспирина в первичной профилактике у женщин старше 45 лет ($n = 39\,876$), проведенном P.M. Ridker и соавт., обнаружилось, что аспирин способен предотвращать развитие ишемического инсульта (на 24%), но не ИМ, при статистически незначимом увеличении риска геморрагического инсульта [18]. В подгруппе женщин старше 65 лет аспирин, тем не менее, значимо снижал риск и ИМ, и ишемического инсульта, и сердечно-сосудистых катастроф в целом. Что касается риска геморрагического инсульта, по всей видимости, аспирин незначительно, а в ряде исследований даже статистически недостоверно, повышает его. По данным P.V. Gorelick и соавт., риск развития геморрагического инсульта, ассоциированный с приемом аспирина в качестве как первичной, так и вторичной профилактики, соот-



ветствует всего 0,2 инсультам на 1000 пациенто-лет [19]. Американская кардиологическая ассоциация рекомендует использовать аспирин для первичной профилактики у взрослых людей, 10-летний сердечно-сосудистый риск которых превышает 6–10%. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, вне установленного сердечно-сосудистого заболевания аспирин в малых дозах (75 мг/сут) показан в случае высокого риска (> 5% по SCORE, рис. 2) у пациентов с диабетом, лиц с хорошо контролируемой АГ и мужчин с высоким мультифакторным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

Антикоагулянты

Непрямые антикоагулянты реализуют свое действие через предотвращение витамин-К-зависимой активации II, VII, IX и X факторов свертывания крови. Варфарин *per os* – наиболее широко применяемый в клинике препарат этой группы благодаря стабильности действия ($T_{1/2} = 36–42$) и низкой токсичности. Однако его применение требует постоянного контроля степени гипокоагуляции по международному нормализованному соотношению (МНО), отражающему реальную степень падения протромбинового времени, а также учета возможности взаимодействия с множеством препаратов и пищевыми продуктами.

Применение варфарина оправдано у пациентов с наиболее высоким риском тромбозов и осложнений, в том числе ишемического инсульта, при наличии:

- протезированных клапанов сердца;
- фибрилляции предсердий (ФП);
- тромба в полости сердца;
- тромбоза легочной артерии в анамнезе;
- антифосфолипидного синдрома (в ряде клинических исследований не было выявлено различий в эффективности в сравнении с аспирином).

Его значение во вторичной профилактике ИМ и инсультов у пациентов с ИБС без ФП остается менее определенным ввиду противоречивых результатов соответствующих клинических исследований и относительно высокого риска развития при его применении кровоизлияний, включая внутричерепные. Здесь необходимо заметить, что антикоагулянты обладают очень узким терапевтическим интервалом: риск геморрагий резко увеличивается при превышении значений МНО 3–4, в то время как при МНО < 2 заметно падает их эффективность. По данным метаанализа, проведенного S.S. Anand и соавт., применение антикоагулянтов у пациентов с ИБС в средне- (МНО 2–3) и высокоинтенсивном (МНО 2,5–3,5) режимах значительно снижает риск инсульта и ИМ, но при этом увеличивает риск геморрагий [20].

Возможности использования сочетанной антитромботической терапии антикоагулянтами и дезагрегантами сегодня активно изучаются. Сочетание антикоагулянтной терапии низкой интенсивности (МНО < 2) с приемом аспирина, по всей видимости, не превосходит по эффективности монотерапию аспирином, а по числу побочных эффектов сравнимо с монотерапией варфарином. В случае вторичной профилактики ИМ комбинация варфарина (МНО 2,8–4,2) с аспирином (75–160 мг) превосходит по эффективности варфарин в предотвращении повторного инфаркта и ишемического инсульта, но приводит к большим геморрагиям в 4 раза чаще, чем монотерапия аспирином [21].

Причинами ишемического инсульта в 20% случаев являются эмболы, происходящие из полостей сердца, большинство которых формируются как пристеночные тромбы при ФП. Ежегодный риск инсульта у пациентов с ФП составляет 4,5% и увеличивается при наличии АГ, сахарного диабета, дисфункции левого желудочка, предшествующих транзиторно-ишемической атаке, инсульте, а также возрасте старше 65 лет (табл. 3).

Применение непрямых антикоагулянтов позволяет снизить риск развития инсульта до 1,4% в год, а также общую смертность больных с ФП. Необходимая степень гипокоагуляции определяется

Таблица 4. Подход к антитромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий на основании оценки риска*

Клиника	Антитромботическая терапия
Возраст менее 60 лет, без органических заболеваний сердца (изолированная фибрилляция предсердий)	Аспирин (до 325 мг/сут) или без терапии
Возраст менее 60 лет, наличие заболеваний сердца, но без факторов риска*	Аспирин (до 325 мг/сут)
Возраст 60 и более лет, без факторов риска*	Аспирин (до 325 мг/сут)
Возраст 60 и более лет с сахарным диабетом или ИБС	Пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0) или аспирин (81–162 мг/сут)
Возраст 75 лет и старше, в особенности женщины, с сердечной недостаточностью	Пероральные антикоагулянты (МНО 2,0)
Фракция выброса левого желудочка менее 35%, тиреотоксикоз или артериальная гипертензия	Пероральные антикоагулянты (МНО 2,0–3,0)
Ревматический порок сердца, или протезированные клапаны, или тромбоз в анамнезе, или наличие тромба предсердия	Пероральные антикоагулянты (МНО 2,5–3,5 или выше)

* Факторы риска тромбозов здесь – сердечная недостаточность, фракция выброса левого желудочка менее 35%, артериальная гипертензия в анамнезе.



балансом между профилактикой ишемического инсульта и риском возможных геморрагических осложнений. Максимальная степень защиты от ишемического инсульта при ФП достигается при МНО в интервале 2,0–3,0, тогда как МНО 1,6–2,5 ассоциируется с недостаточной (снижение примерно на 20%) эффективностью. Достижение МНО 1,6–3,0 можно признать эффективным и относительно безопасным у пациентов с ФП без поражения сердечных клапанов. Для первичной профилактики эмболического инсульта у больных с ФП моложе 75 лет следует стремиться к МНО 2,5 (2,0–3,0). Целевое МНО 2,0 (1,6–2,5) рекомендовано для первичной профилактики у пациентов старше 75 лет (табл. 4).

Аспирин при ФП значительно уступает по эффективности непрямым антикоагулянтам, обеспечивая, тем не менее, снижение риска развития сердечно-сосудистых катастроф на 24% [22]. Это в первую очередь нефатальные инсульты с меньшей степенью инвалидизации. По всей видимости, чем больше риск развития эмболического инсульта у пациента с ФП, тем менее эффективным для его профилактики оказывается аспирин.

Совсем недавно восстановление синусового ритма представлялось более благоприятным в прогностическом отношении, нежели поддержание оптимальной частоты сердечных сокращений. В настоящее время, после завершения двух крупных клинических исследований, значимых различий между этими стратегиями не обнаружено. Однако было выявлено, что причиной большинства инсультов является прекращение или недостаточная интенсивность антикоагулянтной терапии. Отметим другие состояния, при которых терапия коагулянтами оказывается предпочтительной в отношении профилактики инсульта:

- протезированные клапаны сердца (табл. 3);
- атеррома аорты 4 мм и более в толщине (риск инсульта возрастает в 3–9 раз);

- вторичная профилактика инсульта при наличии открытого овального отверстия.

Применение прямых антикоагулянтов для длительной профилактики инфаркта миокарда и инсультов в настоящее время серьезно ограничивается необходимостью парентерального введения и наличием побочных эффектов. Однако представитель класса препаратов пероральных ингибиторов тромбина прямого действия ксимелатран обладает рядом серьезных фармакологических преимуществ перед варфарином (предсказуемая фармакокинетика, отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, алкоголем и фармакопрепаратами, возможность использования без коагулометрического контроля и подбора дозы) и не уступает ему по эффективности.

Отметим особо ситуацию, когда назначение и дезагрегантов, и антикоагулянтов чревато осложнениями (аспириновая астма, нарушения функции печени, синдром «обкрадывания» при назначении дипиридамола в анамнезе, высокий риск геморрагий в старческом возрасте и др.), а больной нуждается в длительной антитромботической терапии. Здесь необходимо помнить о существовании наиболее мягких препаратов, принимаемых перорально, – гепариноидов сулодексида и ломопарана, которые могут относительно безопасно применяться в указанных ситуациях, желательно под контролем активированного частичного тромбопластинового времени до и после их назначения.

Гиполипидемическая терапия

Рост уровня холестерина на 10% ведет к увеличению риска инфаркта миокарда на 20–30%, и высокая эффективность гиполипидемической терапии в предотвращении инфаркта интуитивно понятна. В отношении инсульта эти цифры выглядят намного скромнее, однако применение статинов у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и лиц с высоким риском их развития позволяет предотвращать инсульт практически вне зависимости от исходного уровня холестерина, что,

возможно, обусловлено активно изучающимися сейчас плеiotропными эффектами статинов. По данным метаанализа L.A. Prosser и соавт., прием статинов в среднем в течение 5,4 лет способен снизить сердечно-сосудистый риск на 31%, а общую смертность – на 21% [23]. Освещение гиполипидемической терапии per se выходит за рамки данной работы, здесь мы приведем лишь общую схему тактики ведения пациентов с точки зрения контроля уровня липидов (рис. 3). До недавнего времени низкая назначаемость в России статинов – эффективных и хорошо переносимых лекарств – была связана в первую очередь с высокой стоимостью оригинальных препаратов. Сегодня на отечественном рынке имеется ряд хороших и относительно недорогих дженериков, но их внедрение в широкую клиническую практику происходит медленно, несмотря на обширную доказательную базу и наличие соответствующих национальных рекомендаций.

Заключение

Превентивная медицина в кардиологии продолжает активно развиваться. Даже ряд хирургических вмешательств – ангиопластика, каротидная эндартерэктомия, иногда и аортокоронарное шунтирование – сегодня выполняются в рамках общей концепции профилактики. Появляются все более важные в прогностическом отношении маркеры сердечно-сосудистых заболеваний – гомоцистеин, фибриноген, С-реактивный белок и др. Так, в нашем оригинальном исследовании было показано прогностическое значение белков теплового шока и особенностей синтеза оксида азота у больных инфарктом миокарда в остром периоде [24]. В настоящее время продолжается изучение данных систем в отдаленном периоде инфаркта миокарда, также с целью оценки их прогностического значения. В любом случае профилактику инфарктов и инсультов возможно и крайне необходимо планировать независимо друг от друга, учитывая все факторы риска для каждого пациента. ☺



Предупреждение сердечно-сосудистых катастроф. Сколько препаратов должен получать пациент с высоким риском?

В арсенале кардиолога сегодня присутствует огромное количество препаратов, способных при правильном применении как улучшить качество жизни пациента, так и повлиять на прогноз в целом. Однако, как ни парадоксально, по мере появления новых лекарственных средств для лечения пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, задача врача отнюдь не упрощается: с одной стороны, каждому пациенту нужно назначить все необходимые средства, с другой – избежать полипрагмазии. Сегодня с этой проблемой сталкиваются врачи разных специальностей, но когда речь идет о больных кардиологического профиля, адекватность врачебных назначений становится в буквальном смысле слова вопросом жизни и смерти. Обсуждению этой проблемы был посвящен сателлитный симпозиум компании «Эгис» «Предупреждение сердечно-сосудистых катастроф. Сколько препаратов должен получать пациент с высоким риском?», прошедший 11 октября 2011 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов.



К.М.н. О.А. Штегман

Острый коронарный синдром: проблема приверженности пациентов антитромбоцитарной терапии

Свое выступление доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета, к.м.н. О.А. ШТЕГМАН посвятил различным проблемам, связанным с применением клопидогрела. Начал он с разъяснения причин периодически наблюдаемой у пациентов резистентности. К сожалению, согласно недавнему заявлению Управления США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration, FDA), недостаточная эффективность клопидогрела может наблюдаться у каждого

четвертого пациента, это обусловлено особенностями метаболических процессов в печени, точнее, полиморфизмом аллелей гена, кодирующего изофермент CYP2C19.

Попытки преодолеть резистентность к клопидогрелу путем удвоения дозы, делавшиеся в ходе исследования GRAVITAS¹, не привели к сколько-нибудь значимым клиническим результатам: несмотря на то что агрегация тромбоцитов у резистентных к клопидогрелу пациентов, получавших повышенную дозу, снижалась, это не повлияло на частоту развития сердечно-сосудистой смерти, острого ин-

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

фаркта миокарда (ОИМ) или тромбоза стента.

Еще одна проблема, на которой остановился Олег Анатольевич, – взаимодействие клопидогрела и ингибиторов протонной помпы (ИПП). Ретроспективный анализ базы данных 8205 пациентов, перенесших шунтирование коронарных артерий в связи с острым коронарным синдромом (ОКС), показал, что одновременный прием клопидогрела и ИПП увеличивал риск повторной госпитализации и смерти на 25%². Результаты этого и ряда других исследований стали основанием для пересмотра подходов к назначению клопидогрела. Так, в европейских рекомендациях по ОКС, датированных 2011 г., клопидогрел не является препаратом первой линии терапии и рекомендуется пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или prasugrel.

Однако имеются данные другого исследования, в котором были проанализированы истории болезни 20 тысяч пациентов, получавших после ОИМ не клопидогрел, а аспирин³. Часть больных одновременно с аспирином принимала ИПП, в то время как другие пациенты употребляли H₂-блокаторы. За период наблюдения (а он составил до 1 года после ОИМ) повторный инфаркт миокарда, инсульт или сосудистая смерть были зарегистрированы у 16,9%, причем в группе пациентов, принимавших ИПП, риск данных событий увеличивался

на 46%, в то время как больные, получавшие H₂-блокаторы, увеличивали данный риск лишь на 4%. Можно предположить, что и в случаях применения клопидогрела фактором риска развития сердечно-сосудистых событий является не сочетание данного препарата с омепразолом или другими ИПП, а прием ингибиторов протонной помпы.

О.А. Штегман обратил внимание слушателей и на такую проблему лекарственного взаимодействия клопидогрела, как увеличение риска развития кровотечений на фоне одновременного назначения дезагрегантной терапии и антидепрессантов. Сочетание селективных ингибиторов обратного захвата серотонина с аспирином увеличивает риск кровотечения на 42%, а дополнительное назначение клопидогрела – на 135%. Впрочем, в ряде случаев проблемой может стать не только одновременное назначение клопидогрела с другими средствами, но и отмена дезагрегантов. Так, докладчик привел следующие данные: при отмене аспирина у больных, использующих его для профилактики повторных сердечно-сосудистых событий, риск развития нефатального инфаркта миокарда увеличивается на 63%, а инфаркта и коронарной смерти – на 43%⁴.

Особенно остро стоит вопрос отмены клопидогрела или аспирина у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий менее года назад. Согласно дан-

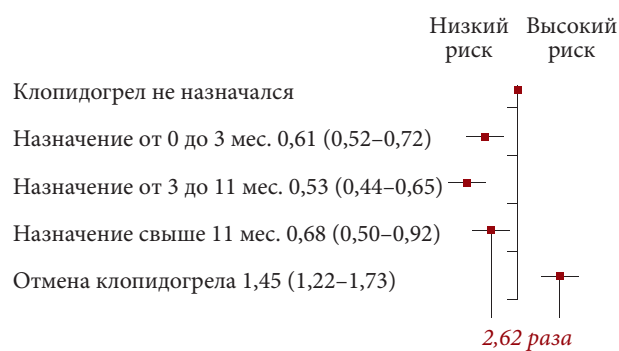


Рис. 1. Риск смерти и острого инфаркта миокарда после острого коронарного синдрома*

* Boggon R., van Staa T.P., Timmis A., Hemingway H., Ray K.K., Begg A., Emmas C., Fox K.A. Clopidogrel discontinuation after acute coronary syndromes: frequency, predictors and associations with death and myocardial infarction – a hospital registry-primary care linked cohort (MINAP-GPRD) // Eur. Heart J. 2011. Vol. 32. № 19. P. 2376–2386.

ным работы Р.В. Berger и соавт. (2010)⁵, наблюдавших за 4637 больными после установки стентов с лекарственным покрытием, 4,4% этих пациентов в течение года после стентирования перенесли большие экстракардиальные операции, причем риск сердечной смерти, тромбоза стента или ОИМ в течение недели после операции увеличивался в 27,3 раза ($p < 0,001$).

В современных рекомендациях рабочей группы по тромбозам Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) (2011) указано, что при необходимости проведения хирургического вмешательства с большим риском кровотечения у пациентов с коронарным

¹ Price M.J., Berger P.B., Teirstein P.S., Tanguay J.F., Angiolillo D.J., Spriggs D., Puri S., Robbins M., Garratt K.N., Bertrand O.F., Stillabower M.E., Aragon J.R., Kandzari D.E., Stinis C.T., Lee M.S., Manoukian S.V., Cannon C.P., Schork N.J., Topol E.J.; GRAVITAS Investigators. Standard- vs high-dose clopidogrel based on platelet function testing after percutaneous coronary intervention: the GRAVITAS randomized trial // JAMA. 2011. Vol. 305. № 11. P. 1097–1105.

² Ho P.M., Maddox T.M., Wang L., Fihn S.D., Jesse R.L., Peterson E.D., Rumsfeld J.S. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome // JAMA. 2009. Vol. 301. № 9. P. 937–944.

³ Charlott M., Grove E.L., Hansen P.R., Olesen J.B., Ahlehoff O., Selmer C., Lindhardsen J., Madsen J.K., Køber L., Torp-Pedersen C., Gislason G.H. Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study // BMJ. 2011. Vol. 342. P. d2690.

⁴ Rodríguez L.A., Cea-Soriano L., Martín-Merino E., Johansson S. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care // BMJ. 2011. Vol. 343. P. d4094.

⁵ Berger P.B., Kleiman N.S., Pencina M.J., Hsieh W.H., Steinhilb S.R., Jeremias A., Sonel A., Browne K., Barsness G., Cohen D.J.; EVENT Investigators. Frequency of major noncardiac surgery and subsequent adverse events in the year after drug-eluting stent placement results from the EVENT (Evaluation of Drug-Eluting Stents and Ischemic Events) Registry // JACC Cardiovasc. Interv. 2010. Vol. 3. № 9. P. 920–927.



Российский национальный конгресс кардиологов

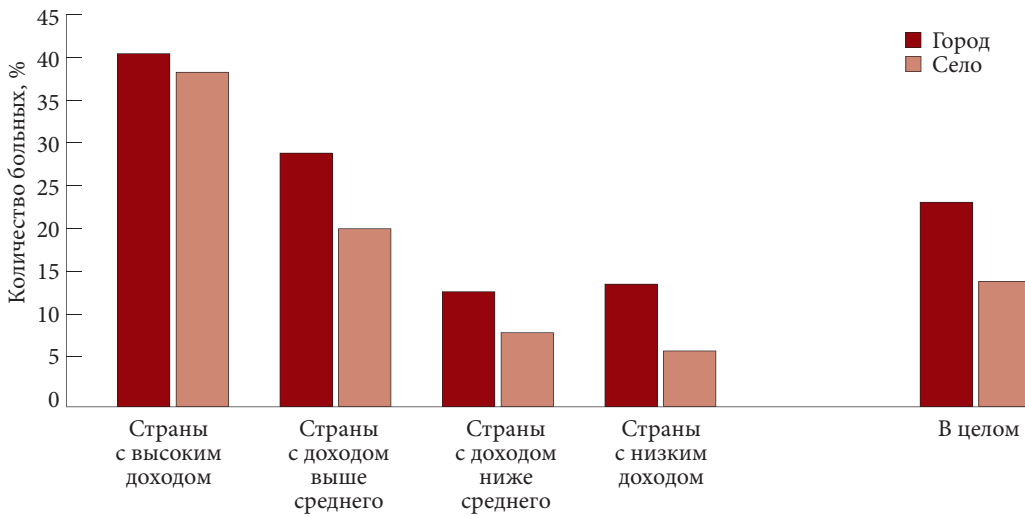


Рис. 2. Взаимосвязь между средним доходом больных и регулярностью приема антиагрегантных препаратов



Рис. 3. Причины отказа от применения клопидогрела (по результатам опроса кардиологов)

проявлений гиперчувствительности, таких как генерализованная экзантема, локальная кожная реакция и отек Квинке.

Помимо чисто медицинских аспектов лечения, связанных с резистентностью к клопидогрелу или развитием нежелательных реакций, существует проблема низкой приверженности больной терапии, обусловленная, среди прочего, социальными факторами. В странах с низким уровнем среднего дохода, по данным S. Yusuf и соавт. (2011)⁷, антиагрегантную терапию получают лишь 10% нуждающихся в ней пациентов, проживающих в городах, и 5% жителей сельской местности (рис. 2).

Одной из значимых причин отказа от применения клопидогрела является высокая цена оригинального препарата. Согласно данным опроса, проведенного среди российских кардиологов, именно стоимость курса лечения, а не развитие нежелательных явлений становится причиной досрочного завершения терапии (рис. 3).

В этой ситуации решением проблемы может стать назначение генерических препаратов, обладающих значительными фармакоэкономическими преимуществами по сравнению с оригинальными лекарственными средствами. К сожалению, далеко не все дженерики с полным правом можно назвать воспроизведенными препаратами: по данным, полученным Y. Gomez и соавт. (2004)⁸, лишь у половины проанализированных дженериков содержание действующего ве-

стентом следует отложить операцию на 6–12 месяцев с момента стентирования. Если же это невозможно, применение аспирина и клопидогрела должно быть прервано на 5 дней, а затем возобновлено.

Но существует ли синдром отмены клопидогрела у пациентов без стентов коронарных артерий (КА)? К сожалению, существует, и это подтверждено научными данными (рис. 1).

Еще одной серьезной проблемой в лечении кардиологических пациентов является гиперчувствительность к клопидогрелу. А.Н. Cheema и соавт. (2011)⁶ попытались (и весьма успешно) бороться с этим явлением при помощи короткого курса преднизолона. У 98% больных на фоне терапии преднизолоном наблюдалось полное обратное развитие

⁶ Cheema A.N., Mohammad A., Hong T., Jakubovic H.R., Parmar G.S., Shariieff W., Garvey M.B., Kutryk M.J., Fam N.P., Graham J.J., Chisholm R.J. Characterization of clopidogrel hypersensitivity reactions and management with oral steroids without clopidogrel discontinuation // J. Am. Coll. Cardiol. 2011. Vol. 58. № 14. P. 1445–1454.

⁷ Yusuf S., Islam S., Chow C.K., Rangarajan S., Dagenais G., Diaz R., Gupta R., Kelishadi R., Iqbal R., Avezum A., Kruger A., Kutty R., Lanus F., Lisheng L., Wei L., Lopez-Jaramillo P., Oguz A., Rahman O., Swidan H., Yusoff K., Zatonski W., Rosengren A., Teo K.K.; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey // Lancet. 2011. Vol. 378. № 9798. P. 1231–1243.

⁸ Gomez Y., Adams E., Hoogmartens J. Analysis of purity in 19 drug product tablets containing clopidogrel: 18 copies versus the original brand // J. Pharm. Biomed. Anal. 2004. Vol. 34. № 2. P. 341–348.

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Таблица 1. Общая характеристика больных, включенных в исследование эффективности Эгитромба в сравнении с Плавиксом*

Фактор риска	1-я группа (n = 65)	2-я группа (n = 50)	P
Возраст, лет	64 ± 1,1	64,8 ± 1,4	н. д.
Мужской пол, %	51	50	н. д.
Артериальная гипертензия, %	71	60	н. д.
Курение, %	40	40	н. д.
Стаж курения, лет	16,3	15,7	н. д.
Количество выкуриваемых в день сигарет	7,9	7,7	н. д.
Прием ацетилсалициловой кислоты, %	100	100	–
Прием статинов, %	60	70	н. д.
Среднее количество установленных стентов	1,6	1,7	н. д.
Доля стентов с покрытием, %	20	42	н. д.

* Авдеева Л.В., Штегман О.А., Мосина В.А. Сравнение эффективности и безопасности лечения препаратами клопидогрела у больных после стентирования коронарных артерий // Кардиология. 2011. № 7. С. 23–26.

щества находилось в допустимых пределах 95–105%.

Однако существует ряд воспроизведенных препаратов, которые по качеству сопоставимы с оригинальным препаратом Плавиксом. В качестве доказательства этого утверждения О.А. Штегман привел результаты работы, проведенной им с коллегами. В исследовании были включены 115 больных,

перенесших стентирование КА, 65 из них получали Эгитромб, остальные 50 – Плавикс, наблюдение велось в течение года. В обеих группах выживаемость составила 100%, что же касается остальных показателей, таких как число повторных госпитализаций и экстренных вмешательств на сосудах сердца, различия в группах были недостоверны ($p > 0,05$) (табл. 1).

Завершая свое выступление, О.А. Штегман подчеркнул, что на рынке сегодня имеются генерические препараты, клиническая эффективность которых доказана и существенно не отличается от эффективности оригинального средства. Именно к этой категории относится антиагрегантное средство Эгитромб производства компании «Эгис».

Комбинированная терапия артериальной гипертензии в свете современных рекомендаций

По словам руководителя лаборатории оптимизации коррекции метаболических нарушений отдела эпидемиологии ХНИЗ ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины» Росмедтехнологий, д.м.н., профессора Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, согласно сегодняшним представлениям о ведении пациентов с артериальной гипертензией (АГ), подавляющее большинство больных нуждаются в комбинированной терапии для достижения адекватного контроля АД. Во многом это обусловлено тем, что больные редко наблюдаются у врача только с диагнозом изолированной артериальной

гипертензии, как правило, у пациентов имеются те или иные сопутствующие заболевания и факторы риска. Наличие поражений органов-мишеней и тем более сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы означает, что пациента следует отнести к категории высокого и очень высокого риска (табл. 2) и, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, назначить ему комбинацию из двух препаратов уже на старте лечения.

Комбинированная терапия в самом начале лечения является залогом быстрого достижения целевых уровней артериального



Профессор Д.В. Небиеридзе



Российский национальный конгресс кардиологов

Таблица 2. Интегральная оценка риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертонией

Другие ФР, ПОМ или ССЗ	Уровень АД, мм рт. ст.			
	Высокое/нормальное 130–139/85–89	АГ 1-й степени 140–159/90–99	АГ 2-й степени 160–179/100–109	АГ 3-й степени ≥ 180/110
Нет ФР	Незначимый риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1–2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
3 и более ФР или ПОМ, МС, СД 2 типа	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ССЗ или заболевания почек	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

давления, что, в свою очередь, способствует улучшению приверженности больных лечению. И напротив, задержки, обусловленные подбором дозы, сменой препарата, поиском подходящей комбинации, подрывают доверие больного к врачу и снижают настроенность на лечение.

К сожалению, значительная часть больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу АГ, не мотивирована на лечение. Сознательно или нет, такие пациенты ищут оправдание своему нежеланию сотрудничать с врачом и совместными усилиями добиваться снижения артериального давления. Именно поэтому любая терапевтическая неудача будет

рассматриваться как повод прекратить лечение.

Снижает приверженность лечению и полипрагмазия: чем больше средств выписано и чем выше кратность их приема, тем ниже мотивация больных продолжать терапию.

В свете перечисленных проблем, связанных с лечением АГ, профессор Д.В. Небиеридзе подчеркнул преимущества фиксированных комбинаций. Как средства, сочетающие в себе достоинства нескольких антигипертензивных препаратов, они существенно повышают приверженность пациентов лечению.

Каковы принципы современной антигипертензивной терапии

и каких результатов можно ожидать от лечения? В рекомендациях 2010 г. по лечению АГ указано, что у пациентов с высоким и очень высоким риском артериальное давление необходимо снизить до отметки 140/90 мм рт. ст. и ниже в течение 4 недель. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости препарата, следует стремиться к снижению АД до 130–139/80–89 мм рт. ст., помня о том, что нижняя граница безопасного снижения давления составляет 110/75 мм рт. ст. Однако Д.В. Небиеридзе подчеркнул, что главной целью лечения АГ является не столько достижение определенного уровня артериального давления, сколько

Поражение органов-мишеней		Ассоциированные ССЗ и патология почек	
Гипертрофия ЛЖ	БРА, ИАПФ, АК	Инсульт	любой препарат
Бессимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ	ИБС	ББ, АК, ИАПФ, БРА
Микроальбуминурия	БРА, ИАПФ	ХСН	БРА, диуретики, ББ, ИАПФ
Нефропатия	БРА, ИАПФ		
Метаболические нарушения и СД		ХПН / протеинурия	
		БРА, ИАПФ, диуретики, АА	
Метаболический синдром	БРА, ИАПФ, АК	Фибрилляция предсердий	
Сахарный диабет	БРА, ИАПФ	Пароксизмальная	БРА, ИАПФ
		Постоянная	ББ, АК
Беременность	АК, метилдопа, ББ	Атеросклероз периферических артерий (симпт.)	
		АК	

Рис. 4. Препараты, рекомендованные в качестве антигипертензивной терапии (Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии, 2010)

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

максимальное снижение долгосрочного сердечно-сосудистого риска, достигаемое за счет уменьшения показателей АД, коррекции модифицируемых факторов риска (курения, избыточного веса, дислипидемии) и лечения ассоциированных заболеваний. Именно поэтому, выбирая антигипертензивный препарат, следует отдавать предпочтение средствам, которые не только снижают артериальное давление, но и отличаются метаболической нейтральностью (у пациентов с АГ нередко наблюдаются расстройства липидного и углеводного обмена), а также обладают органопротективным действием.

Пациентам с метаболическим синдромом рекомендуется назначать средства, снижающие сердечно-сосудистый риск и при этом не провоцирующие развитие (или прогрессирование) сахарного диабета (СД) 2 типа. Различные классы антигипертензивных препаратов неодинаковы по своему влиянию на риск развития СД 2 типа. Согласно данным, приведенным профессором Д.В. Небиеридзе, эти средства можно расположить в следующем порядке (по возрастанию риска):

- I. ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ);
- блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА);
- антагонисты кальция (АК);
- II. β-блокаторы;
- диуретики.

Еще одним важным эффектом антигипертензивных препаратов может стать органопротекция: например, регресс гипертрофии левого желудочка способствует снижению частоты осложнений. Особенно важное значение имеет ранняя ренопротекция, поскольку сохранение функции почек предупреждает развитие почечных и сердечно-сосудистых заболеваний.

Разные клинические ситуации требуют назначения различных

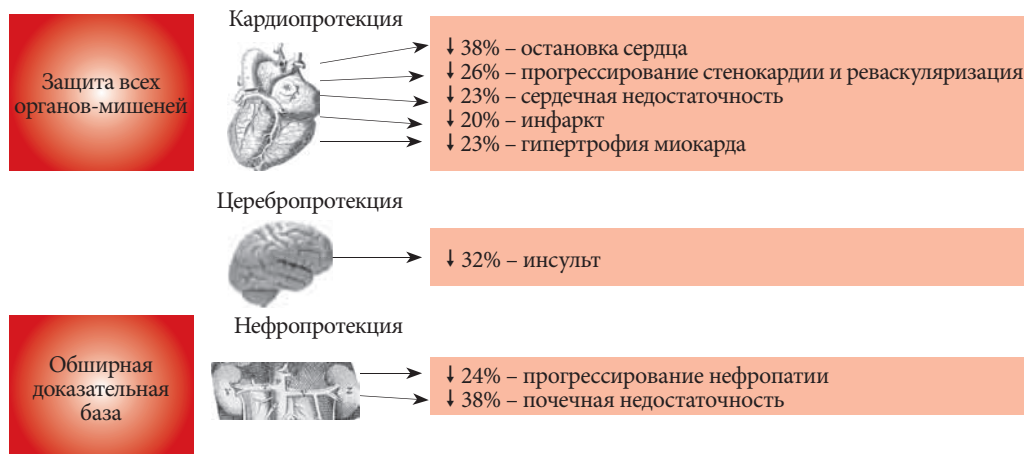


Рис. 5. Протективные эффекты рамиприла

препаратов (рис. 4), и это должно учитываться при подборе терапии.

Следует отметить, что частота назначения тех или иных групп препаратов неодинакова. Согласно данным исследования ПИФАГОР, приведенным профессором Д.В. Небиеридзе, чаще всего в реальной клинической практике врачи назначают комбинации β-адреноблокаторов или ингибиторов АПФ с диуретиками (26% и 32% соответственно).

Препарат Хартил Д представляет собой фиксированную комбинацию рамиприла и гидрохлортиазида. По словам Д.В. Небиеридзе, именно рамиприл является тем ингибитором АПФ, который способен обеспечить защиту всех органов-мишеней: кардиопротекцию, церебропротекцию и ренопротекцию (рис. 5), что отличает его от других препаратов этой группы.

Кроме того, согласно данным исследования HOPE, применение рамиприла улучшает жизненный прогноз у пациентов, страдающих атеросклерозом различной локализации.

Благодаря рамиприлу, входящему в состав препарата Хартил Д, к традиционным показаниям данного препарата (таким как АГ, ХСН, сердечная недостаточность на фоне ОИМ, диа-

бетическая и недиабетическая нефропатия) добавилось еще одно: снижение риска развития инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смертности у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, включая пациентов с подтвержденной ИБС, пациентов, перенесших чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику, коронарное шунтирование, а также больных с инсультом в анамнезе и больных, страдающих окклюзивными поражениями периферических артерий.

Эффективность Хартила Д была доказана и в отечественном исследовании ХАРИЗМА II, в ходе которого на фоне применения Хартила с гидрохлортиазидом целевой уровень АД был достигнут у 92% участников.

В целом можно утверждать, что Хартил Д соответствует всем требованиям, предъявляемым к комбинированной антигипертензивной терапии, так как он не только снижает АД, но и является метаболически нейтральным препаратом, а также обладает выраженным органопротективным эффектом. Хартил Д выпускается в двух дозировках, что облегчает задачу лечащего врача по подбору оптимальной терапии и приверженность больных лечению.



«Стандартная» схема лечения стабильной стенокардии



Профессор С.Ю. Марцевич

В начале своего выступления профессор кафедры доказательной медицины МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. С.Ю. МАРЦЕВИЧ напомнил о том, что ишемическая болезнь сердца является основной причиной смертности во всех развитых странах, подчеркнув тем самым важность поиска оптимальных подходов к терапии ИБС. Ишемическая болезнь сердца может характеризоваться острым (ОКС, ОИМ) или стабильным течением. С последней категорией пациентов наиболее часто

приходится иметь дело врачам, работающим в поликлиниках. Хотя современные клинические рекомендации и требуют дополнительных уточнений к диагнозу ИБС, врачи далеко не всегда проводят необходимую диагностику. Последнее, в свою очередь, приводит к тому, что у пациентов с одним и тем же диагнозом показатели выживаемости могут быть разными. В действительности выживаемость пациентов с ИБС напрямую зависит от степени поражения коронарных артерий, при этом ежегодная смертность больных может составлять от 2 до 11%. Основным проявлением хронической ИБС является переходящая ишемия миокарда.

Начиная разговор о терапии ишемической болезни, профессор С.Ю. Марцевич подчеркнул, что для пациентов, находящихся на разных этапах заболевания (неосложненная ИБС, ИБС с перенесенным инфарктом миокарда и хроническая сердечная недостаточность), подходы к лечению должны быть различными. Цели медикаментозной терапии ИБС можно свести к улучшению прогноза и устранению симптомов заболевания. Существует ряд классов препаратов, влияющих на прогноз (статины, иАПФ, β -блокаторы), и средств,

предназначенных для симптоматической терапии ИБС (короткодействующие нитраты, β -блокаторы, АК и др.).

Ранее считалось, что все антиангинальные препараты способны влиять на жизненный прогноз, однако по-настоящему обширная доказательная база в этой области на сегодняшний день существует только для β -блокаторов, причем они эффективны в определенных ситуациях, например, после перенесенного инфаркта миокарда и у больных с развитой хронической сердечной недостаточностью (табл. 3).

В своем выступлении профессор Марцевич уделит внимание дилемме, которую периодически приходится решать многим кардиологам: направлять пациента на операцию по реваскуляризации миокарда или обойтись консервативной терапией? Ответ на этот вопрос, по мнению Сергея Юрьевича, должен зависеть от степени риска тяжелых последствий ИБС. Если у врача есть основания полагать, что хирургическое вмешательство может улучшить прогноз, необходимо провести реваскуляризацию, в противном случае следует предпочесть медикаментозную терапию антиагрегантами, статинами, иАПФ, а также

Таблица 3. Способность антиангинальных препаратов влиять на прогноз жизни больных стабильной ИБС (согласно данным доказательной медицины)

Препараты	На что повлияли	У каких больных	Исследования
Нитраты	Нет доказательств	–	–
Бета-блокаторы	Общая смертность	Перенесшие ИМ, ХСН	ВНАТ
Дигидропиридины	Нет доказательств	–	–
Недигидропиридины (верапамил, дилтиазем)	Повторный ИМ	Перенесшие ИМ без СН	DAVIT II, MDIPT
Никорандил	Сердечно-сосудистые события	Стабильная ИБС	IONA
Ивабрадин	Сердечно-сосудистые события	ИБС + СН	SHIFT



Эгитромб

клопидогрел таб. 75 мг N14, N28

Я каждого пациента
принимаю близко
к сердцу

Примите
близко к сердцу



Эгитромб (клопидогрел).

Состав и формы выпуска. Таблетки белого цвета по 75 мг, 14 и 28 таблеток в упаковке.

Показания и применение. Профилактика ишемических нарушений – 75 мг один раз в день. ОКС без подъема сегмента ST – однократная ударная доза 300мг, затем 75 мг один раз в день в сочетании с АСК (75-325 мг в день). ОКС с подъемом сегмента ST – однократная ударная доза 300мг, затем 75 мг один раз в день в сочетании с АСК и тромболитиками (или без тромболитиков).

Противопоказания. Тяжелая печеночная недостаточность, активное патологическое кровотечение, беременность и лактация.

Регистрационный номер: ЛСР-001128/09

Дополнительная информация: ОАО ЗГИС Представительство в России, г. Москва, 121108, ул., Ивана Франко, 8
Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www: www.egis.ru





Российский национальный конгресс кардиологов

Таблица 4. Показания к назначению различных бета-блокаторов, зарегистрированных FDA*

Препараты	АГ	Стабильная стенокардия	Предсердная аритмия	ХСН	Перенесенный ИМ	Перенесенный ИМ с дисфункцией ЛЖ
Атенолол	Да	Да			Да	
Бетаксолол	Да					
Бисопролол	Да					
Карведилол	Да			От мягкой до выраженной		Да
Метопролола тартрат	Да	Да			Да	
Метопролола сукцинат	Да	Да		Стабильная, класс 2–3		
Небиволол	Да					
Пропранолол	Да	Да	Да			
Тимолол	Да				Да	

* Приведены не все бета-блокаторы, зарегистрированные в США.

антиангинальными препаратами (β-блокаторами, дигидропиридиновыми антагонистами кальция, нитратами, никорандилом). Затем С.Ю. Марцевич перешел к описанию подходов к терапии пациентов, уже перенесших инфаркт миокарда. К сожалению, выживаемость этих больных на сегодняшний день остается низкой. Применение β-блокаторов показано всем пациентам, не имеющим

противопоказаний к назначению препаратов данной группы, но возникает следующий вопрос: являются ли все средства, относящиеся к этому классу, взаимозаменяемыми? Эквивалентны ли различные соли одного и того же соединения? Отвечая на эти вопросы, профессор С.Ю. Марцевич подробно описал разницу между метопролола сукцинатом и метопролола тартратом, приведя не только резуль-

таты клинических исследований, но и показания к применению различных β-блокаторов, зарегистрированных FDA (табл. 4). По словам профессора С.Ю. Марцевича, с позиций доказательной медицины больному, перенесшему инфаркт миокарда, следует назначать метопролола тартрат (в отсутствие признаков сердечной недостаточности) или карведилол (при их наличии).



Академик А.И. Мартынов

Заключение

Резюмировал работу сателлитного симпозиума компании «Эгис» председатель симпозиума академик РАМН Анатолий Иванович МАРТЫНОВ (д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней № 1 лечебного факультета с курсом эхокардиографии ФПО МГМСУ, член президиума Всероссийского научного общества кардиологов, засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ), ответивший на вопрос, который изначально был вынесен в название мероприятия: сколько препаратов должен получать пациент с высоким риском. «Порой всего 2 препарата, назначенные неграмотно, могут привести к развитию весьма неприятных осложнений. В то же время пациенты, участвующие в

крупных исследованиях, зачастую получают большое количество препаратов. Вообще, пациент должен принимать столько средств, сколько предлагается современными клиническими рекомендациями, при условии, что все препараты обладают достаточным качеством, а врач умеет контролировать их эффективность и безопасность». Возможно, к данному академиком А.И. Мартыновым определению стоит добавить еще одно свойство препарата, важное для успеха терапии, – экономическую доступность лекарственного средства. Именно эти качества – эффективность, качество и доступность препаратов – являются отличительной чертой продукции компании «Эгис». ☺

Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на первое полугодие 2012 г.

Место проведения: Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9

19 января 2012 г.

Диагностика и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы с позиций доказательной медицины

Председатели: профессор Б.А. Сидоренко, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии с курсом нефрологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ; профессор, д.м.н. С.Н. Терещенко, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ИКК им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗиСР РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ГБОУ «МГМСУ» МЗиСР РФ

26 января 2012 г.

Ежегодная конференция «Профилактика и лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций»

Председатели: академик РАМН В.И. Покровский, главный инфекционист ГМУ УД Президента РФ, директор ФГУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора; профессор А.В. Девяткин, главный врач инфекционного корпуса ФГБУ «ЦКБП» УД Президента

14 февраля 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия бронхолегочных заболеваний с позиций доказательной медицины»

Председатель: профессор В.Е. Ноников, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГБУ «ЦКБП» УД Президента РФ

23 марта 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины»

Председатели: профессор А.С. Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»; член-корр. РАМН Г.З. Пискунов, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ

3 апреля 2012 г.

Современные возможности диагностики и лечения наркологических заболеваний

Председатель: профессор Б.Д. Цыганков, главный психиатр г. Москвы, консультант по наркологии ГМУ УД Президента РФ

11–13 апреля 2012 г.

Российский мастер-класс с международным участием «Современная функциональная ринохирургия»

Председатель: профессор А.С. Лопатин, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

21 мая 2012 г.

Ежегодная конференция «Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»

Председатель: профессор Л.А. Горячкина, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

6 июня 2012 г.

Ежегодная конференция «Актуальные вопросы офтальмологии»

Председатель: чл.-корр. РАМН С.Э. Аветисов, главный специалист по офтальмологии ГМУ УД Президента РФ, директор ГУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН



Проект АТЛАНТ: инициатива ВНОК по внедрению национальных рекомендаций для профилактики атеротромбоза

Профилактика атеротромбозов является одним из приоритетных направлений современной кардиологии. Снижение риска тромбообразования способно существенно улучшить жизненный прогноз у многих пациентов, например, перенесших операцию по стентированию коронарных артерий. Однако в реальной клинической практике тромбопрофилактика является достаточно сложной задачей, осуществление которой требует непрерывного контроля со стороны лечащего врача. Ситуация также осложняется высокой стоимостью оригинальных антиагрегантных препаратов.

Итак, врачи нуждаются в актуальных рекомендациях по профилактике атеротромбозов, а больные – в качественных доступных препаратах. В настоящее время при поддержке фармацевтической компании Dr. Reddy's проводится исследование АТЛАНТ (Антиагрегантная Терапия: клиническая эффективность и оценка приверженности пациентов, перенесших ОКС и коронаропластику со стентированием, к длительной Терапии), результаты которого должны стать важной составляющей доказательной базы для создания национальных рекомендаций по профилактике атеротромбозов. Кроме того, благодаря компании Dr. Reddy's на отечественном рынке появился препарат Плагрил (действующее вещество – клопидогрел), являющийся высококачественным дженериком Плавикса.

Обсуждению целей и задач исследования АТЛАНТ, а также различных аспектов использования Плагрила в клинической практике был посвящен сателлитный симпозиум «Проект АТЛАНТ: инициатива ВНОК по внедрению национальных рекомендаций для профилактики атеротромбоза», состоявшийся 12 октября 2011 г. в Москве в рамках Российского национального конгресса кардиологов.

Сателлитный симпозиум компании «Доктор Реддис Лабораторис Лтд»

Значение клинических рекомендаций для реальной практики

Как отметил в начале своего выступления президент Всероссийского научного общества кардиологов, академик РАМН, д.м.н., профессор Р.Г. ОГАНОВ, далеко не все практикующие врачи используют в повседневной работе клинические рекомендации, издаваемые профессиональными сообществами. Действительно, рекомендации – это не приказ Минздрава, «спускаемый сверху» и обязательный для исполнения. Положения, отраженные в этих руководствах, носят рекомендательный характер. Авторы рекомендаций, эксперты в той или иной отрасли медицины, ставят своей целью «помочь врачу и пациенту принять оптимальное решение относительно подхода к заботе о здоровье в специфических клинических условиях».

В рекомендациях должны быть представлены все существующие доказательства, касающиеся лечения определенной нозологии, что поможет врачу правильно оценить пользу и риск того или иного вида терапии. Очень важно, подчеркнул Рафаэль Гегамович, чтобы издаваемые руководства носили практический характер и действительно помогали улучшить качество оказываемой помощи. В частности, ведение пациентов в соответствии с рекомендациями должно помочь достичь следующих целей: улучшение исхода заболевания, повышение эффективности и уменьшение стоимости лечения. Кроме того, клинические рекомендации могут помочь руководителям ЛПУ в выборе препаратов и оборудования для клиники.

Руководства обычно разрабатываются и утверждаются профессиональными ассоциациями и содержат информацию по объемам медицинской помощи (пе-

речь необходимых в различных ситуациях мероприятий, кратность и частота вмешательств), алгоритмы, план и условия ведения больного, информацию о показаниях к назначению лечебных и диагностических мероприятий, схемы лекарственной терапии и т.д. Что касается организаторов здравоохранения, то на основании данных руководств они могут выработать более адекватные критерии оценки качества лечебно-диагностического процесса, своевременно скорректировать программы усовершенствования врачей, а также правильно просчитать объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий.

Р.Г. Оганов подробно описал различия между руководствами и вводимыми в настоящее время стандартами медицинской помощи. Последние, хотя и содержат информацию о мерах, предпринимаемых в той или иной клинической ситуации, не описывают лечебный процесс, поскольку предназначены не для врачей, а для организаторов здравоохранения и экономистов, работающих в медицинской сфере. Иными словами, если руководства позволяют ответить на вопрос, как это лечить, то стандарты дают возможность определить стоимость того или иного вида лечения.

Говоря о клинических рекомендациях, профессор Р.Г. Оганов подчеркнул, что эти документы не имеют формальной юридической силы, однако они могут использоваться при решении вопросов о правильности назначения лечения (в том числе в суде) и определении степени ответственности врача в условиях, когда у него есть возможность руководствоваться рекомендациями или протоколом. Наличие в рекомендациях указа-



Академик РАМН Р.Г. Оганов

ний по лечению конкретного состояния еще не означает, что решение следовать этим указаниям будет правильным в любой клинической ситуации, и напротив, отступление от клинических руководств далеко не всегда можно считать халатностью. При этом следует понимать, что применение отличных от указанных в рекомендациях подходов к лечению может стать поводом для обвинения врача в халатности, поэтому врач должен быть готов предста-

Клинические рекомендации не имеют формальной юридической силы, однако они могут использоваться при решении вопросов о правильности назначенного лечения (в том числе в суде) и определении степени ответственности врача в условиях, когда у него есть возможность руководствоваться рекомендациями или протоколом.



Российский национальный конгресс кардиологов

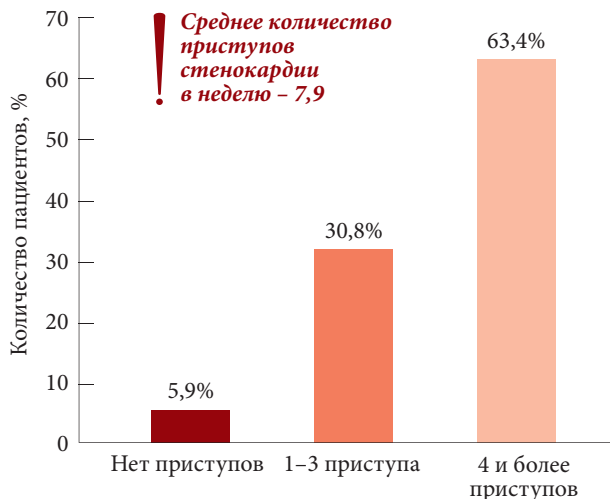


Рис. 1. Количество приступов стенокардии в неделю в популяции российских пациентов

вить доказательства того, что его решение было мотивированным. Насколько распространено использование клинических рекомендаций в реальной клинической практике? В США, согласно цифрам, приведенным Р.Г. Огановым, руководства, выпускаемые профессиональными организациями, являются основным фактором, влияющим на выбор лекарственной терапии американскими врачами: 58% докторов руководствуются клиническими

рекомендациями, еще 40% предпочитают получать информацию из научной литературы, и лишь 2% ставят на первое место советы коллег. В нашей стране ситуация выглядит иначе: согласно данным опроса московских врачей, проведенного в 2005 г., 27,5% докторов не считают достижение целевых цифр АД главной целью лечения, а 32,5% называют основной целью терапии улучшение самочувствия пациентов с артериальной гипертензией.

Столь же неутешительная ситуация наблюдается и с назначением препаратов: по данным исследования РЕЛИФ, бета-блокаторы получают лишь 44% российских больных, страдающих АГ/ИБС, и только 57% пациентов со стенокардией. При этом частота приступов стенокардии остается высокой (рис. 1). Еще хуже ситуация со статинами: их принимают лишь около 30% больных с ИБС. Почему же российские кардиологи и терапевты так редко используют клинические рекомендации? Академик Р.Г. Оганов назвал следующие причины.

1. Врачи не знают о существовании руководств или не считают эти документы авторитетными.

2. Врачи считают, что они «перегружены» руководствами.

3. Врачи придерживаются стратегий, основанных на суррогатных конечных точках или на не имеющих силу результатах исследований.

4. Врачи полагаются на свой личный опыт и на мнение, что данный терапевтический подход является наилучшим («импрессионистская медицина»).

Кроме того, не следует забывать о влиянии экономических и социальных факторов. Тем не менее, отметил Рафаэль Гегамович, в руководствах должны описываться наилучшие доступные доказательства, а анализ соотношения стоимости лечения и выгоды от него необходимо проводить на национальном уровне.

В завершение своего выступления профессор Р.Г. Оганов предложил несколько путей изменения ситуации. Так, чтобы увеличить число врачей, использующих в практике клинические рекомендации, необходимо подготовить отечественные руководства либо перевести имеющиеся зарубежные рекомендации на русский язык – это повысит их доступность. Необходимо также объяснить практическим врачам разницу между клиническими рекомендациями и другими документами, регламентирующими деятельность практического врача (стандартами медицинской помощи, ведомственными инструкциями, указаниями администрации и пр.). Помимо этого, следует мониторировать уровень знания врачами содержания руководств. И, наконец, не следует чрезмерно стремиться к унифицированному подходу, ведь в рекомендациях, даже самых подробных, всегда описывается некий «средний» пациент, врач же имеет дело с конкретным больным, которого он должен лечить, руководствуясь не только имеющимися документами, но и собственным клиническим опытом.

NB

Целью исследования АТЛАНТ является изучение клинической эффективности, переносимости и приверженности пациентов с ОКС двойной антиагрегантной терапии. Исследование максимально приближено к повседневной клинической практике: оно не предполагает контролируемого лечения и использования какого-либо конкретного дженерика клопидогрела.

Пациентам назначается терапия, после чего (в ходе последующих визитов) проводится мониторинг – следует ли больным рекомендациям лечащего врача. Всего планируется участие в исследовании 10–15 тысяч пациентов, набор закрывается 31 декабря 2011 г. Финальный отчет об исследовании выйдет после завершения проекта, запланированного на февраль 2013 г.

Сателлитный симпозиум компании «Доктор Реддис Лабораторис Лтд»

Проект АТЛАНТ: двойная антиагрегантная терапия у пациентов, перенесших ОКС, в рекомендациях и на практике

Свое выступление профессор кафедры доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. С.Ю. МАРЦЕВИЧ начал с освещения одной из важнейших проблем современной кардиологии – летальности при остром инфаркте миокарда (ОИМ). Если в США и странах Западной Европы данный показатель составляет 8%, то, по данным официальной статистики РФ, в нашей стране от ОИМ умирают 15,5% пациентов. Так, по данным исследования ЛИС, трехлетняя выживаемость пациентов, перенесших ОИМ, составляет около 50%. Таким образом, опасность для больных представляет не только острая фаза, но и следующий за ней период.

«Что может сделать практический врач, кардиолог или терапевт, для улучшения жизненного прогноза своих больных?» – задал вопрос Сергей Юрьевич. Разумеется, назначить адекватную терапию. К препаратам, способным повлиять на выживаемость кардиологических пациентов, относятся антиагреганты. Помимо «класси-

ческого» антиагреганта аспирина, необратимо блокирующего ЦОГ-1 и тем самым ингибирующего агрегацию тромбоцитов, в арсенале современного врача имеется целый ряд препаратов, например, средства, относящиеся к группе тиенопиридинов. В отличие от ацетилсалициловой кислоты, тиенопиридины не влияют на ЦОГ-1, а блокируют рецепторы P2Y₁₂.

Сложность назначения тиенопиридинов связана с особенностями фармакокинетики этих препаратов. Так, клопидогрел, один из основных представителей класса, начинает действовать в организме не сразу, поскольку биологически активным является не само вещество препарата, а его метаболиты. Именно поэтому для достижения быстрого эффекта во всем мире принята практика назначения так называемых «нагрузочных доз» – 600 мг. Отечественные же врачи лишены такой возможности, максимальная официально разрешенная доза клопидогрела в России составляет 300 мг.

Эффективность использования антиагрегантов вообще и клопи-



Профессор С.Ю. Марцевич

догрела в частности у кардиологических больных подтверждена данными многочисленных исследований, с результатами которых профессор С.Ю. Марцевич ознакомил аудиторию: ISIS-2, CAPRIE, CURE – эти названия хорошо известны врачам, регулярно читающим академические статьи.

По словам докладчика, на протяжении последних лет в области

Таблица. Обязательное медикаментозное лечение после инфаркта миокарда (вторичная профилактика)

Двойная антиагрегантная терапия	Рекомендации Европейского общества кардиологов	
Антиагреганты		
■ Аспирин (75–100 мг в день) – неограниченно долго всем больным без аллергии к нему	I	A
■ Клопидогрел (75 мг в день) – всем больным независимо от терапии в острой стадии инфаркта миокарда в течение 12 мес. При установке стента с лекарственным покрытием продолжительность терапии должна быть больше	IIa	C
■ Клопидогрел (75 мг в день) – всем больным, кому противопоказан аспирин	I	B
Антикоагулянты		
■ Непрямые антикоагулянты внутрь (МНО 2–3) – всем, кто не переносит аспирин или клопидогрел	IIa	B
■ Непрямые антикоагулянты – всем, кто имеет специальные показания к ним (мерцательная аритмия, тромб в ЛЖ, протезированные клапаны)	I	A



Российский национальный конгресс кардиологов

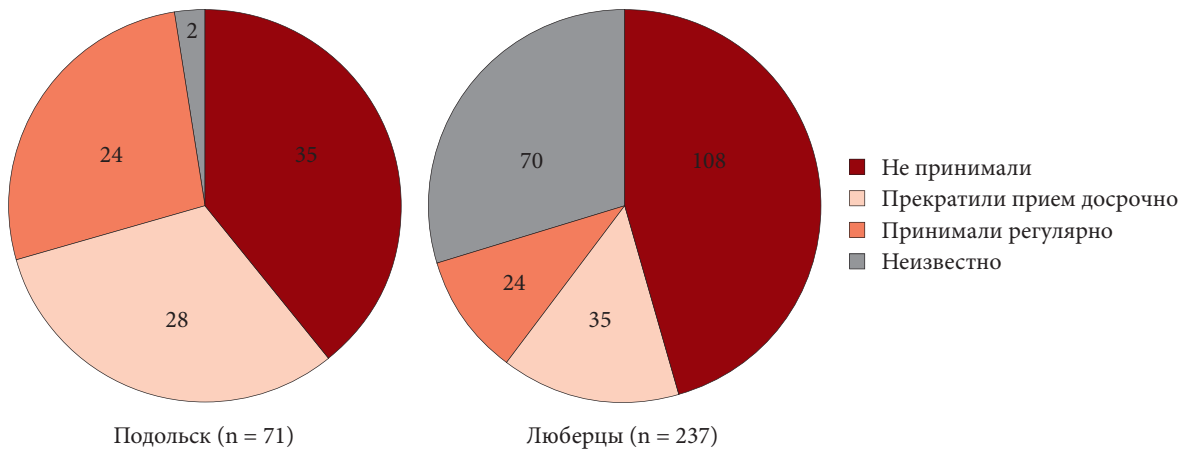


Рис. 2. Прием двойной антиагрегантной терапии в реальной практике после перенесенного инфаркта миокарда (2009–2010) у больных Подольского и Люберецкого районов МО

антиагрегантной терапии велась своеобразная «война»: классический аспирин противопоставили более современному тенопиридину. Однако сравнительно недавно появился новый стандарт лечения пациентов с высоким риском тромбоза: им назначается двойная антиагрегантная терапия, включающая как препарат ацетилсалициловой кислоты, так и тенопиридин. Доказательства эффективности данного подхода были получены, в частности, в ходе исследования COMPELL, в котором приняли участие более 45 тысяч больных с острым инфарктом миокарда.

Антиагрегантная терапия у больных, перенесших инфаркт миокарда, на сегодняшний день включена в рекомендации Европейского общества кардиологов (табл.), при этом упоминается, что аспирин должен назначаться на неограниченный период, а клопидогрел – на срок не более 12 месяцев. Кроме того, профессор С.Ю. Марцевич отметил, что двойная антиагрегантная терапия показана всем больным с острым коронарным синдромом (ОКС) вне зависимости от того, реализовался ли он в инфаркт миокарда или нет, а также пациентам, перенесшим ангиопластику с установкой любого стента. На сегодняшний день далеко не все российские пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, полностью проходят курс двойной антиагрегантной терапии (рис. 2). К сожалению, порой отказ от продолжения лечения связан не с проблемами переносимости препарата, а с экономическими факторами. Действительно, стоимость оригинального клопидогрела достаточно высока. Решением этой проблемы профессор С.Ю. Марцевич считает появление качественных дженериков. Одним из таких препаратов можно назвать Плагрил, зарегистрированный, как и оригинальный Плавикс, Управлением по контролю за ка-

чеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) – организацией, известной своими строжайшими стандартами. При этом Плагрил обладает значительными фармакоэкономическими преимуществами, выгодно отличающими его не только от Плавикса, но и от многих других препаратов клопидогрела. В последней части своего выступления профессор С.Ю. Марцевич рассказал слушателям об исследовании АТЛАНТ, целью которого является изучение клинической эффективности, переносимости и приверженности пациентов с ОКС двойной антиагрегантной терапии. Очень важно, что исследование максимально приближено к повседневной клинической практике: оно не предполагает контролируемого лечения и использования какого-либо конкретного дженерика клопидогрела. Пациентам назначается терапия, после чего (в ходе последующих визитов) проводится мониторинг – следует ли больной рекомендациям лечащего врача. Всего планируется участие в исследовании 10–15 тысяч пациентов, набор закрывается 31 декабря 2011 г. Финальный отчет об исследовании выйдет после завершения проекта, запланированного на февраль 2013 г.

Антиагрегантная терапия у больных, перенесших инфаркт миокарда, на сегодняшний день включена в рекомендации Европейского общества кардиологов, при этом упоминается, что аспирин должен назначаться на неограниченный период, а клопидогрел – на срок не более 12 месяцев.

Сателлитный симпозиум компании «Доктор Реддис Лабораторис Лтд»

Индивидуальный подход к антиагрегантной терапии: чего мы достигли?

Зарубежный гость симпозиума, ведущий европейский специалист из Миланского университета М. КАТТАНЕО дал детальное описание механизма агрегации тромбоцитов и влияния тиенопиридина на этот процесс, после чего привел примеры исследований, доказавших эффективность применения клопидогрела. Затем профессор М. Каттанео описал основные проблемы, связанные с использованием клопидогрела в реальной клинической практике. Во-первых, это высокая стоимость оригинального препарата. Очевидным решением данной проблемы является использование дженериков, но, разумеется, качественных, таких, как одобренный FDA Плагрил, который также продается во многих странах Европы, включая Германию, Италию, Францию, Великобританию. Еще одной сложностью является то, что интенсивность ответа на терапию клопидогрелом широко варьирует у разных пациентов. Это связано как с особенностями всасывания препарата, так и с различиями метаболизма, превращения про-

лекарства в активный метаболит. Для решения проблемы, связанной с наследственными особенностями метаболических процессов в печени, где происходит образование активного метаболита, необходимо генотипировать пациентов и выявлять аллели гена, ответственного за синтез изофермента CYP2C19*2, ассоциированного со сниженным уровнем метаболизма.

Негативно влияют на эффективность терапии клопидогрелом и другие факторы: возраст, масса тела, наличие сахарного диабета и связанных с ним поражений почек. Курение же, напротив, усиливает эффект от препарата.

Врядслучаевдляпреодолениярезистентности к клопидогрелу используется увеличение дозы препарата, осуществляемое при мониторинговании тромбоцитарной функции (platelet function test). Однако, по мнению доктора М. Каттанео, такой подход пока не может быть рекомендован для использования в клинической практике, поскольку на данный момент неизвестны лабораторные показатели, позво-



Доктор М. Каттанео

ляющие достоверно определить недостаточный ответ на терапию. Кроме того, увеличение дозы клопидогрела не влияло на риск развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с резистентностью к препарату. Однако, как отметил доктор М. Каттанео, завершая свое выступление, необходимо продолжать исследования, которые позволят разработать тактику лечения резистентных к клопидогрелу кардиологических пациентов.

Сопоставление дезагрегационной активности оригинального (Плавикс) и дженерического (Плагрил) препаратов клопидогрела

Выступление профессора кафедры клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии, д.м.н. В.В. ЯКУСЕВИЧА, завершавшего работу симпозиума, было посвящено вопросу, который актуален для любого врача, назначающего дженерики: сопоставимо ли действие дженерического препарата с оригинальным?

Несмотря на выявленную сравнительно недавно генетически детерминированную резистентность к клопидогрелу и появление других блокаторов P2Y12-

рецепторов, число пациентов, нуждающихся в терапии клопидогрелом, не снизилось. Очень важно, что клопидогрел обладает огромной доказательной базой: в общей сложности в исследованиях препарата участвовали около 100 тысяч пациентов по всему миру. Однако в России ситуация с назначением антиагрегантной терапии существенно отличается от мировых тенденций: в 2009 г. лишь 5% больных, перенесших ОИМ, получили комбинированную антиагрегантную терапию, остальным 95% была назначена монотерапия аспирином.



Профессор В.В. Якушевич



Российский национальный конгресс кардиологов

кардиология и ангиология

Докладчик подчеркнул важность появления на рынке доступных, но высококачественных дженериков клопидогрела, эффективность которых подтверждена сравнительными клиническими исследованиями. С результатами одного из таких исследований, прошедшего в марте – июле 2011 г. в Ярославле, профессор В.В. Якусевич ознакомил собравшихся. В ходе исследования сравнивалась эффективность и безопасность оригинального клопидогрела (препарат Плавикс производства «Санофи-Авентис») и его дженерика – Плагрила, выпущенного компанией Dr. Reddy's. В исследование были включены 50 пациентов со стабильной стенокардией II и III функциональных классов. Эффективность препаратов оценивалась по уровню снижения агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ в концентрации 5 мкМ, а безопасность изучаемых средств – на основании контроля клиническими осмотрами, общего анализа крови и анализа мочи на скрытую кровь.

В ходе исследования было установлено, что на фоне приема оригинального и воспроизведенного препаратов показатели агрегации тромбоцитов изменяются сопоставимо (рис. 6).

Перекрестное назначение Плагрила и Плавикса также продемонстрировало терапевтическую эквивалентность данных препаратов (рис. 4).

Нежелательных явлений, связанных с применением Плавикса или Плагрила, в ходе исследования выявлено не было, что свидетельствует о высокой безопасности обоих препаратов.

В целом же данные, полученные в ходе проведенного в Ярославле исследования, свидетельствуют о том, что воспроизведенный препарат Плагрил может с успехом применяться (при отсутствии противопоказаний к назначению клопидогрела) у всех больных, которые нуждаются в антиагрегантной терапии.

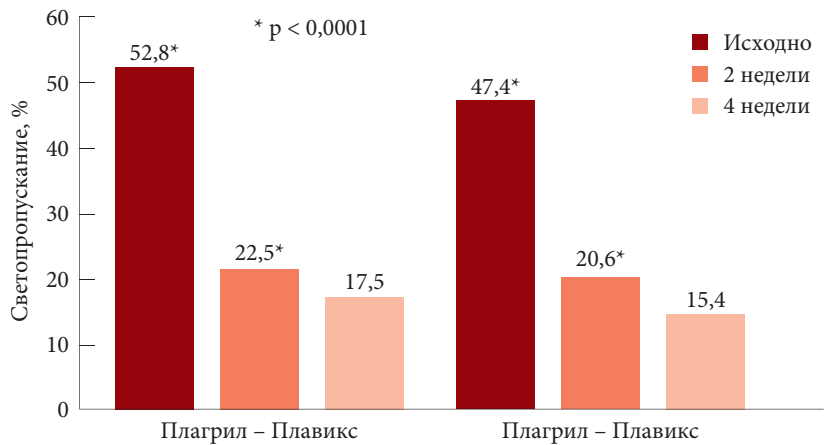


Рис. 3. Деагрегационный эффект оригинального препарата клопидогрела и дженерика через 4 недели лечения

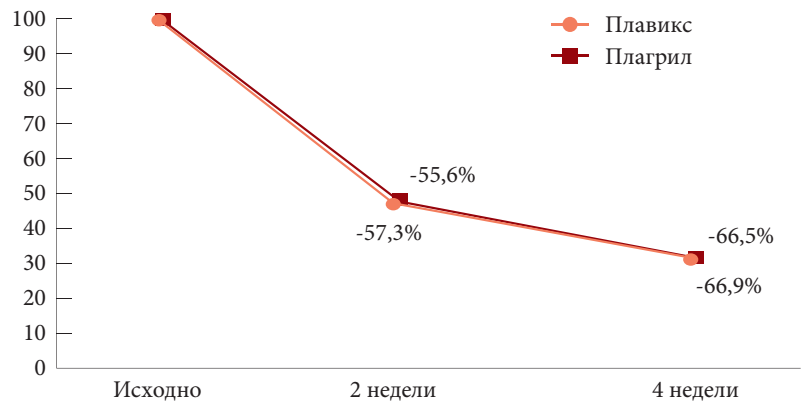


Рис. 4. Динамика снижения уровня агрегации тромбоцитов при перекрестном назначении оригинального препарата клопидогрела и дженерика

Заключение

В ходе сателлитного симпозиума «Проект АТЛАНТ: инициатива ВНОК по внедрению национальных рекомендаций для профилактики атеротромбоза» была наглядно продемонстрирована важность применения клинических рекомендаций в реальной клинической практике. С одной стороны, врачи должны понимать важность руководств по лечению тех или иных заболеваний и необходимость использования их в своей работе. В то же время национальные клинические рекомендации необходимо адаптировать с учетом особенностей национального

здравоохранения, в частности – доступности оригинальных препаратов для широких слоев населения. Разумеется, в национальные рекомендации следует включать те дженерические препараты, эффективность и безопасность которых доказана в ходе сравнительных исследований. Одним из таких высококачественных воспроизведенных средств с собственной доказательной базой является Плагрил – препарат клопидогрела производства компании Dr. Reddy's, применение которого достоверно влияет на жизненный прогноз кардиологических пациентов. ☺



*В потоке
ЖИЗНИ*

ПЛАГРИЛ®

КЛОПИДОГРЕЛА ГИДРОСУЛЬФАТ

- Безопасная профилактика инфаркта миокарда на каждый день

- Единственный генерический клопидогрел в России, который одобрен Комитетом по контролю над лекарственными средствами и продуктами питания США (FDA US)





Клинический опыт применения оригинального метаболитического препарата Элтацин у больных с хронической сердечной недостаточностью

К.м.н. Л.Н. МАКСИМОВА, д.м.н., проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ,
д.б.н. Е.В. КАЛИНИНА, к.ф.-м.н. Я.Р. НАРЦИССОВ

В статье представлены результаты клинического изучения метаболитического препарата Элтацин (разработан в ООО «МНПК «БИОТИКИ»»), фиксированной комбинации трех заменимых аминокислот: глицина, L-глутаминовой кислоты и L-цистина (по 70 мг каждой). В четырех лечебных учреждениях г. Москвы обследованы 156 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по протоколу двойного слепого плацебоконтролируемого исследования. В дополнение к стандартной терапии (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нитраты, антиагреганты и/или диуретики) 104 пациента получали препарат Элтацин по 1 таблетке сублингвально три раза в день в течение трех недель, 52 пациента – плацебо. Анализ сравнительной оценки результатов лечения показал: включение Элтацина в стандартную терапию (СТ) больных ХСН положительно влияет на динамику клинических симптомов: стойкий клинический эффект в группе Элтацина отмечен на 3,8-е сутки, в группе плацебо – на 5,8-е сутки; снижение ФК ХСН составило 33% и 19%, повышение толерантности к физической нагрузке – 60% и 38%, улучшение показателя 6-минутного теста ходьбой – 30% и 22% соответственно (различия достоверны). Включение Элтацина в СТ приводит к значительному улучшению систолической функции левого желудочка, способствует повышению сократительной способности миокарда, в значительной степени нормализует диастолическую функцию левого желудочка, оказывает нормализующее влияние на баланс в системе «оксиданты/антиоксиданты». На основании полученных данных рекомендовано применять Элтацин в составе комплексной терапии больных хроническими заболеваниями сердца.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений таких сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия, кардиомиопатии, пороки сердца и др. [1, 2].

Среди пациентов с ХСН I–IV ФК средняя годовая смертность достигает 12% даже в условиях лечения в специализированных стационарах, то есть за один год в РФ умирают более 600 тыс. больных ХСН [3, 4, 5].

Исходя из ключевой роли атеросклероза в патогенезе большинства сердечно-сосудистых заболеваний, следует отметить, что наиболее радикальным способом помощи больным является восстановление нарушенного кровообращения. Однако хирургическое воздействие на сосуды не всегда возможно из-за общего тяжелого состояния пациента, сопутствующих заболеваний и т.д. С другой стороны, применение традиционной терапии (блокаторы нейрогуморальных систем, диуретики, сердечные гликозиды) часто сопровождается нежелательными явлениями и имеет свои пределы. Все это определяет необходимость разработки новых лекарственных препаратов, ко-



торые по механизму действия отличаются от блокаторов нейроморальных систем и могут дополнить комбинированную терапию ХСН [14].

В последние годы широкое применение получили принципиально новые подходы к лечению ИБС, основанные на использовании препаратов, влияющих на метаболизм клетки [8, 9, 10, 12]. Основой кардиопротективного действия метаболитных препаратов, в первую очередь, является их способность к стимуляции энергообразующей и энергосберегающей функции клеток [7].

При ИБС, особенно с явлениями недостаточности кровообращения, происходит как нарастание окислительного стресса, так и снижение активности защитных систем, в частности глутатионпероксидазной системы, осуществляющей в конечном итоге детоксикацию перекисей. Такие метаболические нарушения сопровождаются увеличением активных форм кислорода и истощением, угнетением системы антиоксидантной защиты организма (АОЗ) [7, 9]. Для профилактики указанных метаболических сдвигов особое значение приобретают щадящие способы коррекции, основанные на исправлении нарушенного баланса и восстановлении пула ключевых метаболитов, к которым относится, в частности, глутатион. Особая роль глутатиона, как кофактора целого ряда окислительно-восстановительных ферментов, регулятора содержания SH-групп, активного компонента глутатион-конъюгирующей системы, участвующей в детоксикации ксенобиотиков и инактивации свободнорадикальных продуктов, позволяет рассматривать препараты, повышающие уровень глутатиона в клетке, как истинные антиоксиданты [11]. И если такие препараты полностью безопасны, их применение в клинике приобретает особенно актуальное значение. В этой связи создание нового лекарственного препарата, содержащего оригинальную композицию аминокис-

лот, оказывающего эффективное индущирующее действие на внутриклеточный пул глутатиона, активирующего глутатионзависимые и антиоксидантные ферменты, представляет значительный практический интерес как для клинической, так и для профилактической медицины.

Примером такого класса препаратов является новый метаболитный препарат Элтацин, разработанный в ООО «МНПК «БИОТИКИ»». Элтацин – композиция из трех заменимых аминокислот: глицина, L-глутаминовой кислоты и L-цистина, по 70 мг каждой. Все вышеназванные аминокислоты являются естественными метаболитами.

Доклинические исследования показали, что фармакологическое действие препарата связано с избирательной индукцией синтеза глутатиона (GSH) – одного из основных эндогенных антиоксидантов и кофакторов окислительно-восстановительных ферментов. Элтацин – многоплановый препарат и обладает способностью увеличивать энергетику клетки, связывать свободные радикалы, уменьшать процессы перекисного окисления, повышать эффективность использования кислорода. А снижение уровня GSH и антиоксидантных ферментов является одним из ведущих факторов в развитии процессов старения, ИБС и таких осложнений, как сердечная недостаточность.

Экспериментально было доказано, что Элтацин повышает внутриклеточный уровень глутатиона и глутатионзависимых ферментов, активность окислительно-восстановительных ферментов и синтез АТФ, уменьшает процессы перекисного окисления, то есть проявляет свойства прямого и непрямого антиоксиданта и антигипоксанта. Токсикологические исследования препарата показали, что препарат безопасен.

Материалы и методы

Клиническое изучение Элтацина проведено в четырех лечебных учреждениях г. Москвы у 156 больных с ХСН по протоколу

двойного слепого плацебоконтролируемого исследования.

Обследовано 156 больных (64 мужчины и 92 женщины) в возрасте от 59 до 83 лет с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией (СС), перенесших инфаркт миокарда и страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III ФК по классификации NYHA. У 54 больных была диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) III ст., у 25 больных – сахарный диабет (СД) 2 типа, 4 пациента перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе. Тяжелые соматические болезни, с высокими цифрами АД (САД выше 220 мм рт. ст. и ДАД более 120 мм рт. ст.), больные с фракцией выброса менее 35%, с постоянной формой мерцательной аритмии, с психическими отклонениями в исследовании не включались.

Все обследуемые получали стандартную терапию (СТ): ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нитраты, антиагреганты и/или диуретики. Кроме того, 104 пациента получали в дополнение к стандартной терапии препарат Элтацин по 1 таблетке сублингвально три раза в день в течение трех недель, 52 пациента – плацебо (внешне плацебо представляло собой такую же таблетку, как и Элтацин, не различались таблетки и по вкусу, но Элтацин был в розовом блистере, а плацебо – в синем).

Лабораторные анализы включали: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение содержания в крови холестерина, триглицеридов, билирубина, показателей коагулограммы, общего белка, мочевины, креатинина, остаточного азота, глюкозы, ферментов (аланиновая и аспарагиновая трансаминазы, лактатдегидрогеназы и креатинфосфокиназы). Данные ЭКГ-исследования помогли подтвердить диагноз перенесенного ИМ в анамнезе и выявить локализацию рубцовых зон, а также нарушения коронарного кровообращения при обострении заболевания в виде участков ишемии, наруше-

Таблица 1. Динамика основных исследуемых параметров (%) в группах больных, получавших на фоне традиционной терапии Элтацин сублингвально и плацебо

Показатели	СТ + Элтацин		СТ + плацебо	
	%	P _{разн}	%	P _{разн}
ФКСН	-33	0,001	-19	0,003
ЧСС	-17,5	0,003	-11	0,002
САД	-19	0,001	-14	0,001
ДАД	-13	0,005	-8	0,003
КАБ	-95	0,001	-93	0,001
ПБ	-97	0,001	-88	0,001
КТН	-97	0,001	-91	0,001
ТФН	+60	0,001	+30	0,001
6МТХ	+38	0,001	+22	0,001
КДР	-1,6	0,02	-0,2	1,0
КСР	-3,3	0,01	0	1,0
ФВ	+5,6	0,01	+0,4	1,0
УПЗР	+6,1	0,01	+0,8	1,0
КДО	-4,4	0,01	-0,7	0,2
КСО	-6,2	0,01	-0,3	1,0
ДП	-23	0,001	-33	0,001
VE	+11	0,03	+5,5	0,1
VA	+2	1,0	+2	1,0
VE/VA	+8,4	1,0	+3,7	1,0
ВИР	-13	0,002	-16	0,003
КЭД ST	-86	0,004	-83	0,01
КЭЭ ST	-84	0,004	-83	0,001

ния сердечного ритма и проводимости. При рентгенологическом исследовании интерес представляло наличие застойных явлений в легких и расширение левых границ сердца, почти у всех больных выявлялось уплотнение аорты и расширение левых границ сердца. Для измерения артериального давления использовали метод Н.С. Короткова.

Изучение клинических симптомов включало: количество ангинозных болей в сутки (КАБ), продолжительность ангинозных болей (ПБ), количество таблеток нитроглицерина в сутки (КТН), толерантность к физической нагрузке (ТФН), тест с 6-минутной ходьбой (6МТХ).

Для удобства оценки клинического состояния пациент ежедневно вел дневник, в котором фиксировались КАБ, ПБ, КТН и ТФН. Показатели центральной гемодинамики (ПЦГ) оценивали с помощью ЭхоКГ.

Степень окислительного стресса определяли по уровню продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) до лечения и после: уровень малонового диальдегида (МДА), содержание глутатиона (GSH), глутатион-зависимых ферментов: глутатион-пероксидазы и глутатион-редуктазы (GSH-P, GSH-R), а также каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах.

Полученные результаты проанализированы методом вариационной статистики, включая разностный метод, с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В обеих группах больные отметили улучшение общего самочувствия, повышение настроения, выраженное снижение количества ангинозных болей в течение суток, их продолжительность и потребности в нитроглицерине для купирования болей. Больные отмечали постепенное уменьшение одышки и, как следствие этого, повышение толерантности к физической нагрузке. День наступления стойкого клинического эффекта в первой группе (Элтацин) отмечается раньше (на $3,8 \pm 0,2$ сутки), чем в группе плацебо (на $5,8 \pm 0,5$ сутки).

Анализ сравнительной оценки результатов лечения в основной группе и контрольной (больные на фоне СТ получали плацебо) свидетельствует, что включение Элтацина в стандартную терапию оказывает наиболее благоприятное воздействие по сравнению с контрольной группой, то есть при сочетании СТ с плацебо.

Снижение ФК ХСН было достоверным в обеих группах, однако в большей степени оно отмечалось в первой группе – на 33%, в контрольной – на 19%.

Кроме этого, включение в СТ Элтацина приводит к достоверному снижению уровней ХС и ТГ в основной группе. Динамика этих показателей в контрольной группе была недостоверной. В то же время динамика таких клинических показателей, как количество ангинозных болей (КАБ), продолжительность боли (ПБ) и количество таблеток нитроглицерина (КТН), была достоверной в обеих группах. В первой группе КАБ, ПБ и КТН уменьшились на 95%, 97% и 97%, в контрольной – на 93%, 88% и 91% соответственно, то есть по динамике этих показателей группы не отличались. Это можно объяснить тем, что, безусловно, нитраты действуют в любой группе одинаково и быстро.



Положительная динамика клинической симптоматики проявлялась достоверным повышением толерантности к физической нагрузке (ТФН) и 6-минутного теста ходьбой (6МТХ) в обеих группах. Более выраженное увеличение этих параметров отмечается в основной группе: в первой группе ТФН и 6МТХ возросли на 60% и 38%, в контрольной группе – на 30% и 22% соответственно. Анализ сравнительной оценки параметров гемодинамики в исследуемых группах показал, что изменение данных показателей в основной группе было достоверным, а в контрольной группе динамика только уровня ДАД была значимой. Снижение ЧСС и уровня САД и ДАД в первой группе составило 11%, 14% и 8%, в контрольной группе – 17,5%, 19% и 13% соответственно, то есть было сопоставимо. Сравнительный анализ морфофункциональных параметров свидетельствует, что достоверное изменение размеров и объемов левого желудочка, а также ФВ, УПЗР, УО и размера ЛП отмечается только в первой (основной) группе. Динамика указанных параметров у пациентов контрольной группы была недостоверна. Изложенное свидетельствует, что включение в СТ Элтацина приводит к значительному улучшению систолической функции левого желудочка (СФ ЛЖ) и способствует повышению сократительной способности миокарда, чего не наблюдается в группе больных, получавших на фоне СТ плацебо. С помощью доплер-ЭхоКГ во всех группах до начала лечения была выявлена нарушенная модель диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ). Это проявилось тем, что значения величин VE, VA, VE/VA и ВИР более приблизились к нарушенной модели замедленного расслабления (или аномальной релаксации). Курс проведенного лечения в основной группе в большей степени оказывал нормализующее влияние на диастолическую дисфункцию. Это проявилось в первой подгруппе достоверным по-

Таблица 2. Влияние Элтацина и плацебо на системы ПОЛ и АОЗ*

Показатель	До лечения	После лечения
Элтацин		
МДА, нмоль/гНв	5,9 ± 0,15	4,0 ± 0,15*
СОД, ед/гНв	125 ± 2,5	188 ± 6,2*
Каталаза, ммоль/мин•гНв	9,5 ± 1,7	13,9 ± 1,2*
GSH, мкмоль/гНв	2,91 ± 0,3	5,0 ± 0,23*
GSH-P, мкмоль/мин•гНв	16,2 ± 1,4	25,4 ± 2,1*
GSH-R, мкмоль/мин•гНв	3,16 ± 0,2	4,6 ± 0,45*
Плацебо		
МДА, нмоль/гНв	6,0 ± 0,12	5,8 ± 0,15
СОД, Ед/гНв	130,0 ± 4,7	134,6 ± 6,1
Каталаза, ммоль/мин•гНв	10,9 ± 0,4	11,4 ± 0,5
GSH, мкмоль/гНв	1,51 ± 0,07	1,54 ± 0,08
GSH-P, мкмоль/мин•гНв	14,6 ± 0,5	15,7 ± 0,8
GSH-R, мкмоль/мин•гНв	1,80 ± 0,08	1,71 ± 0,08

* Улучшение показателей достоверно.

вышением величины VE на 11% и снижением ВИР на 13%. В контрольной группе достоверным было лишь уменьшение значения ВИР на 16%.

Таким образом, включение в СТ Элтацина в значительной степени нормализует ДФЛЖ по сравнению с контрольной группой.

Влияние Элтацина и плацебо на перекисное окисление липидов и антиоксидантную защиту представлено в таблице 2.

Легко видеть, что курс проведенного лечения Элтацином способствовал благоприятной динамике параметров антиоксидантного статуса. Это выразилось в достоверном увеличении всех исследуемых показателей АОЗ: СОД, каталазы, GSH, GSH-P, GSH-R. В группе плацебо подобных изменений в антиоксидантной системе выявлено не было.

Изложенное свидетельствует о том, что проведенная стандартная терапия в сочетании с Элтацином оказывает нормализующее влияние на баланс в системе «оксиданты/антиоксиданты», уменьшая при этом уровень ПОЛ и увеличивая АОЗ организма.

Таким образом, исследование влияния препарата Элтацин на параметры клеточного редокс-статуса позволило установить его сбалансированное действие на внутриклеточный уровень

антиоксидантной системы. В то же время традиционная терапия практически не оказывала влияния на уровень перекисного окисления липидов.

Элтацин хорошо переносится, ни у одного пациента на протяжении лечения Элтацином не было выявлено ни одного нежелательного явления.

Выводы

1. Новый отечественный метаболитный препарат Элтацин, разработанный ООО «МНПК «БИОТИКИ»», обладая кардиопротекторными и антиоксидантными свойствами, показан в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности. Учитывая его положительное влияние на сократительную функцию миокарда, рекомендуется включать Элтацин в комплексную терапию как можно раньше.

2. Элтацин – безопасный препарат.
3. Принимают Элтацин по 1 таблетке 3 раза в день не менее 1 месяца, а далее – по усмотрению врача, в зависимости от тяжести состояния больного.

4. Включение отечественного метаболитного препарата Элтацин в стандартную терапию больных хроническими заболеваниями сердца является патогенетически обоснованным и перспективным. ☺



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
Клиника
пропедевтики
внутренних болезней,
гастроэнтерологии
и гепатологии
им. В.Х. Василенко

Трофологический статус у больных с хронической сердечной недостаточностью

К.м.н. М.Р. СХИРТЛАДЗЕ, д.м.н., проф. О.М. ДРАПКИНА

Было проведено исследование с целью изучения особенностей трофологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и оценки эффективности нутритивной поддержки у пациентов с сердечной кахексией. В исследование были включены 123 больных с ХСН, у которых с помощью антропометрических, биохимических и биоимпедансного методов был оценен трофологический статус. Показана корреляция между состоянием трофологического статуса и важнейшими характеристиками функции сердца у больных с ХСН. Продемонстрирована эффективность комплексного лечения больных с ХСН и сердечной кахексией, включающего оптимальную фармакотерапию и нутритивную поддержку. Применение нутритивной поддержки приводит к увеличению тощей массы тела (ТМТ), росту фракции выброса левого желудочка и снижению функционального класса ХСН по NYHA. Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы: диагностика нарушений трофологического статуса у больных с ХСН имеет высокую клиническую информативность и позволяет врачу-интернисту правильно спланировать тактику лечения, в том числе принять решение о необходимости применения нутритивной поддержки, что способствует улучшению прогноза.

Введение

Вопросы питания чрезвычайно актуальны в комплексном лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Тем не менее существует лишь небольшое число проспективных исследований, посвященных комплексной

оценке и методам воздействия на трофологический статус у пациентов с ХСН. Анализ источников литературы не позволяет сформулировать четкие рекомендации по тактике лечения пациентов с ХСН и нарушением трофологического статуса. С учетом указанных об-

стоятельств было принято решение о проведении собственного исследования по данной тематике [1].

Общие принципы питания пациентов с ХСН

Основными показателями, характеризующими трофологический статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью, являются гипопротейнемия, потеря мышечного белка и субклинический дефицит витаминов, в особенности тиамина. Именно поэтому коррекция рациона пациентов должна быть направлена на устранение этих факторов.

Особенности питания при ХСН заключаются в ограничении поваренной соли и воды (в случае резистентных отеков). Рекомендуется прием пищи 5–6 раз в сутки небольшими порциями; пища должна быть легкоусвояемой, витаминизированной, с достаточным содержанием белка; калорийность рациона – 1900–2500 ккал в сутки. При выборе режима питания важно учитывать стадию ХСН.

При ХСН I и IIА стадий режим питания направлен на облегчение деятельности сердечно-сосудистой системы, улучшение работы органов пищеварения, почек, увеличение диуреза. С этой целью рекомендуется значительное ограничение соли и воды, растительной клетчатки, продуктов, богатых холестерином, вызывающих метеоризм, возбуждающих деятельность сердечно-сосудистой

и нервной системы, обладающих раздражающим действием на печень и почки (экстрактивные вещества); обогащение рациона солями калия, магния, витаминами. Такая диета должна состоять из 80–90 г белков (животного происхождения – 60%, растительного – 40%), 70 г жиров (растительного происхождения – 30%, животного – 70%), 350–400 г углеводов. Энергетическая ценность рациона – 2300–2600 ккал.

Больным с ХСН II и III стадий при избыточной массе тела назначаются разгрузочные дни 1 раз в 7 дней, а в остальные дни они должны придерживаться вышеперечисленных рекомендаций. Для больных с ХСН II и III стадий в дополнение к лекарственной терапии иногда назначается диета Карреля, которая наиболее эффективна у больных с тяжелыми декомпенсированными пороками сердца.

При ХСН рекомендуется ограничение приема поваренной соли, которое зависит от степени выраженности симптомов болезни и застоя крови:

- I ФК – исключение соленой пищи (до 3 г NaCl);
- II ФК – исключение соленых продуктов и досаливания пищи (до 1,5 г NaCl);
- III ФК – исключение соленых продуктов и досаливания пищи, употребление продуктов с уменьшенным содержанием соли и приготовление пищи без соли (< 1,0 г NaCl).

Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях: при декомпенсированном тяжелом течении ХСН, требующем внутривенного введения диуретиков. В обычных ситуациях объем жидкости не рекомендуется увеличивать более 2 л/сут (минимум приема жидкости – 1,5 л/сут) [2].

Нутритивная поддержка: практические аспекты использования

Общеизвестно, что сердечная кахексия и выраженная гипотрофия – важнейшие показания для применения дополнительной нутритивной поддержки. Менее ис-

тощенные пациенты с ХСН должны следовать общим принципам питания при ХСН.

При расчете нутритивной поддержки важно в первую очередь определить энергопотребности пациента.

Доступным и широко распространенным методом определения энергетических потребностей является расчет основного обмена с помощью метода Харриса – Бенедикта [2]. Истинные энергетические потребности (ИЭП) могут определяться с помощью уравнения Харриса – Бенедикта и факторов, учитывающих возрастание энергетических затрат (фактор активности, температурный фактор, повреждение):

$ИЭП(мужчины) = 66 + (13,7 \times МТ) + (5 \times \text{рост}) - (6,8 \times \text{возраст}) \times ФА \times ФП \times ТФ;$

$ИЭП(женщины) = 65 + (9,5 \times МТ) + (1,8 \times \text{рост}) - (4,7 \times \text{возраст}) \times ФА \times ФП \times ТФ,$

где *ФА* – фактор активности (постельный режим – 1,1; полупостельный – 1,2; ходячий – 1,3); *ФП* – фактор повреждения (после операции – 1,1; травма скелета – 1,3; сепсис – 1,6; перитонит – 1,4; кахексия – 1,5; ожоги – 2); *ТФ* – температурный фактор (38 °С – 1,1; 39 °С – 1,2; 40 °С – 1,3; 41 °С – 1,4).

Точность расчета ИЭП по данной формуле зависит от правильной оценки фактора повреждения. При этом не учитывается степень легочных повреждений, поэтому при определении ИЭП у больного с дыхательной недостаточностью необходимо увеличивать рассчитанную энергетическую потребность на 10–15%. После расчета ИЭП необходимо определить реальную энергопотребность пациента. Как правило, на амбулаторном приеме удается произвести лишь приблизительный расчет. При этом врач, уточнив характер питания пациента и употребляемые им продукты, производит следующий расчет:

$\text{реальная потребление энергии} = (\text{белки}, г \times 4) + (\text{жиры}, г \times 9) + (\text{углеводы}, г \times 4).$

Разность между ИЭП и реальным потреблением энергии должна

Основными показателями, характеризующими трофологический статус пациентов с ХСН, являются гипопроteinемия, потеря мышечного белка и субклинический дефицит витаминов, в особенности тиамина. Именно поэтому коррекция рациона пациентов должна быть направлена на устранение этих факторов.

быть восполнена с помощью нутритивной поддержки.

Поскольку основным фактором уменьшения продолжительности жизни больных с ХСН является снижение ТМТ, следующим этапом расчета нутритивной поддержки является определение пластических потребностей, то есть определение дефицита белка [3].

Определение пластических потребностей проводится путем подсчета суточного баланса азота (разница между количеством азота, поступающего в организм с белками и теряемого различными путями) по формуле:

$N \text{ баланс} = N \text{ входящий} - N \text{ выходящий}.$

Рассчитанный по указанной формуле отрицательный азотистый баланс указывает на преобладание потери белка над его поступлением. Потери азота возрастают при смещении метаболических процессов в сторону катаболизма. Потеря 20–30 г азота в сутки эквивалентна потере 125–188 г белка, что соответствует уменьшению мышечной массы на 500–750 г.

Необходимую дозу вводимого белка устанавливают путем определения суточной потери общего азота с мочой, желудочно-кишечным содержимым и отделяемым по дренажам в случае их наличия. Расчет потерь азота с мочой легче проводить по уровню азота мочевины в суточной моче, учитывая, что он составляет 80% от общего азота, экскретируемо-

Таблица 1. Примерный рацион искусственного лечебного питания в зависимости от тяжести состояния пациента

Нутриенты	Умеренная тяжесть	Средняя тяжесть	Тяжелое состояние
Вода, мл/кг	30	50	100–150
Белок, г/кг	0,72–1,0	1,5–2,0	3,0–3,5
Жир, г/кг	2	3	3–4
Углеводы, г/кг	2	5	7
Na ⁺ , ммоль	1,0–1,4	2,0–3,0	3,0–4,0
K ⁺ , ммоль	0,7–0,9	2,0	3,0–4,0
Энергия, ккал	30–40	40–50	50–60

го с мочой. Известно, что 1 г мочевины содержит 0,466 г азота. Следовательно, зная суточное количество мочевины в моче, можно определить потерю общего азота по формулам:

$\text{количество теряемого азота мочи, г/сут} = \text{мочевина мочи, ммоль/сут} \times 0,033;$

$\text{количество теряемого с мочой белка, г/сут} = \text{мочевина мочи, ммоль/сут} \times 0,033 \times 6,25.$

При переводе величины потерь мочевины из ммоль/л в г следует выполнить пересчет по формуле: $1 \text{ г} = \text{ммоль/л} \times 0,06.$

Таким образом, уровень дефицита белка для больного с ХСН с дефицитом тощей массы тела (ТМТ) является определяющим в выборе дополнительного энтерального питания.

В ряде случаев врач может пользоваться упрощенным расчетом дополнительного энтерального питания, основанным на оценке состояния пациента (табл. 1).

Высококалорийное искусственное питание специализированными смесями может применяться в качестве дополнительной или основной нутритивной поддержки в виде перорального питания (в ряде случаев с помощью зонда) при сохраненной функции пищеварительной системы. В качестве средств нутритивной поддержки могут быть использованы как олигопептидные смеси (Пептамен), так и стандартные полимерные питательные средства (Нутрилан МСТ, Нутризон, Берламин Модуляр, Нутрен) [4, 5].

Принципы введения энтерального питания в рацион

Необходимо начинать нутритивную поддержку с малых доз (не

более 5% от уровня истинной энергопотребности). Для лучшей усвояемости обязательно нужно добавлять ферментные препараты (1–2 таб/сут). Увеличивать объем восполнения энергии за счет питательной смеси следует постепенно. Обычно объем вводимой смеси целесообразно увеличивать 1 раз в 7 дней.

Например, для смеси Берламин Модуляр рекомендуется следующая процедура титрования дозы [6]:

- 1-я неделя – 5% энергопотребности = 125 ккал = 22,5 г смеси;
- 2-я неделя – 10% энергопотребности = 250 ккал = 45 г смеси;
- 3-я неделя – 20% энергопотребности = 500 ккал = 90 г смеси;
- 4-я неделя – 25% энергопотребности = 625 ккал = 112,5 г смеси;
- 5-я неделя – 30% энергопотребности = 750 ккал = 135 г смеси.

Диагностика сердечной кахексии

Патологическая потеря массы тела и сердечная кахексия констатируются в следующих случаях:

- документированная непреднамеренная потеря массы тела, превышающая 5 и более кг или свыше 7,5% от исходной массы тела за 6 месяцев (при этом учитывается вес без отеков, то есть вес пациента в компенсированном состоянии);
 - при исходном ИМТ менее 19 кг/м².
- При принятии решения о назначении нутритивной поддержки учитывается показатель истинной энергетической потребности.

Результаты собственного исследования

В рамках комплексной работы по изучению трофологического статуса при ХСН, включавшей 123 пациента, нами была выявлена

группа пациентов с сердечной кахексией, включавшая 12 пациентов (10%).

По этическим соображениям контрольная группа не набиралась и все больные с сердечной кахексией получали нутритивную поддержку.

При решении вопроса о режиме нутритивной поддержки оценивались тяжесть нарушения трофологического статуса, тяжесть ХСН, а также фактические потребности в энергии и нутриентах.

В работе использовались следующие принципы введения энтерального питания в рацион:

- 1) нутритивная поддержка начиналась с малых доз (не более 5–10% от уровня истинной энергопотребности);
- 2) к схеме терапии добавлялись ферментные препараты (Мезим Форте, Панкреатин, 1–4 таб/сут);
- 3) объем энергетического восполнения за счет питательной смеси увеличивался постепенно (объем вводимой смеси увеличивался 1 раз в 4–7 дней).

Контроль эффективности нутритивной поддержки осуществлялся уже с первой недели терапии и включал в себя изучение динамики антропометрических показателей (ИМТ, ТМТ, окружность мышц плеча), лабораторный контроль и оценку переносимости питательных смесей, анализировались конечные точки согласно протоколу периодичности и характера последующего наблюдения.

В работе использовались цифровые весы-анализаторы состава тела фирмы TANITA серии BC, позволяющие оценить процент содержания жира, воды, мышечной и костной массы. В основе функционирования весов лежит



биоимпедансный метод ВИА «от стопы к стопе». Этот метод предусматривает анализ структуры тела с использованием слабых безопасных электрических импульсов. Импульс свободно проходит через жидкие составляющие мышечных тканей и с сопротивлением – через жировую ткань. Сопротивление жировой ткани прохождению сигнала называют биоэлектрическим импедансом. Измерения проводятся в положении стоя, при контакте электродов с босыми ногами, путем пропускания слабого безопасного тока частотой менее 50 кГц через тело человека. В этой системе два электрода вмонтированы в платформу точных электронных весов.

Основой энтерального питания у исследуемых пациентов были питательные смеси Нутризон Нутриция и Диазон Нутриция, объемы введения наращивали ступенчато (см. выше).

У больных с декомпенсацией ХСН, когда резко ухудшаются показатели всасывания, применялись олигомерные питательные смеси (Пептамен). В период стабилиза-

ции состояния для ежедневного приема использовались высокомолекулярные сбалансированные смеси в количестве 25–50% от суточной энергопотребности (Нутризон и Диазон). При выраженной сердечной кахексии, когда применение энтерального питания невозможно или недостаточно эффективно, рассматривался вопрос о введении парентерального питания в дополнение к энтеральному.

Нутризон Нутриция – полностью сбалансированное энтеральное питание, 16% энергетической ценности которого составляют белки (молочный белок, 100% казеин), 35% – жиры (представлены растительными жирами), 49% – углеводы, представленные мальтодекстрином и глюкозой, которые легко перевариваются и всасываются даже при атрофии ворсинок кишечника.

У больных с сахарным диабетом применялась специально разработанная для пациентов смесь Диазон Нутриция. Смесь содержит изолят соевого протеина, обладающий высокой биологической

ценностью и содержащий полный спектр незаменимых аминокислот. Углеводы представлены фруктозой и мальтодекстринами. Среди жиров преобладают мононенасыщенные жирные кислоты.

Все пациенты также получали ферментные препараты (панкреатин) для улучшения усвоения питательных веществ.

Контроль эффективности лечения с повторной оценкой трофологического статуса проводился перед выпиской из отделения кардиологии на 19–31-й день после начала терапии и нутритивной поддержки. Энтеральная нутритивная поддержка в целом переносилась пациентами удовлетворительно. Пациентам была разъяснена важность приема питательных смесей. Основными жалобами больных при их приеме можно считать симптомы диспепсии после употребления смеси (11% больных) и негативное отношение к вкусовым качествам смесей (35%). В таких случаях питательные смеси подбирали индивидуально. Хорошо зарекомендовала себя тактика медленного увеличения

Таблица 2. Эффективность фармакотерапии и энтерального питания у пациентов с сердечной кахексией*

Параметр	До терапии	После курса лечения
ИМТ, кг/м ²	16,4 ± 2,1	21,0 ± 1,9
ОЖ, см	55 ± 4,6	68 ± 4,4
Окружность мышц плеча, см	17,2 ± 3,7	22,8 ± 3,5
Окружность бедер, см	81,3 ± 4,6	98,3 ± 3,5
КСП, см	1,1 ± 0,7	2,1 ± 0,3
КЖСТ, см	0,9 ± 0,6	1,5 ± 0,4
Основной обмен, ккал	750 ± 59	879 ± 36
Среднее содержание жира, %	18,2 ± 2,7	24,2 ± 2,9
Среднее содержание жидкости, %	49,9 ± 10,5	44,5 ± 4,1
Тощая масса тела, кг	37,5 ± 3,1	49,1 ± 3,2
Лимфоциты, абс., в мкл	1382 ± 450	1442 ± 251
Трансферрин, мг/дл	1,9 ± 1,0	3,4 ± 0,5
Альбумин, г/л	33,1 ± 2,4	40,4 ± 3,1
Общий холестерин, ммоль/л	3,7 ± 0,9	5,2 ± 0,8
Натрий, ммоль/л	120 ± 4,8	128,2 ± 5,6
Дистанция при проведении теста шестиминутной ходьбы, м	72 ± 46	252 ± 57
ФВЛЖ, %	28 ± 7,2	38,9 ± 4,1
Размеры левого предсердия, см	5,3 ± 0,4	5,1 ± 0,5

* Различия представлены как среднее значение ± стандартное отклонение. Жирным шрифтом выделены статистически достоверные различия показателей до и после лечения ($p < 0,01$).

ИМТ – индекс массы тела; ОЖ – окружность живота на уровне пупка; КСП – толщина кожной складки на уровне пупка; КЖСТ – толщина кожно-жировой складки трицепса; ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка.

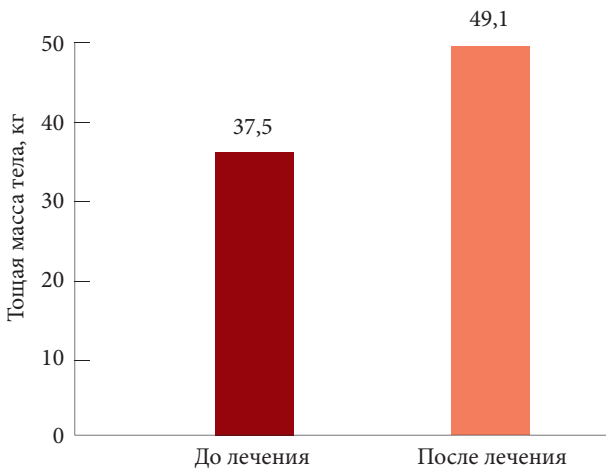


Рис. 1. Динамика изменения тошней массы тела пациентов с сердечной кахексией на фоне проводимого лечения и нутритивной поддержки

объема питательной смеси, небольшие количества которой можно было подмешивать в пищу.

Эффективность совместного применения фармакотерапии и энтерального питания у пациентов с сердечной кахексией

У всех пациентов, получавших курс терапии и энтерального питания, наблюдалось улучшение состояния по данным клинических и инструментальных исследований (табл. 2). Улучшение касалось как клинических данных и показателей трофологического статуса, так и самочувствия пациентов.

Клинически все пациенты отметили значительное уменьшение интенсивности одышки и степени общей слабости, что было сопряжено со значительным увеличением дистанции, проходимой во время теста шестиминутной ходьбы (72 ± 46 против 252 ± 57 м после курса лечения, $p > 0,001$).

В целом из 12 пациентов с сердечной кахексией 6 пациентов перешли из группы IV ФК по NYHA в III ФК, 3 больных перешли из группы IV ФК по NYHA во II ФК; еще трое – из III ФК по NYHA во II ФК. При этом было отмечено значительное статистически достоверное улучшение состояния по данным ЭхоКГ: ФВЛЖ увеличилась в среднем на 10,9% ($p < 0,005$), также

отмечалось уменьшение объема левого предсердия.

Улучшение трофологического статуса, в особенности белкового обмена, наблюдалось по данным показателей биохимического анализа крови и уровня лимфоцитов. После прохождения курса лечения и нутритивной поддержки увеличились уровни альбумина ($33,1 \pm 2,4$ до $40,4 \pm 3,1$ г/л), трансферрина ($1,9 \pm 1,0$ до $3,4 \pm 0,5$ мг/дл), а также общего белка ($p < 0,005$). Абсолютное количество лимфоцитов увеличилось с 1382 ± 450 до 1442 ± 251 (в мкл). Несмотря на это, достоверного увеличения уровня

4,4 см) и толщины кожной складки пупка ($1,1 \pm 0,7$ до $2,1 \pm 0,3$ см).

Важно отметить, что увеличение ИМТ было сопряжено со значительным и статистически достоверным ростом тошней массы тела (с уровня $37,5 \pm 3,1$ до $49,1 \pm 3,2$ кг, $p < 0,05$) (рис. 1), а также менее выраженным увеличением жировой массы тела. При этом содержание жидкости в организме несколько уменьшилось, что может быть связано с массивной терапией диуретиками. Наиболее чувствительным методом, позволяющим отследить увеличение тошней массы тела еще до изменения ан-

Доказана эффективность комплексного лечения больных с ХСН и нарушениями трофологического статуса, включающего оптимальную фармакотерапию и немедикаментозные методы лечения, в том числе нутритивную поддержку. Применение энтерального питания статистически достоверно приводит к увеличению тошней массы тела у пациентов с сердечной кахексией.

общего холестерина, который у данной категории больных может иметь протективное значение, не было отмечено (больные в этой категории не получали гиполипидемических средств, в том числе препаратов из группы статинов). Незначительным было и увеличение уровня натрия плазмы крови, низкий уровень которого также свидетельствует о неблагоприятном прогнозе.

На этом фоне отмечалась тенденция к улучшению антропометрических показателей окружности мышц плеча, окружности мышц бедер, кожно-жировой складки трицепса, которая не достигла уровня статистической достоверности, что объясняется известной «инертностью» указанных параметров. Тем не менее у всех пациентов достоверно увеличился ИМТ с $16,4$ до $21,0$ кг/м², кроме того, уровень статистической достоверности был достигнут при оценке значимости увеличения окружности живота на уровне пупка ($55 \pm 4,6$ до $68 \pm$

тропометрических показателей, оказалось исследование биоэлектрического импеданса.

Заключение

Таким образом, исследование показало, что диагностика нарушений трофологического статуса у больных с ХСН имеет высокую клиническую информативность и позволяет врачу-интернисту правильно спланировать тактику лечения, в том числе принять решение о необходимости применения нутритивной поддержки, что способствует улучшению прогноза.

Доказана эффективность комплексного лечения больных с ХСН и нарушениями трофологического статуса, включающего оптимальную фармакотерапию и немедикаментозные методы лечения, в том числе нутритивную поддержку. Применение энтерального питания статистически достоверно приводит к увеличению тошней массы тела у пациентов с сердечной кахексией. ☺

27–28 февраля
2012 г.

Здание Правительства Москвы
ул. Новый Арбат, д. 36/9

В рамках **Конгресса** пройдет работа
*ежегодной сессии для руководителей и
сотрудников региональных
сосудистых центров и первичных
сосудистых отделений*

IV Международный конгресс

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

2012

«НОВАЯ СТРАТЕГИЯ
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
МОЗГА»

Основные направления научной программы:

- Стратегии медикаментозной терапии, реперфузионной и тромболитической терапии;
- Особенности питания пациентов с церебральным инсультом;
- Особенности лечения коморбидных состояний;
- Реабилитация больных с церебральным инсультом при остеопорозе;
- Нарушения сна у больных с церебральным инсультом и возможности коррекции;
- Постинсультные депрессии и тревожные состояния;
- Хронические формы ишемии мозгового кровообращения;
- Организация и принципы ухода за постинсультными пациентами;
- Ведение пациентов с нарушениями равновесия и головокружения, высших психических функций и речи, опорно-двигательного и нейро-мышечного аппарата;
- Нейроурологические проблемы пациентов с церебральным инсультом;
- Постинсультная спастичность;
- Реабилитация при нарушении высших психических функций и речи;
- Коррекция дисфагии;
- Безопасный трансфер;
- Возможности эффективного использования реабилитационного оборудования и технологий.



Неотложная кардиология – 2011: профилактика, лечение, организация

В конце ноября 2011 г. в Москве в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе при участии Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Всероссийского научного общества кардиологов и информационной поддержке группы компаний «Медфорум» состоялась IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011». В рамках конференции обсуждались наиболее значимые проблемы неотложной кардиологии: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST или без такового, возможности интервенционной кардиологии в лечении ОКС, проблемы нарушений сердечного ритма и проводимости, тромбозы и тромбоемболии, а также неотложные состояния при артериальной гипертензии. Устроители конференции не обошли вниманием и организационные вопросы оказания неотложной кардиологии, особенно актуальные сейчас, в свете идущих в отечественном здравоохранении преобразований.

Началась работа конференции «Неотложная кардиология – 2011» с приветственных слов заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. СКВОРЦОВОЙ и главного кардиолога Минздравсоцразвития, генерального директора РКНПК Е.И. ЧАЗОВА.

На пленарном заседании, состоявшемся сразу после торжественного открытия конференции, было зачитано четыре доклада, два из которых были посвящены клиническим вопросам, точнее, различным аспектам лечения острого коронарного синдрома (ОКС), а еще два – организационным, то есть работе скорой медицинской помощи в России, изменениям системы здравоохранения и оказанию экстренной кардиологической помощи в условиях современной экономики. Немаловажно, что пленарное заседание завершило выступление доктора Д. ДЖОЛЛИС из Северной Каролины, США. Таким образом, специалисты,

принявшие участие в конференции «Неотложная кардиология – 2011», получили возможность ознакомиться с мнением зарубежных коллег, перенять опыт людей, в течение длительного времени работающих по тем схемам, которые лишь внедряются в российском здравоохранении.

По завершении пленарного заседания начали работу отдельные секции конференции. Конечно, основной проблемой, обсуждавшейся в ходе мероприятия, стал острый коронарный синдром: именно ему была посвящена значительная часть заседаний как первого, так и второго дня форума. Обсуждался широкий круг вопросов, связанных с ОКС, начиная с неотложной помощи при данном патологическом состоянии и заканчивая вопросами создания регистра больных ОКС и специфических российских рекомендаций по ведению пациентов с ОКС без подъема сегмента ST.

Значительная часть выступлений, посвященных ОКС, носила сугу-

бо прикладной характер и потому представляла особенный интерес для практиков. Так, коллектив авторов из РКНПК подготовил доклад по катетерной тромбэкстракции у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, а специалисты из НИИ СП им. Н.В. Склифосовского рассказали об эффективности реперфузионной терапии данного состояния в зависимости от вида и сроков лечения. На конференции прозвучали доклады по отдельным препаратам, используемым для лечения ОКС, а также выступления, посвященные этиопатогенезу заболевания, например, взаимосвязи между формой ОКС и уровнем цитокинов в крови.

Несколько докладов по ОКС затрагивали вопросы диагностики данного состояния (например, подготовленное красноярскими специалистами выступление по приему теста «Кардио-БСЖК» или сообщение сотрудников Первого МГМУ им. И.М. Сеченова об опыте применения качественного метода определения белка, связы-

IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

вающего жирные кислоты, для ранней диагностики острого инфаркта миокарда).

Увеличение риска развития инфаркта миокарда, более тяжелое течение острого и подострого периодов заболевания, ухудшение жизненного прогноза – все это последствия наличия сопутствующих заболеваний. Именно поэтому на прошедшей конференции не были обойдены вниманием и вопросы коморбидности. Конечно, ОКС никогда не бывает единственным диагнозом, однако сочетание его с отдельными заболеваниями (например, с сахарным диабетом 2 типа) представляет особую опасность для больного.

Хотя довольно много сообщений было по тематике оказания помощи лицам пожилого возраста, наиболее подверженным развитию гипертонических кризов и острых коронарных синдромов, встречались в программе и доклады по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) у трудоспособного населения. Особенно показательным с точки зрения отражения сегодняшней ситуации было сообщение орловских специалистов, посвященное риску развития ССЗ у лиц призывного возраста, молодых людей от 18 до 26 лет, страдающих ожирением.

Еще одной проблемой, широко обсуждавшейся в ходе конференции «Неотложная кардиология – 2011», была артериальная гипертензия. Это заболевание и само по себе может вынудить больного обратиться за неотложной медицинской помощью в связи с гипертоническим кризом, но еще опаснее последствия артериальной гипертонии: поражение органов-мишеней, а также инсульты и инфаркты. Как и в случае с ОКС, часть докладов была посвящена отдельным препаратам, используемым для лечения артериальной гипертонии: амлодипину и урапидилу, а также комплексному лечению больных артериальной гипертонией.

Уже упоминавшаяся проблема взаимосвязи острого коронарного синдрома и сахарного диабета 2 типа нашла свое отражение и в докладах по эпидемиологии острого инфаркта миокарда, например, в сообщении сыктывкарских специалистов, изучавших госпитальную летальность больных инфарктом миокарда с сопутствующим сахарным диабетом.

Для секционных заседаний, тематика которых была связана с вопросами организации помощи пациентам с неотложными кардиологическими состояниями, было подготовлено большое количество

докладов, описывающих положение дел в отдельных регионах нашей страны. Таким образом, все участники конференции смогли составить собственное мнение не только о «московской кардиологии», но и о том, как оказывается неотложная кардиологическая помощь, например, в Томске или в республике Коми. Были в программе конференции и сообщения по вопросам оказания медицинской помощи в масштабе районов – в России существует большое количество городов, представляющих собой единый муниципальный район с населением от 100 до 300 тысяч человек, и оптимизация работы кардиологической службы в таких населенных пунктах является залогом уменьшения смертности от ССЗ в стране в целом.

Таким образом, конференция «Неотложная кардиология – 2011» охватила весь спектр проблем, стоящих перед специалистами скорой медицинской помощи, врачами-кардиологами и представителями других специальностей, так или иначе сталкивающимися с неотложными состояниями в кардиологии. Будем надеяться, что на все вопросы, которые поднимались в ходе конференции, в ближайшее время найдутся точные и полные ответы. ☺

Подготовила А. Лозовская

Интернет-магазин медицинской книги

www.mbookshop.ru



- ~ Только НОВИНКИ
- ~ Книги ЛУЧШИХ медицинских издательств
- ~ Ежедневное обновление
- ~ Без регистрации
- ~ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ подход к расчету доставки
- ~ Подарки и СКИДКИ покупателям
- ~ Приятный интерфейс и УДОБНЫЙ поиск

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города. **Зайдите к нам!**



Проблема гипертонических кризов в России. Новые направления в лечении

Важнейшим направлением развития современной кардиологии, наряду с разработкой новых препаратов и методов лечения кардиологических больных, является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, борьба с теми патологическими состояниями, которые могут привести к развитию ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта головного мозга. Этой теме был посвящен сателлитный симпозиум компании Abbott Products «Проблема гипертонических кризов в России. Новые направления в лечении», состоявшийся 24 ноября 2011 г. в рамках IV Всероссийской конференции «Неотложная кардиология – 2011».



К.м.н. Н.И. Гапонова

В начале своего доклада доцент кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ, главный внештатный терапевт станции скорой и неотложной медицин-

Актуальная проблема распространенности и лечения гипертонических кризов в России

ской помощи им. А.С. Пучкова, к.м.н. Н.И. ГАПОНОВА назвала гипертонический криз «парадоксом современной медицины». Действительно, гипертонический криз является самой распространенной ситуацией в неотложной кардиологии, с которой постоянно сталкиваются врачи различных специальностей (в первую очередь – специалисты скорой помощи). В то же время терапия данного состояния по-прежнему остается одной из самых консервативных областей кардиологии: до сих пор врачи и фельдшеры службы скорой и неотложной помощи, ежедневно выезжающие на вызовы по поводу гипертонического криза, назначают пациентам те же препараты, что и 10 лет назад.

Говоря об актуальности поисков новых подходов к лечению гипертонических кризов, следует помнить, что эпидемиология

данного состояния соответствует распространенности артериальной гипертонии (АГ) в обществе. В свою очередь, АГ является одной из самых распространенных болезней, которой страдают около 1 млрд человек в мире. Более того, год от года этот показатель растет, и, согласно некоторым прогнозам, к 2025 г. количество людей с гипертонией увеличится на 60%.

В России распространенность артериальной гипертонии выше по сравнению с другими европейскими странами: данным заболеванием страдают более 40% взрослого населения нашей страны. Более высокие показатели заболеваемости АГ зарегистрированы лишь в Германии и Литве (49 и 55% соответственно).

Однако тревогу вызывают не столько цифры распространенности АГ в России, поскольку сегодня существует множество эффек-

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

тивных препаратов, помогающих держать болезнь под контролем, сколько степень приверженности российских больных к лечению. О своем диагнозе знают 81,1% гипертоников, а эффективно лечатся лишь 27,3% больных. Низкая приверженность больных к лечению является причиной широкой распространенности гипертонических кризов в России: по данным разных авторов, у 1–7% больных артериальной гипертонией ежегодно случается гипертонический криз.

Надежда Ильинична Гапонова подчеркнула роль артериальной гипертонии в общей структуре сердечно-сосудистой смертности, напомнив, что АГ является причиной 54% инсультов и 47% случаев ишемической болезни сердца. В течение долгих лет уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) непрерывно рос, переломить эту тенденцию медикам удалось лишь сравнительно недавно (рис. 1). Тем не менее в России от ССЗ ежедневно умирают 3114 человек, то есть каждые 28 секунд происходит одна сердечно-сосудистая смерть. Особенно беспокоит специалистов тот факт, что доля смертности от осложнений артериальной гипертонии среди людей трудоспособного возраста продолжает увеличиваться.

Следующая часть выступления Н.И. Гапоновой была посвящена исследованию проблемы гипертонических кризов в Москве, проведенному сотрудниками станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. По данным этого исследования, в столице отмечается неуклонный рост числа кризов: если в 2005 г. было зарегистрировано около 43 тысяч случаев гипертонических кризов, то в 2009-м – больше 72 тысяч. При этом растет количество случаев гипертонического криза у пациентов в возрастной группе 18–35 лет, то есть у совсем молодых людей (рис. 2). Как известно, гипертонические кризы опасны своими осложнениями, такими как инсульт, отек легких, энцефалопатия, сердечная

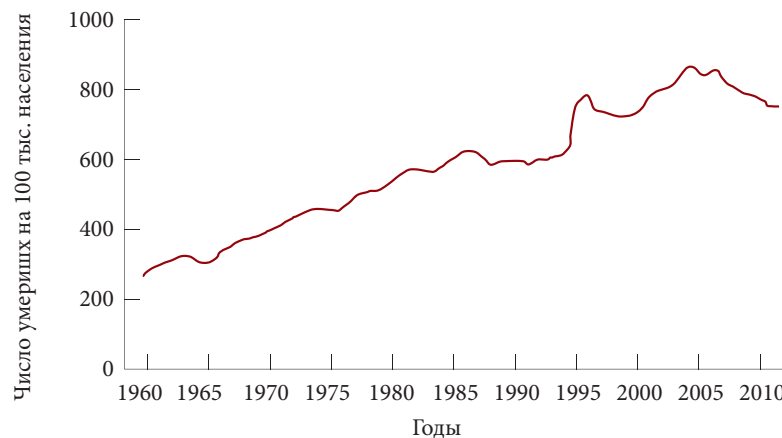


Рис. 1. Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ в период 1960–2010 гг.*

* Нестандартизованные данные.

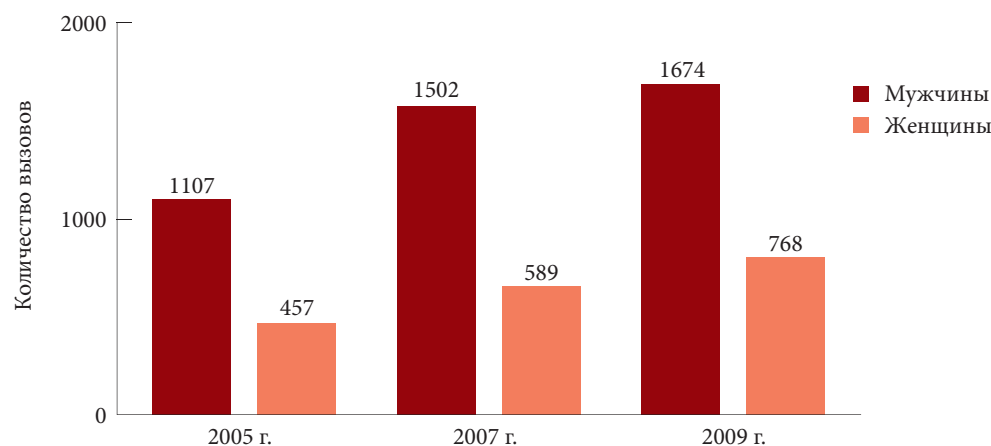


Рис. 2. Динамика вызовов по поводу неосложненных гипертонических кризов у пациентов молодого возраста (18–35 лет) в г. Москве

недостаточность и инфаркт миокарда. К сожалению, в последние годы в нашей стране отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа осложнений со стороны ЦНС: инсультов и гипертонических энцефалопатий, в том числе у представителей уже упоминавшейся возрастной группы от 18 до 35 лет.

С целью изучения причин развития гипертонических кризов специалистами станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова был разработан специальный опросный лист, при помощи которого врачи проанке-

тировали 7957 пациентов. После анализа полученных данных выяснилось, что частота обращений в службу скорой помощи по поводу гипертонических кризов зависит от срока заболевания АГ: 48% опрошенных болели более 10 лет, в то время как доля участников опроса, страдающих АГ менее года, составила всего 6%.

Регулярность контроля АД пациентами, согласно данным того же опроса, оставляет желать лучшего: лишь 39% больных артериальной гипертонией регулярно измеряют давление, еще 40% делают это ино-



IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

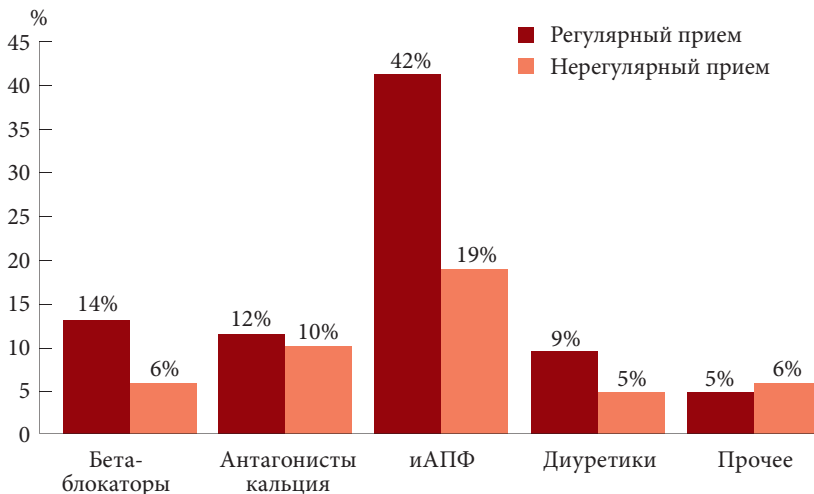


Рис. 3. Лекарственный состав амбулаторной терапии

гда, не имеют дома тонометра или не умеют измерять АД 17 и 4% соответственно.

В ходе исследования был проанализирован состав лекарственной терапии, получаемой пациентами (рис. 3). Выяснилось, что чаще всего пациенты принимают ингибиторы АПФ, на втором месте – β-блокаторы, за ними следуют антагонисты кальция, диуретики и препараты других групп.

Было проведен анализ качества антигипертензивной амбулаторной терапии. В частности, выяснилось, что регулярную монотерапию получают 30% больных, регулярную комбинированную терапию – 25%, нерегулярно принимают какой-либо один гипертензивный препарат 18%, еще 6% охарактеризовали свое лечение как «нерегулярную комбинированную терапию», а 21% опро-

шенных сообщили, что вообще не принимают антигипертензивной терапии. При этом, подчеркнула Н.И. Гапонова, 21% людей с артериальной гипертензией, не получающих никакого лечения, – это показатель, зафиксированный в Москве, в регионах же данная цифра, как предположила докладчик, была бы в 2 раза выше. Полученные в ходе исследования анкеты были рассортированы по округам, после чего выявилась еще одна закономерность: количество обращений в службу скорой помощи по поводу гипертонических кризов коррелировало с качеством амбулаторной помощи: чем лучше работали поликлиники, тем меньше звонков в «скорую» зафиксировано.

Завершая свое выступление, Н.И. Гапонова подчеркнула, что распространенность артериальной гипертензии и одного из серьезных ее осложнений – гипертонического криза – является серьезной проблемой, требующей повышения эффективности работы всех органов системы здравоохранения.

Неотложная помощь при артериальной гипертензии

Эпидемиологические аспекты артериальной гипертензии и гипертонического криза интересуют практикующих врачей (особенно специалистов скорой и неотложной помощи), в первую очередь, с точки зрения оценки количества обращений больных за медицинской помощью, сообщил в начале своего выступления профессор СГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н. В.В. РУКСИН.

По словам профессора, наиболее частые случаи неотложных состояний связаны с повышением артериального давления, на их долю в нашей стране приходится до 20% всех обращений в службу скорой медицинской помощи. Всего же врачи скорой помощи совершают

около 50 млн выездов в год, причем 10 млн из них – по поводу артериальной гипертензии.

Анализируя эти данные, следует помнить, что миллионы пациентов в России обращаются в связи с повышением АД не в скорую помощь, а в амбулаторные учреждения, то есть в действительности проблема оказания медицинской помощи людям с артериальной гипертензией значительно острее.

В.В. Руксин подчеркнул, что для оказания неотложной помощи при повышении артериального давления принципиально важно различать клинические ситуации: неотложные состояния, не угрожающие жизни, или urgentные, и неотложные состояния, прямо угрожающие



Д.м.н. В.В. Руксин

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

жизни, или критические. К первой группе профессор В.В. Руксин отнес ухудшение течения гипертонической болезни (с высокой симпатической активностью или без ее повышения), неосложненные гипертензивные кризы (также подразделяющиеся на кризы с высокой симпатической активностью и кризы без повышения симпатической активности). Что касается критических состояний, несущих непосредственную угрозу жизни, то приведенный докладчиком список был более обширным:

1. Осложненные гипертензивные кризы:

- судорожная форма гипертензивного криза;
 - криз при феохромоцитоме.
2. Острое повышение артериального давления при следующих состояниях:

- отек легких;
- острый коронарный синдром;
- геморрагический инсульт;
- внутреннее кровотечение;
- расслаивающая аневризма аорты;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- острая брадикардия.

Оказывая помощь пациенту, страдающему одним из перечисленных заболеваний, необходимо выяснить, является ли артериальная гипертония отдельным состоянием или компенсаторной реакцией организма на другой патологический процесс. В качестве примера профессор В.В. Руксин привел случай повышения давления у больного, страдающего цереброваскулярной ишемией. Повышение давления в такой ситуации является попыткой организма восстановить кровоснабжение того участка головного мозга, который перестал получать кислород. Меры, направленные на снижение артериального давления, в такой ситуации приведут не к улучшению состояния больного, а к развитию паралича.

Приезжая на вызов, врачи скорой помощи, как правило, стараются добиться лечебного эффекта в максимально короткие сроки. Однако

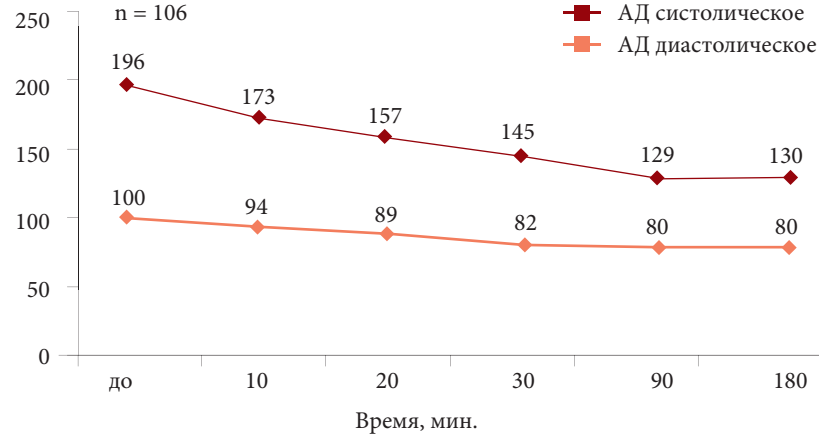


Рис. 4. Изменения артериального давления при сублингвальном назначении моксонидина

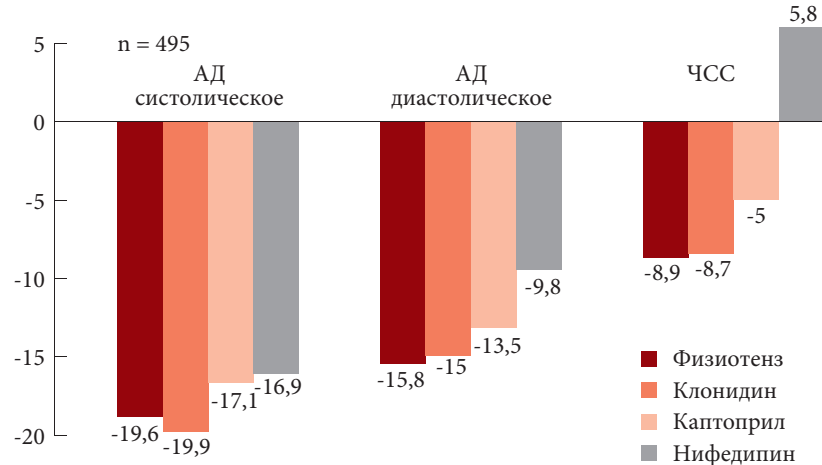


Рис. 5. Изменения АД и ЧСС (%) через 30 минут после приема препаратов

это не всегда необходимо, напротив, по словам В.В. Руксина, быстрое и значительное снижение АД обычно опаснее его повышения. Именно поэтому антигипертензивная терапия должна проводиться в строгом соответствии с клиническими рекомендациями, требующими в ситуациях, угрожающих жизни, проводить контролируруемую интенсивную антигипертензивную терапию, а не просто «сбивать» давление всеми доступными средствами.

Так, согласно зарубежным клиническим рекомендациям, считается, что в первые 30 минут терапии давление должно быть снижено не более чем на 25% от исходной величины, а затем, в течение следую-

щих 2 часов, АД следует стабилизировать в районе 160/100 мм рт. ст., причем, добавил В.В. Руксин, для многих пациентов с тяжелым кардиологическим и неврологическим анамнезом даже этот уровень давления может оказаться чрезмерно низким.

По статистике, приведенной профессором В.В. Руксиним, лишь 6,4% обусловленных повышением АД обращений в службу скорой помощи связаны с непосредственным риском для жизни, остальные 93,4% вызовов не предполагают использования препаратов, предназначенных для терапии критических состояний. Поэтому основу неотложной антигипертензивной терапии должны составлять «3 К»:

кардиология и ангиология



IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

Таблица. Нежелательные явления через 30 минут после назначения препаратов под язык, %

Нежелательные явления	Нифедипин (n = 164)	Каптоприл (n = 75)	Клонидин (n = 119)	Физиотенз (n = 137)
Головокружение		15,5	0,8	9,5
Слабость		26,8	2,6	4,4
Усиление головной боли	7,9		0,8	3,6
Гиперемия кожи	43,9			
Сухость во рту			39,5	8,1
Сердцебиение	14,1			
Сонливость			16,8	7,3
Всего	65,9	42,3 / 1,4	61,3	38,7

нифедипин (Коринфар), каптоприл (Капотен) и клонидин (Клофелин). В отсутствие угрозы для жизни артериальное давление следует снижать на протяжении 1–3 часов, а препараты вводить сублингвально. Одним из препаратов (не относящихся к контролируемым средствам), способным постепенно и мягко (рис. 4) снижать артериальное давление, является Физиотенз (Abbott Products) (моксонидин), назначаемый сублингвально однократно в дозе 0,4 мг. Постепенность действия, характерная для моксонидина, не должна вводить в заблуждение: по данным исследования, проведенного про-

фессором В.В. Руксиным и соавт., этот препарат эффективнее классического Клофелина (рис. 5). Особенно выраженным оказалось воздействие Физиотенза на диастолическое давление, которое обычно с трудом поддается лекарственной терапии. Кроме того, на фоне применения Физиотенза развивалось сравнительно небольшое число нежелательных явлений (НЯ) (табл.). Невысокая частота НЯ отмечена и у пациентов, получавших каптоприл, однако одному из больных данной группы (единственному из 495 человек, включенных в исследование) понадобилась компенсирующая терапия, поскольку прием

каптоприла привел к развитию «эффекта первой дозы» (в таблице выделено красным). Физиотенз продемонстрировал высокую эффективность при применении его у больных с выраженной симпатической активностью в сочетании с умеренным или выраженным повышением артериального давления. По мнению профессора В.В. Руксина, Физиотенз может с успехом применяться в лечении гипертонических кризов у данной категории пациентов, в то время как при умеренном повышении АД без высокой симпатической активности лучше использовать нифедипин и каптоприл.



Профессор С.Н. Терещенко

Купирование неосложненных гипертонических кризов. Исследование AVES

Открывая свое выступление, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК, д.м.н., профессор С.Н. ТЕРЕЩЕНКО назвал гипертонический криз «тихим убийцей», приводящим к развитию инфаркта миокарда, инсульта и почечной недостаточности (рис. 6), а лечение гипертонических кризов – одной из насущных задач современной кардиологии. Прислушаясь к решению этой задачи, важно понимать, что ключевым фактором, определяющим опасность криза, является не

уровень артериального давления, а поражение органов-мишеней. Симптоматика гипертонического криза зависит от того, какой орган оказался под ударом, именно поэтому в классической медицине использовались такие определения, как гипертонический криз по кардиальному или церебральному типу. Цель терапии гипертонического криза была сформулирована еще Б.Е. Вотчалом в 1964 г.: «Не просто снизить артериальное давление, а сделать это с определенным темпом, не допуская избыточного снижения АД, избегая, по возможности, развития побочных эффектов, не превышая разумно-

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

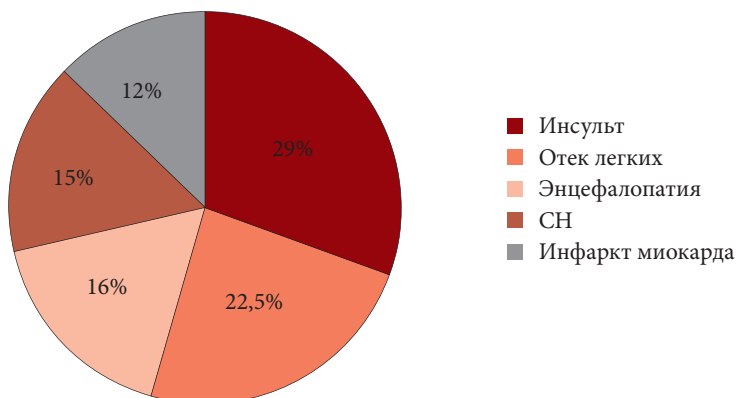


Рис. 6. Наиболее частые исходы гипертонических кризов*

* Zampaglione B., Pascale C., Marchisio M., Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation // Hypertension. 1996. Vol. 27. № 1. P. 144–147.

го числа назначений». При этом, отметил профессор С.Н. Терещенко, очень важны послекризисовая стабилизация пациента и профилактика повторных гипертонических кризов.

Короткодействующие антигипертензивные препараты хорошо снижают АД, но, когда их действие заканчивается, давление поднимается еще выше, а значит, задачей врача является подбор таких лекарственных средств, которые помогали бы стабилизировать состояние пациента, а не ухудшить его. К сожалению, на сегодняшний день эффективность профилактики повторных кризов остается неудовлетворительной: в течение года повторный криз развивается у 62,2% больных, в течение месяца – у 39,6%, более того, у 11,7% следующий эпизод криза развивается в течение 48 часов. Конечно, каждый повторный гипертонический криз негативно влияет на прогноз пациента.

Очевидно, что лечение и профилактика гипертонических кризов должны стать одной из приоритетных задач кардиологии. Какие препараты должны использоваться для ее решения? По словам профессора С.Н. Терещенко, ответ на этот вопрос следует искать в евро-

пейских рекомендациях второго пересмотра по ведению больных с повышенным артериальным давлением, выпущенных в 2011 г. К сожалению, некоторые средства, включенные в эти рекомендации, не зарегистрированы в нашей стране, в то же время другие, широко применяемые в российской медицине, из рекомендаций исключены.

В поисках адекватной замены этим лекарственным средствам было проведено многоцентровое исследование AVES, в ходе которого классический препарат каптоприл сравнивался с моксонидином (Физиотенз, Abbott Products). В исследовании приняли участие более 200 пациентов. Уровень

Заключение

В последнее время в подходах к терапии гипертонических кризов наметились определенные изменения. Сегодня задачей врача является не только и не столько снижение артериального давления до определенного уровня, сколько предупреждение повторных кризов, а также защита органов-мишеней, страдающих от повышения АД. Для решения этих задач врачам необходимы

Физиотенз (моксонидин) может рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения неосложненного гипертонического криза начиная с догоспитального этапа.

АД мониторировался каждые 15 минут в течение 6 часов после приема, а затем каждые 30 минут в течение 12 часов. На фоне лечения каптоприлом была выявлена тенденция к повышению АД через 6 часов, что требовало повторного приема препарата, в то время как в группе больных, получавших моксонидин, такого эффекта не наблюдалось.

В ходе исследования AVES было установлено, что снижение артериального давления у больных с неосложненным гипертоническим кризом наблюдалось уже к 30-й минуте от начала лечения, при этом снижение не превышало 25%. Продолжительность антигипертензивного эффекта сохранялась в течение 12 часов от начала лечения, кроме того, препарат оказывал нефропротективное действие. Таким образом, Физиотенз (моксонидин) может рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения неосложненного гипертонического криза начиная с догоспитального этапа.

препараты нового поколения, обладающие более равномерным и продолжительным действием. Одним из таких средств является препарат Физиотенз (моксонидин) компании Abbott Products, который обладает достаточной доказательной базой, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для лечения неосложненных гипертонических кризов. ➔



Литература

В.Б. МЫЧКА

Особенности антиагрегантной терапии у женщин

1. *Ткачева О.Н., Курсанова Т.В., Латышева Н.В.* Алгоритмы анти-тромбоцитарной терапии у женщин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. Т. 10. № 1. С. 110–119.
2. *Bailey A.L., Scantlebury D.C., Smyth S.S.* Thrombosis and antithrombotic therapy in women // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2009. Vol. 29. № 3. P. 284–288.
3. *Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G., Dahlöf B., Elmfeldt D., Julius S., Ménard J., Rahn K.H., Wedel H., Westerling S.* Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group // *Lancet.* 1998. Vol. 351. № 9118. P. 1755–1762.
4. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration // *BMJ.* 1994. Vol. 308. № 6921. P. 81–106.
5. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ.* 2002. Vol. 324. № 7329. P. 71–86.
6. *Husain S., Andrews N.P., Mulcahy D., Panza J.A., Quyyumi A.A.* Aspirin improves endothelial dysfunction in atherosclerosis // *Circulation.* 1998. Vol. 97. № 8. P. 716–720.
7. *Kharbanda R.K., Walton B., Allen M., Klein N., Hingorani A.D., MacAllister R.J., Vallance P.* Prevention of inflammation-induced endothelial dysfunction: a novel vasculo-protective action of aspirin // *Circulation.* 2002. Vol. 105. № 22. P. 2600–2604.
8. *Ridker P.M., Buring J.E., Cook N.R., Rifai N.* C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women // *Circulation.* 2003. Vol. 107. № 3. P. 391–397.
9. *Redondo S., Santos-Gallego C.G., Ganado P., García M., Rico L., Del Rio M., Tejerina T.* Acetylsalicylic acid inhibits cell proliferation by involving transforming growth factor-beta // *Circulation.* 2003. Vol. 107. № 4. P. 626–629.
10. *Stehouwer C.D.* Endothelial dysfunction in diabetic nephropathy: state of the art and potential significance for non-diabetic renal disease // *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004. Vol. 19. № 4. P. 778–781.
11. *Iaccarino G., Ciccarelli M., Sorriento D., Cipolletta E., Cerullo V., Iovino G.L., Paudice A., Elia A., Santulli G., Campanile A., Arcucci O., Pastore L., Salvatore F., Condorelli G., Trimarco B.* AKT participates in endothelial dysfunction in hypertension // *Circulation.* 2004. Vol. 109. № 21. P. 2587–2593.
12. *Hundal R.S., Petersen K.F., Mayerson A.B., Randhawa P.S., Inzucchi S., Shoelson S.E., Shulman G.I.* Mechanism by which high-dose aspirin improves glucose metabolism in type 2 diabetes // *J. Clin. Invest.* 2002. Vol. 109. № 10. P. 1321–1326.
13. *Yin M.J., Yamamoto Y., Gaynor R.B.* The anti-inflammatory agents aspirin and salicylate inhibit the activity of I(kappa)B kinase-beta // *Nature.* 1998. Vol. 396. № 6706. P. 77–80.
14. *Yuan M., Konstantopoulos N., Lee J., Hansen L., Li Z.W., Karin M., Shoelson S.E.* Reversal of obesity- and diet-induced insulin resistance with salicylates or targeted disruption of Ikkbeta // *Science.* 2001. Vol. 293. № 5535. P. 1673–1677.
15. *Hermida R.C., Ayala D.E., Calvo C., López J.E.* Aspirin administered at bedtime, but not on awakening, has an effect on ambulatory blood pressure in hypertensive patients // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. Vol. 46. № 6. P. 975–983.

16. *Felmeden D., Nadar S.K., Lip G.Y.* Aspirin and endothelial function in hypertension // *J. Hum. Hypertens.* 2005. Vol. 19. № 9. P. 663–665.
17. *Cole A.T., Hudson N., Liew L.C., Murray F.E., Hawkey C.J., Heptinstall S.* Protection of human gastric mucosa against aspirin-enteric coating or dose reduction? // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 1999. Vol. 13. № 2. P. 187–193.
18. *Dammann H.G., Burkhardt F., Wolf N.* Enteric coating of aspirin significantly decreases gastroduodenal mucosal lesions // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 1999. Vol. 13. № 8. P. 1109–1114.
19. *Laine L.* Review article: gastrointestinal bleeding with low-dose aspirin – what's the risk? // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006. Vol. 24. № 6. P. 897–908.
20. *Kelly J.P., Kaufman D.W., Jurgelon J.M., Sheehan J., Koff R.S., Shapiro S.* Risk of aspirin-associated major upper-gastrointestinal bleeding with enteric-coated or buffered product // *Lancet.* 1996. Vol. 348. № 9039. P. 1413–1416.
21. *De Gaetano G.; Collaborative Group of the Primary Prevention Project.* Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project // *Lancet.* 2001. Vol. 357. № 9250. P. 89–95.
22. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group // *Lancet.* 1988. Vol. 2. № 8607. P. 349–360.
23. *Kübler W., Darius H.* Primary prevention of coronary heart disease with aspirin // *Z. Kardiol.* 2005. Vol. 94. Suppl. 3. P. III/66–73.

О.М. ДРАПКИНА, Я.И. АШИХМИН, В.Т. ИВАШКИН

Профилактика инфаркта миокарда и инсульта: единый подход

1. *Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Ашихмин Я.И.* Алкогольная кардиомиопатия // *Медицинская помощь.* 2006. № 3. С. 11–15.
2. *Dusseldorp E., van Elderen T., Maes S. et al.* A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients // *Health Psychol.* 1999. Vol. 18. № 5. P. 506–519.
3. *Glassman A.H., O'Connor C.M., Califf R.M. et al.* Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina // *JAMA.* 2002. Vol. 288. № 6. P. 701–709.
4. *Glassman A.H.* Does treating post-myocardial infarction depression reduce medical mortality? // *Arch. Gen. Psych.* 2005. Vol. 62. № 7. P. 711–712.
5. *Whelton S.P., Chin A., Xin X., He J.* Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials // *Ann. Intern. Med.* 2002. Vol. 136. № 7. P. 493–503.
6. *Collins R., Peto R., MacMahon S. et al.* Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context // *Lancet.* Vol. 335. № 8693. P. 827–838.
7. *Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al.* European guidelines of cardiovascular disease prevention in clinical practice // *Eur. Heart J.* 2007. Vol. 28. № 19. P. 2375–2414.
8. *Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al.* Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure // *Hypertension.* 2003. Vol. 42. P. 1206–1252.
9. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine / Ed. by E. Braunwald, D.P. Zipes, P. Libby. GB, 2005.
10. *Rashid P., Leonardi-Bee J., Bath P.* Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review // *Stroke.* 2003. Vol. 34. № 11. P. 2741–2748.
11. Randomized trial of a perindopril based pressure lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack // *Lancet.* 2001. Vol. 358. № 9287. P. 1033–1041.



XIX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

23–27 апреля 2012 года

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Реформирование здравоохранения. Основные вопросы ■ Порядок, стандарты и качество оказания медицинской помощи больным ■ Новые методы диагностики и фармакотерапии основных заболеваний человека ■ Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике болезней детского возраста ■ Стандарты и алгоритмы диагностики и лечения инфекционных болезней у детей и взрослых ■ Медикаментозная терапия неотложных состояний ■ Вопросы восстановительной медицины ■ Персонализированная медицина и лечение редких болезней ■ Генетические аспекты болезней человека ■ Биомедицина ■ Современные информационные технологии в системе образования врачей

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

- Кардиология / пульмонология (междисциплинарная школа)
- Гастроэнтерология
- Гепатология
- Химиотерапия и антибиотики
- Инфекционные болезни
- Эндокринология
- Клиническая фармакология
- Стоматология (для врачей общей практики)
- Наркология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Гематология (клиническая гемостазиология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Гастроэнтерология
- Стоматология
- Клиническая фармакология
- Провизор

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека

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

К конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XIII выпуск)

<i>Прием документов</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.11	30.12.11
Тезисы	01.09.11	15.12.11
Конкурсные работы	01.09.11	20.01.12
Регистрационные карты	01.09.11	13.04.12
Заявки на участие в выставке	01.09.11	16.03.12

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»



Литература

12. Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers for coronary heart disease and stroke prevention // *Hypertension*. 2005. Vol. 46. № 2. P. 386–392
13. Freemantle N, Cleland J, Young P et al. Beta blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis // *BMJ*. 1999. Vol. 318. № 7200. P. 1730–1737.
14. Lindholm L.H., Ibsen H., Dahlöf B. et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomised trial against atenolol // *Lancet*. 2002. Vol. 359. № 9311. P. 1004–1010.
15. Schrader J, Luders S, Kulschewski A. et al. The ACCESS study. Evaluation of Acute Candesartan Cilexetil Therapy in Stroke Survivors // *Stroke*. 2003. Vol. 34. № 7. P. 1699–1703.
16. McConnel H. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ*. 2002. Vol. 324. № 7329. P. 71–86.
17. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE) // *Lancet*. 1996. Vol. 348. № 9038. P. 1329–39.
18. Ridker P.M., Cook N.R., Lee I.M. et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women // *N. Engl. J. Med.* 2005. Vol. 352. № 13. P. 1293–1304.
19. Gorelick P.B., Weisman S.M. Risk of hemorrhagic stroke with aspirin use: an update // *Stroke*. 2005. Vol. 36. № 8. P. 1801–1807.
20. Anand S.S., Yusuf S. Oral anticoagulant therapy in patients with coronary artery disease: a meta-analysis // *JAMA*. 1999. Vol. 282. № 21. P. 2058–2067.
21. Hurlen M., Abdelnoor M., Smith P. et al. Warfarin, aspirin, or both after myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* 2002. Vol. 347. № 13. P. 969–974.
22. Segal J.B., McNamara R.L., Miller M.R. et al. Prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. A meta-analysis of trials of anticoagulants and antiplatelet drugs // *J. Gen. Intern. Med.* 2000. Vol. 15. № 1. P. 56–67.
23. Prosser L.A., Stinnett A.A., Goldman P.A. et al. Cost-effectiveness of cholesterol-lowering therapies according to selected patient characteristics // *Ann. Intern. Med.* 2000. Vol. 132. № 10. P. 769–779.
24. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Клиническое значение оксида азота и белков теплового шока. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 376 с.
5. Бадин Ю.В., Фомин И.В. Выживаемость больных ХСН в когортной выборке Нижегородской области (данные 1998–2002 годов). Всероссийская конференция ОССН «Сердечная недостаточность, 2005 год». М., 2005. С. 31–32.
6. Даниелян М.О. Прогноз и лечение хронической сердечной недостаточности (данные 20-летнего наблюдения): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2001.
7. Ревенко М.В., Лупанов В.Т., Ланкин В.З. и др. Изменение активности антиоксидантных ферментов и уровня липидов крови у больных коронарным атеросклерозом при лечении пробуколом // *Кардиология*. 1991. Т. 31. № 10. С. 41–44.
8. Benzi G., Moretti A. Age- and peroxidative stress-related modifications of the cerebral enzymatic activities linked to mitochondria and the glutathione system // *Free Radic. Biol. Med.* 1995. Vol. 19. № 1. P. 77–101.
9. Закирова А.Н. Использование антиоксидантов при ишемической болезни сердца: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995.
10. Кратнов А.Е. Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца: роль окислительного стресса. Ярославль: изд-во ЯГТУ, 2003.
11. Неверов И.В. Место антиоксидантов в комплексной терапии пожилых больных ишемической болезнью сердца // *РМЖ*. 2001. Т. 9. № 18. С. 767–769.
12. Калинина Е.В., Комиссарова И.А., Заславская Р.М., Новичкова М.Д., Келимбердиева Э.С. Влияние метаболической терапии на внутриклеточный уровень антиоксидантной системы больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста // *Клиническая медицина*. 2000. Т. 78. № 1. С. 40–43.
13. Лилица Г.В., Заславская Р.М., Калинина Е.В. Эффективность метаболических препаратов в комплексном лечении пожилых больных постинфарктным кардиосклерозом и недостаточностью кровообращения // *Клиническая медицина*. 2005. № 3. С. 54–57.
14. Лаврентьева О.В., Воронина Л.П., Татжикова К.А. Медикаментозная коррекция нарушений в системе «свободнорадикальное окисление – антиоксидантная защита» у больных бронхиальной астмой // *Сибирский медицинский журнал*. 2009. № 1. С. 51–53.

Л.Н. МАКСИМОВА, Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, Е.В. КАЛИНИНА, Я.Р. НАРЦИССОВ

Клинический опыт применения оригинального метаболического препарата Элтаксин у больных хронической сердечной недостаточностью

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр) // *Сердечная недостаточность*. 2010. Т. 11. № 1.
2. Согласованное мнение экспертов о роли этиловых эфиров ω-3 полиненасыщенных жирных кислот 90% для лечения и профилактики хронической сердечной недостаточности (заключение совещания экспертов, июнь 2011 года) // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011. Т. 7. № 4. С. 507–509.
3. Фомин И.В. Артериальная гипертензия в Российской Федерации последние 10 лет. Что дальше // *Сердце*. 2007. Т. 6. № 3. С. 120–123.
4. Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации // Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н. и др. *Хроническая сердечная недостаточность*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 7–77.

М.Р. СХИРТЛАДЗЕ, О.М. ДРАПКИНА

Трофологический статус у больных с хронической сердечной недостаточностью

1. Схиртладзе М.Р., Драпкина О.М. Оценка трофологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью // *Российские медицинские вести*. 2009. № 2. С. 44–52.
2. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревизивили А.Ш. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // *Сердечная недостаточность*. 2007. Т. 8. № 2.
3. Арутюнов Г.П. Кахексия у больных с хронической сердечной недостаточностью. Каков масштаб проблемы? Что мы знаем и что нам делать? // *Сердечная недостаточность*. 2001. Т. 2. № 3.
4. Ляценко Ю.Н., Петухов А.Б. Основы энтерального питания. М., 2001. 343 с.
5. Манзюк Л.В., Салтанов А.И., Сельчук В.Ю., Снеговой А.В. Современные возможности энтерального питания полимерными и модульными смесями // *Русский медицинский журнал*. 2008. Т. 16. № 13. С. 944–948.
6. Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Першко А.М. и др. Теоретическое и практическое обоснование использования питательной смеси Берламин Модуляр при заболеваниях органов пищеварения. СПб., 2002. 30 с.

ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

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

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

Профессионалы выбирают высокий уровень услуг Группы компаний «МЕДФОРУМ»!

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН



ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по кардиологии.

Не тратьте время на поиск книг в магазинах своего города,

воспользуйтесь нашим предложением или

виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru.

Приобрести книгу у нас быстро и просто –
позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190
или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб.194
или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА

курьером (для Москвы)
курьером (для регионов, данная услуга
предоставлена EMS-Почта России)
почтой (для регионов)

ОПЛАТА

наличными курьеру (для Москвы)
наличными курьеру (для регионов)
предоплата (оплата квитанции
в любом отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально
в зависимости от веса книги и региона.

• Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа •

✂
Платательщик:

юридическое лицо

физическое лицо

Выберите способ оплаты:

наличными (для Москвы)

наличными (для регионов)

предоплата

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора _____

(заполняется юр. лицами)

ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон, факс (с кодом города) _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ _____

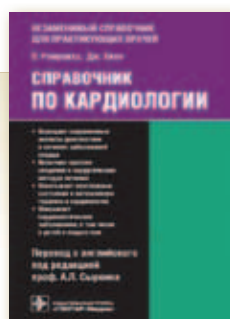


Болезни сердца и сосудов: Руководство Европейского общества кардиологов

Под ред. А.Дж. Кэмм, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса. Перевод с англ. / Под ред. Е.В. Шляхто.
ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1480 с., переплет

Представленная вашему вниманию книга – всемирно известное руководство, созданное Европейским обществом кардиологов. Издание является настольной книгой врачей кардиологов и терапевтов, на русском языке издается впервые. В руководстве содержится как базовый материал по всем разделам кардиологии, так и подробная информация о профилактике, диагностике, лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, необходимая специалистам. Издание дополнено онлайн-версией с удобной системой чтения в электронном виде и поиска.

Цена 4340 рублей
(без учета доставки)



Справочник по кардиологии

Рамракха П., Хилл Дж.
Перевод с англ. /
Под ред. А.Л. Сыркина.
ГЭОТАР-Медиа, 2011.
592 с., обложка

Справочник посвящен основным заболеваниям сердца. В книге в ясной и доступной форме представлены современные взгляды на этиологию, патогенез, клиническое течение и лечение наиболее серьезных патологий сердца. В отдельных главах содержится полезная информация о различных диагностических тестах, ведении беременных с заболеваниями сердца. Приводимые схемы лечения основаны на новейших рекомендациях, являются общепризнанными и не содержат спорных методик.

Цена 560 рублей
(без учета доставки)

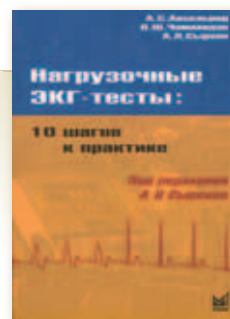


Руководство по нарушениям ритма сердца

Под ред. Е.И. Чазова, С.П. Голыцына.
ГЭОТАР-Медиа, 2010.
416 с., переплет

В руководстве обобщены современные данные о патогенезе, диагностике, лечении (фармакологическом, инвазивном, хирургическом и др.), основанные на результатах отечественных и зарубежных исследований, а также на опыте авторов.

Цена 630 рублей
(без учета доставки)



Нагрузочные ЭКГ-тесты: 10 шагов к практике

Аксельрод А.С.,
Чомахидзе П.Ш.,
Сыркин А.Л.
МЕДпресс-информ, 2011.
208 с., переплет

В монографии представлен большой практический опыт проведения нагрузочных тестов с демонстрацией реальных возможностей и ограничений метода.

Цена 462 рублей
(без учета доставки)



Холтеровское мониторирование: ЭКГ-возможности, трудности, ошибки 2-е изд.

Аксельрод А.С.
МИА, 2010. 192 с., переплет

В книге представлен большой практический опыт использования методики холтеровского мониторирования ЭКГ, наглядно показаны широкие возможности и типичные ограничения метода. Авторы показали наиболее часто встречающиеся ошибки при интерпретации холтеровской регистрации и проанализировали причины их возникновения. Отдельные главы книги посвящены также нормальным показателям холтеровского мониторирования и принципам оформления заключения.

Цена 490 рублей
(без учета доставки)



Лекарства в практике кардиолога

Опи Л.Х., Герш Б.Дж.
МЕДпресс-информ, 2010.
784 с., переплет

В издании рассматриваются основные принципы современной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Представлена всесторонняя и самая современная информация о медикаментозных средствах, применяемых в кардиологии традиционно и появившихся в распоряжении врачей в последнее время. Анализируются результаты крупнейших клинических испытаний лекарственных средств, в том числе сравнения их с иными методами лечения. Представленная информация поможет врачу сделать обоснованный выбор терапии в конкретной клинической ситуации.

Цена 1050 рублей
(без учета доставки)

Для юридических лиц

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7723809029	КПП 772301001	Сч. №	40702810700000000536
Получатель ООО «Медфорум-Альфа»		БИК	044525555
Банк получателя ОАО «Промсвязьбанк» Москва		Сч. №	30101810400000000555

СЧЕТ № 10/П от «__» _____ 2012 г.

Заказчик:
Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС):					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.
Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия
Главный бухгалтер







Романенко А.Е.
Макарова О.М.

Для физических лиц

Кассир	Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Кардиология и ангиология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____	
Кассир	Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа) № 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа) ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555 БИК 044525555 Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Кардиология и ангиология» (6 номеров) (наименование платежа) Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп. Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____	

АНЖЕЛИК® – низкодозированная згт с дроспиреноном.
1 мг эстрадиола + 2 мг дроспиренона

Пусть легкими будут годы!

-  КУПИРОВАНИЕ
МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ
СИМПТОМОВ¹
-  СНИЖЕНИЕ ВЕСА²
-  БЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ
НА АРТЕРИАЛЬНОЕ
ДАВЛЕНИЕ³
-  СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА
МИМИЧЕСКИХ
И СТАТИЧЕСКИХ МОРЩИН⁴



АНЖЕЛИК® (ANGELIQ®)

Лекарственная форма: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка содержит эстрадиол 1 мг и дроспиренон 2 мг.

Показания к применению: Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) при климактерических расстройствах в постменопаузе. Профилактика постменопаузального остеопороза.

Противопоказания: Беременность и лактация; кровотечение из влагалища неясного происхождения; подтвержденный или предполагаемый диагноз рака молочной железы или рак молочной железы в анамнезе; подтвержденный или предполагаемый диагноз гормонозависимого злокачественного заболевания или гормонозависимой злокачественной опухоли; опухоли печени в настоящее время или в анамнезе (доброкачественные или злокачественные); тяжелые заболевания печени; тяжелые заболевания почек в настоящее время или в анамнезе или острая почечная недостаточность (до нормализации показателей почечной функции); острый артериальный тромбоз или тромбозомболия, в том числе приводящие к инфаркту миокарда, инсульту; тромбоз глубоких вен в стадии обострения, венозные тромбозомболии в настоящее время или в анамнезе; тромбозомболия легочной артерии; выраженная гипертриглицеридемия; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение с осторожностью: Артериальная гипертензия, врожденные гипербилирубинемии (синдромы Жильбера, Дубина–Джонсона и Ротора), холестатическая желтуха или холестатический зуд во время предшествующей беременности, эндометриоз, миома матки, сахарный диабет. Необходимо принять во внимание, что эстрогены отдельно или в сочетании с гестагенами следует применять с осторожностью при следующих заболеваниях и состояниях: курение, гиперхолестеринемия, ожирение, системная красная волчанка, деменция, заболевания желчного пузыря, тромбоз сосудов сетчатки, умеренная гипертриглицеридемия, отеки при ХСН, тяжелая гипокальциемия, эндометриоз, бронхиальная астма, эпилепсия, мигрень, порфирия, гемангиомы печени, гиперкальциемия, состояния, предрасполагающие к развитию гиперкальциемии, прием ЛС, вызывающих гиперкальциемию – калийсберегающих диуретиков, препаратов калия, ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина II и гепарина.

Побочное действие: К наиболее часто встречающимся побочным эффектам относятся: прорывные маточные кровотечения и мажущие кровянистые выделения (обычно прекращаются в ходе терапии), выделения из половых путей; болезненность, напряжение и/или увеличение молочных желез; депрессия, эмоциональная лабильность, раздражительность, головная боль, боль в животе.

Способ применения и дозы: Ежедневно следует принимать по одной таблетке, покрытой оболочкой. После окончания приема 28 таблеток из текущей упаковки на следующий день начинают новую упаковку (непрерывная ЗГТ), принимая первую таблетку в тот же день недели, что и первую таблетку из предыдущей упаковки. Таблетку проглатывают целиком, запивая небольшим количеством жидкости. Забытую таблетку необходимо выпить как можно скорее. Если после обычного времени приема прошло более 24 часов, дополнительную таблетку принимать не следует. При пропуске нескольких таблеток возможно развитие вагинального кровотечения.

Производитель: Байер Шеринг Фарма АГ, D-13342 Берлин, Германия

Регистрационный номер: П N016029/01. Актуальная версия инструкции от 30.11.2009.

Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

¹ Инструкция № ПN016029/01 от 30.11.2009 г.

² Tanko LB, Christiansen C. Effects of 17 β-Tanko LB, Christiansen C. Effects of 17-oestradiol plus different doses of drospirenone on adipose tissue, adiponectin and atherogenic metabolites in postmenopausal women. J Internal Med 2005;258:544-553.

³ Archer D.J. Reprod. Med. 2007;52(Suppl.2):159-64, Preston Ret al AmJ Hypertens. 2005; 18:797-804.

⁴ Ю.В. Моргулис и соавт. Русский Медицинский журнал. 2008; 19: 1257–1261.



Физиотенз®

ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ АД¹⁻³ У ТУЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ

В отличие от других классов:



действует патогенетически



снижает избыточный вес¹⁻³,
снижает аппетит



улучшает чувствительность
тканей к инсулину⁴⁻⁵



1. Abellan J et al/ Efficacy of moxonidine in the treatment of hypertension in obese, noncontrolled hypertensive patients. *Kidney Int* 2005; 67 (suppl 93): S20-S24

2. Moxonidine in the treatment of overweight and obese patients with the metabolic syndrome: a postmarketing surveillance study. *J Hum Hypertens*. 2004 Sep; 18 (9): 669-75

3. Sanjuliani A.F. Effects of moxonidine on the sympathetic nervous system, blood pressure, plasma renin activity, plasma aldosterone, leptin, and metabolic profile in obese hypertensive patients. *J Clin Basic Cardiol* 2004; 7: 19-25

4. Lithell H. Moxonidine improves insulin resistance in obese, insulin resistant hypertensive patients, 17th ISH, Amsterdam, June 7, 1998

5. Инструкция по препарату Физиотенз

Регистрационное удостоверение П № 015691/01 от 16.01.2009



ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА
0,4 мг в сутки

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ФИЗИОТЕНЗ®

Регистрационный номер: П N015691/01-160109. **Лекарственная форма:** таблетки покрытые пленочной оболочкой. **Фармакологическое действие:** моксионидин селективно стимулирует имидазолин-чувствительные рецепторы, принимающие участие в тонической и рефлекторной регуляции симпатической нервной системы. Стимуляция имидазолиновых рецепторов снижает периферическую симпатическую активность и артериальное давление (АД). Моксионидин отличается от других симпатолитических гипотензивных средств более низким средством к α_1 -адренорецепторам, что объясняет меньшую вероятность развития седативного эффекта и сухости во рту. Прием моксионидина приводит к снижению системного сосудистого сопротивления и АД. Гипотензивный эффект моксионидина подтвержден в двойных слепых, плацебо-контролируемых, рандомизированных исследованиях. Моксионидин улучшает на 21% индекс чувствительности к инсулину (в сравнении с плацебо) у пациентов с ожирением, инсулинрезистентностью и умеренной степенью артериальной гипертензии. **Показание к применению:** артериальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу и другим компонентам препарата; синдром слабости синусового узла, выраженная брадикардия (частота сердечных сокращений (ЧСС) покоя менее 50 уд./мин). Наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы или мальабсорбция глюкозы-галактозы. В связи с отсутствием данных по безопасности и эффективности не рекомендуется назначение моксионидина лицам до 18 лет. **Способ применения и дозы:** внутрь, независимо от приема пищи. В большинстве случаев начальная доза Физиотенз® составляет 0,2 мг в сутки. Максимальная разовая доза составляет 0,4 мг. Максимальная суточная доза, которую следует разделить на 2 приема, составляет 0,6 мг. **Побочное действие:** со стороны центральной нервной системы: Часто (1-10%): головная боль, головокружение, сонливость. Нечасто (<1%): бессонница. Со стороны сердечно-сосудистой системы: Редко (<0,1%): чрезмерное снижение АД, ортостатическая гипотензия. Со стороны желудочно-кишечного тракта: Часто (1-10%): сухость во рту. Нечасто (<1%): тошнота. Со стороны кожных покровов и подкожно-жировой клетчатки: Нечасто (<1%): кожная сыпь, зуд. Очень редко (<0,01%): ангионевротический отек. Общие: Часто (1-10%): астения. Наиболее частые побочные эффекты у пациентов, принимающих моксионидин: сухость во рту, головная боль, головокружение, астения и сонливость. Эти симптомы часто уменьшаются по прошествии первых недель терапии. **Передозировка:** Изменяются сообщения о нескольких случаях передозировки без летального исхода, когда одновременно применялись дозы до 19,6 мг. **Симптомы:** головная боль, седативный эффект, сонливость, выраженное снижение АД, головокружение, усталость, астения, брадикардия, сухость во рту, рвота и боль в эпигастриальной области. Потенциально возможны также кратковременное повышение АД, тахикардия, гипергликемия. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для специалистов.

Реклама



Abbott
A Promise for Life

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5.
Тел.: (495) 411-69-11. Факс: (495) 411-69-10.
www.abbott-products.ru