

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

*кардиология и
ангиология*

Специальный выпуск. Декабрь 2010



Наука и практика

Академик Р.Г. Оганов:
«Во всем мире лечат
по рекомендациям
профессиональных обществ»

Форум

ВНОК рекомендует
Фиксированные комбинации
в лечении артериальной
гипертензии
Контроль ЧСС у больных
с кардиоваскулярными
заболеваниями

Врач и общество

Доступная помощь при острой
сосудистой патологии



АСПИРИН[®] КАРДИО[®]

СПЕЦИАЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ АСПИРИН

ДЛЯ ЖИЗНИ
БЕЗ ИНФАРКТОВ
И ИНСУЛЬТОВ

В НОВОЙ
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}

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 тромбоэмболии после операций и инвазивных вмешательств на сосудах (например, например, аортокоронарное шунтирование, эндоваскулярное стентирование сонных артерий, артериовенозное шунтирование, ангиопластика и стентирование коронарных артерий, ангиопластика сонных артерий), профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии 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 II 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); бронхиальной 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 сочетании применения с метотрексатом в дозе менее 15 мг в неделю, антикоагулянтами, тромболитическими или антитромботическими 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 24.11.2009 г. Отпускается без рецепта врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

¹ Булахова 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
² H. G. Dammann, F. Burkhardt & N. Wolf Enteric coating of aspirin significantly decreases gastroduodenal mucosal lesions. *Alliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 1109-1114.

ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2
Тел.: 8 (495) 231-1200, факс: 8 (495) 231-1202 www.bayerscheringpharma.ru



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Национальное Общество
Кардиологов и Кардиологов

XII Всероссийский научно-образовательный форум

Кардиология

15–17 февраля
Москва,
гостиница «Рэдиссон-Славянская»

2011

Организаторы

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



МЕДИ Экспо



Тел./факс: +7 (495) 721 88 66 www.mediexpo.ru

e-mail: expo@mediexpo.ru

www.cardiology-congress.ru

Информационный партнер



ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

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

- ◆ В рамках национального проекта «Здоровье» группой компаний «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения 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»!



Содержание

<p>Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология. Спецвыпуск. Декабрь 2010 Директор издательского дома А. Синичкин (sinmed@mail.ru) Руководитель проекта И. Климова (terapevt@webmed.ru) Редакция журнала выпускающий редактор В. Павлова журналист А. Лозовская ответственный секретарь И. Репина корректор Е. Самойлова дизайнер Т. Афонькин подписка и распространение Т. Кудрешова (podpiska@webmed.ru)</p> <p>Главный редактор журнала Р.Г. Оганов Редакционный совет О.В. Аверков, М.Г. Бубнова (Москва) А.С. Галявич (Казань) С.Р. Гиляревский (Москва) Д.В. Дупляков (Самара) В.С. Зодионченко (Москва) Ж.Д. Кобалава (Москва) Г.В. Матюшкин (Красноярск) В.Б. Мычка (Москва) Д.В. Небиеридзе (Москва) С.В. Недогода (Москва) О.Д. Остроумова (Москва) Е.П. Панченко (Москва) В.И. Подзолков (Москва) Ж.М. Сизова (Москва) В.В. Скибитский (Краснодар) Р.И. Стрюк (Москва) С.Н. Терещенко (Москва) А.И. Черникова (Ростов-на-Дону) И.И. Чукаева (Москва)</p> <p>Издательский дом группы компаний «Медфорум» 127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3 Тел. (495) 234-07-34 www.webmed.ru</p> <p>Издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005</p> <p>Отпечатано в ООО «Немецкая фабрика печати» тираж: 15 тыс. экз. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.</p>	<p>Люди. События. Даты</p> <p>Кардиология: реалии и перспективы (Информационный отчет ВНОК) 4</p> <p>Здравоохранение сегодня</p> <p><i>Ростислав Карнов:</i> «Материнский капитал не заменит профилактику» 8</p> <p>Медицинские новости 14</p> <p>Наука и практика</p> <p><i>Рафаэль Оганов:</i> «Во всем мире лечат в соответствии с рекомендациями профессиональных обществ» 18</p> <p>Медицинский форум</p> <p>ВНОК рекомендует 22</p> <p>Мужчины и женщины: разные гормоны – одинаковые проблемы <i>В.Б. Мычка</i> Женское сердце 26</p> <p>Ветер перемен в лечении артериальной гипертензии <i>Ю.А. Карпов</i> Эволюция продолжается 32 <i>И.Е. Чазова</i> Перспективы применения нового препарата Престанс 33 <i>О.Д. Остроумова</i> Фиксированные комбинации – настоящее и будущее в лечении АГ 35 <i>С.В. Недогода</i> Применение Престанса в различных клинических ситуациях 36 <i>С.А. Бойцов</i> Возможности Престанса в лечении АГ 38 <i>Н.Б. Перепеч</i> Престанс в лечении АГ 40</p> <p>Урежение ЧСС – основная задача в терапии больных с ССЗ? <i>Н.А. Мазур</i> Влияние препаратов на частоту сердечного ритма и отдаленные исходы у больных с кардиоваскулярными заболеваниями 42 <i>С.Ф. Соколов</i> Значение контроля ЧСС у больных фибрилляцией предсердий 44 <i>Е.А. Золотова, А.А. Карлов, Н.А. Карлова, Е.В. Саютина, А.И. Пшеницын, В.В. Чигинева, Н.А. Мазур</i> Роль контроля ишемии миокарда с помощью урежающих и не урежающих пульс препаратов в лечении больных стенокардией 46 <i>А.Б. Сумароков, Л.И. Бурячковская, И.А. Учитель</i> Дезагрегантная терапия у больных ишемической болезнью сердца 49</p> <p>Берегите мужчин! 52 III национальная премия в области кардиологии «Пурпурное сердце» 57</p> <p>Опыт регионов</p> <p>Александр Разумовский: «Кадры у нас очень сильные» 60</p>
--	--



Кардиология: реалии и перспективы (Информационный отчет ВНОК)



Успешно завершил работу Российский национальный конгресс кардиологов, который проходил с 5 по 7 октября 2010 года в Москве, в Новом здании Президиума Российской академии наук. В последние годы в стране сложилась благоприятная ситуация в отношении развития кардиологической помощи населению. Благодаря реализации национального проекта «Здоровье» заметно улучшились финансирование и материально-техническое оснащение практического здравоохранения, большое внимание уделяется профилактическому направлению. Современные достижения в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний позволяют значительно снизить смертность от этих болезней.



Российский национальный конгресс кардиологов

Организаторами Конгресса выступили Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК), Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. Почетным президентом Конгресса избран академик РАН и РАМН, директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росздрава Е.И. Чазов; сопредседатели Оргкомитета Конгресса – член-корреспондент РАМН, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова; академик РАМН, директор ГНИЦ профилактической медицины Р.Г. Оганов. Заместители председателя Оргкомитета Конгресса – академик РАМН, директор НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН Р.С. Карпов; академик РАМН А.И. Мартынов.

Конгресс является самым масштабным национальным научным форумом специалистов, работающих в сфере кардиологии и смежных областях медицины. Конгресс традиционно собрал всех, кто интересуется проблемами сердечно-сосудистых заболеваний: ученых, организаторов здравоохранения, практикующих врачей-кардиологов, кардиохирургов и представителей многих других специальностей. Это позволило с разных позиций обсудить вопросы патогенеза, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Основные научные направления Конгресса: фундаментальные исследования в кардиологии, новые медицинские технологии в кардиологии, новые

подходы к терапии сердечно-сосудистых заболеваний, интервенционная кардиология, хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний, проблемы реабилитации кардиологических больных, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, совершенствование организации кардиологической службы, школы для практических врачей по диагностике, лечению и профилактике основных сердечно-сосудистых заболеваний.

В последние годы интерес к Конгрессу и число его участников постоянно увеличивались. В 2010 году в работе Конгресса приняли участие 3600 специалистов, в том числе 370 участников из стран СНГ (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Киргизия, Латвия, Таджикистан, Узбекистан, Украина). Второй год в работе Конгресса участвуют кардиологи стран дальнего зарубежья. В этом году в Россию приехала представительная делегация из Греции (41 человек), Турции (33 человека), Польши (30 человек), а также кардиологи из Германии, Италии, Иордании, Индии, Новой Зеландии, Франции и США.

Высокий научный и образовательный уровень мероприятий Конгресса обеспечило участие в нем ведущих российских и зарубежных ученых, клиницистов, талантливых педагогов и организаторов здравоохранения. Во время открытия Конгресса выступили академик РАН и РАМН Е.И. Чазов, академик РАМН Р.Г. Оганов, академик РАМН, первый заместитель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания РФ Н.Ф. Герасименко. На первом пленарном заседании Конгресса профессор С.П. Голицин и член-корреспондент РАМН А.Ш. Ревитшвили пред-

ставили современные подходы к лечению нарушений сердечного ритма.

В формировании научной программы Конгресса кроме секций ВНОК приняли участие 5 российских научных обществ и ассоциаций, Европейское общество кардиологов, Американский колледж кардиологов, Ассоциация клинической и сосудистой кардиологии Турции.

Научная программа Конгресса включала: 2 пленарных заседания, 63 симпозиума, 13 научных сессий, 8 лекций, 3 встречи с экспертами, 6 круглых столов, 2 школы для врачей, 1 научную дискуссию, 1 заседание дискуссионного клуба и 1 интерактивную дискуссию, заседание Профильной комиссии Минздравсоцразвития России по профилактической медицине, заседание Профильной комиссии Минздравсоцразвития России по кардиологии, стендовую сессию (3 дня), конкурс научных работ молодых ученых.

Программа Конгресса отражала последние достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний и наиболее актуальные проблемы медицинской науки и практики в области кардиологии.

Научная программа Конгресса вызвала огромный интерес у широкой медицинской общественности. Впервые в рамках Конгресса проведены объединенные сессии ВНОК с зарубежными научными обществами и ассоциациями: 2 сессии с Американским колледжем кардиологов, 1 сессия с Европейским обществом кардиологов и 1 сессия с Ассоциацией клинической и сосудистой кардиологии Турции. Результатом этих сессий стал не только обмен научным опытом, но и достижение договоренностей о международном сотрудничестве в области



Российский национальный конгресс кардиологов



проведения научных, образовательных мероприятий и издательской деятельности.

В конкурсе научных работ молодых ученых по специальности кардиология приняли участие 42 человека из медицинских учреждений и вузов России. Победители и призеры конкурса (6 человек) получили дипломы, научную литературу, памятные подарки и денежные премии.

В рамках Конгресса проходила выставка с участием 77 экспонентов. Центральное место на выставке занимал стенд ВНОК, который пользовался большой популярностью у участников Конгресса. На стенде была представлена информация о деятельности ВНОК, научная литература. В экспозиции принимали участие 8 издательств. Выставка отечественных и зарубежных лекарственных средств, изделий медицинского назначения, современных информационных технологий и специализированных изданий была тесно связана с научной программой Конгресса. Участники Конгресса имели возможность не только ознакомиться с новейшими препаратами, представленными на выставочных стендах ведущих фармацевтических компаний, но и получить объективную информацию о клинической эффективности препаратов на симпозиумах, дискуссиях, семинарах, лекциях.

На одной из научных сессий Конгресса был представлен и обсужден проект первых Национальных рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике в клинической практике. На заключительном пленарном заседании были представлены и утверждены следующие Национальные рекомендации для практикующих врачей:

- «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности»;
- «Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. Третий пересмотр»;
- «Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Четвертый пересмотр».

В рамках Конгресса проводился Пленум Правления ВНОК, на котором обсуждались отчет о деятельности Общества в 2010 году, общие организационные вопросы и планы на будущий год. Было принято решение провести в 2011 году во время Российского национального конгресса кардиологов выборы руководящих органов ВНОК (президент, вице-президенты, члены Президиума, Правление). С целью подготовки дополнений к Уставу ВНОК создать рабочую группу с включением в нее представителями региональных обществ кардиологов.

Информационными партнерами Конгресса выступили официальный сайт ВНОК (www.scardio.ru), журналы «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», «Рациональная фармакотерапия в кардиологии», «Кардиология» и «Фарматека», газета «Медицинский вестник». К Конгрессу были изданы: Научная программа; Сборник тезисов, включающий 922 работы; Сборник клинических рекомендаций ВНОК; Каталог выставки отечественных и зарубежных лекарственных средств, изделий медицинского назначения, современных информационных технологий и специализированных изданий. Все этапы подготовки Конгресса и его программа освещались в Интернете на официальном сайте ВНОК www.scardio.ru. ☺

Четвертый международный медицинский форум/выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ



В РАМКАХ НЕДЕЛИ РОССИЙСКОГО БИЗНЕСА

18–20 апреля 2011 года

МВЦ «Крокус Экспо»

III павильон, зал № 20

В ПРОГРАММЕ ФОРУМА:

ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ВРАЧ РОССИИ XXI ВЕКА»

ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА ВЫСТАВКИ

Приглашаем к участию регионы, министерства и департаменты здравоохранения республик, краев и областей; отечественных и зарубежных производителей и поставщиков медицинской техники, медицинских изделий и фармацевтических препаратов; НИИ, вузы, ЛПУ; ведомственные учреждения здравоохранения; частные центры и клиники; санаторно-курортные учреждения; профессиональные ассоциации, страховые и лизинговые компании.



Организатор:

 **КРОКУС ЭКСПО**

Международный выставочный центр

МВЦ «Крокус Экспо»:

 «Мякинино»

65-66 км МКАД (пересечение МКАД и Волоколамского шоссе)

Дирекция форума выставки:

тел.: +7(495) 727-25-28, 983-06-70

e-mail: med@crocus-off.ru, med2@crocus-off.ru

www.iz-expo.ru

Информационный партнер
МВЦ «Крокус Экспо»:



Реклама на сайте и на территории
МВЦ «Крокус Экспо»:
тел. (495) 727-26-39
www.crocus-reklama.ru

Аренда конференц-залов и
презентационного оборудования:
тел. (495) 727-25-93, 727-26-15



Ростислав Карпов: «Материнский капитал не заменит профилактику»

График этого человека расписан на две недели вперед. Под его началом – крупный научно-исследовательский институт с клиникой на 430 коек, поликлиника – 200 посещений в смену, четыре здания общей площадью около 30 тыс. м², более 1000 человек сотрудников, филиал в Тюмени.

Вот уже 30 лет он бессменный заведующий кафедрой факультетской терапии Сибирского государственного медицинского университета, под его руководством выполнены и защищены 26 докторских и 62 кандидатских диссертации, он же является автором более 550 печатных научных трудов и 20 изобретений. С Ростиславом Сергеевичем Карповым, академиком РАМН, директором Томского НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН и главным кардиологом Сибирского федерального округа, беседовала наш корреспондент в Томске Ольга Трепова.



Ростислав Сергеевич, спасибо, что нашли время встретиться. Начнем с приятной новости: в этом году в Томском кардиоцентре был открыт Центр детского сердца. Как в условиях, когда здравоохранение, наряду с другими отраслями, вынуждено экономить, вам удалось организовать новое подразделение?

Центр детского сердца – это первая подобная структура за Уралом. Его особенность в том, что он основан на базе отделения детской кардиологии, а не кардиохирургии. Именно сюда поступают маленькие пациенты с любой патологией сердечно-сосудистой системы. И координатором решения всех вопросов, касающихся диагностики, лечения и реабилитации данного больного, выступает врач-кардиолог. Из этого отделения пациент уходит на операцию и сюда же, к этому же врачу он возвращается. От традиционного принципа преемственности при оказании разных этапов медицинской помощи мы перешли к прин-

ципу сопровождения пациента одним лечащим врачом.

Пока это только организационная форма в структуре НИИ кардиологии. Но в перспективе центр может стать новой организационно-правовой формой, т.е. получить статус самостоятельного медицинского учреждения.

Возникает вопрос, готово ли «простое» отделение детской кардиологии примерить на себя статус Центра детского сердца?

Бесспорно, да. Объемные и качественные показатели работы отделения детской кардиологии год от года растут, и сегодня они сопоставимы с показателями европейских кардиологических клиник. Практически мы начали заниматься хирургической коррекцией пороков сердца с 1980-х годов. Тогда это были единичные операции. Сейчас это направление активно развивается. Взгляните на статистику: в 2008 году во всей России было выполнено детям

Мэтр кардиологии

12 225 операций на сердце. Работают в данном направлении большое количество кардиоцентров – 73, но из них 49 выполняют меньше 50 операций в год, и лишь 15 центров делают больше 200 операций в год. В том числе Томский НИИ кардиологии. В прошлом году мы вышли на уровень 426 операций, из них 115 эндоваскулярных коррекций.

Пока в штате Центра 73 человека – кардиологи, анестезиологи, реаниматологи, кардиохирурги, перфузиологи, но вскоре их станет больше. Изучив обоснование руководства НИИ кардиологии, РАМН выделила дополнительно двадцать ставок врачебного и сестринского персонала для Центра детского сердца в Томске.

Мы «замахнулись» на статус Центра после того, как в Институте кардиологии провели реконструкцию и полное техническое переоснащение операционной, установили новый ангиографический комплекс, позволяющий выполнять детям эндоваскулярные вмешательства при минимальной лучевой нагрузке. Наша очередная ближайшая задача – расширение площадей детской реанимации и даже строительство нового корпуса клиники, в котором три этажа будут отданы под Центр детского сердца.

Какие тенденции в развитии хирургии врожденных пороков сердца у детей?

Это снижение показателя летальности при увеличении количества операций и расширении структуры оперируемых пороков сердца. В частности, при радикальной коррекции тетрады Фалло в течение последних четырех лет смертность нулевая, а операций выполнено больше 80.

Среди пациентов растет число детей первого года жизни и новорожденных. Причем не менее 30% составляют большие со сложными пороками: тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, коарктация аорты, атрезия легочной артерии, варианты единственного желудочка сердца, синдром



Рис. 1. Результаты хирургической коррекции врожденных пороков сердца

гипоплазии левого сердца. Некоторые из этих пороков являются причиной смерти новорожденных в первые часы и дни жизни.

Особый контингент – новорожденные дети, которые часто поступают в кардиоцентр по санавиации или машинами МЧС. В 2009 году их было 34. Средний возраст таких пациентов 16 дней, средняя масса тела – 2,7 кг, но были также килограммовые малыши. У томских кардиохирургов есть опыт выполнения операций таким больным на выезде, то есть непосредственно в условиях перинатального центра.

Например, в апреле прошлого года в первом роддоме Томска родился недоношенный мальчик весом 1,3 кг. У врачей роддома возникло подозрение на врожденный порок сердца, поэтому они вызвали наших специалистов. Оказалось, что ребенку необходимо было сделать клипирование открытого артериального протока. Мальчика необходимо было незамедлительно оперировать, поскольку иные мероприятия были бы неэффективными. Как правило, у таких пациентов не закрываются при рождении фетальные коммуникации, значимые, пока плод находится в утробе матери, в том числе коммуникация в виде открытого артериального протока, которая «бережет» легкие ребенка, поскольку он «дышит» за счет материнских легких. Как только ребенок рождается и делает первый вдох, эта

фетальная коммуникация закрывается. Но у глубоко недоношенных детей в организме не хватает различных веществ, которые способствуют «склеиванию» этого протока, проток остается достаточно большим и по нему начинается обратный сброс крови – из аорты в легочную артерию. Происходит переполнение легких кровью, кровь появляется в трахее, ребенок не может самостоятельно дышать, нарастает отек легких.

Детскому кардиохирургу, к.м.н. Евгению Кривошекову доложили о ситуации около 17 часов, когда он вышел из операционной после второй, запланированной на тот день операции. Врач выехал в роддом незамедлительно. Операция прошла успешно, уже на следующий день шумы в сердце прекратились, а ребенок начал пытаться дышать самостоятельно.

Важный раздел работы вновь организованного Центра детского сердца – интервенционная аритмология. Томские специалисты имеют восьмилетний опыт выполнения таких манипуляций, ежегодно выполняя больше ста операций детям с нарушением ритма сердца методами радиочастотной абляции, имплантации антиаритмических устройств. В России только два кардиоцентра – НЦССХ им. А.Н. Бакулева и Томский НИИ кардиологии – где выполняется радиочастотная абляция жизнеугрожающих аритмий детям первого года жизни.



Мэтр кардиологии

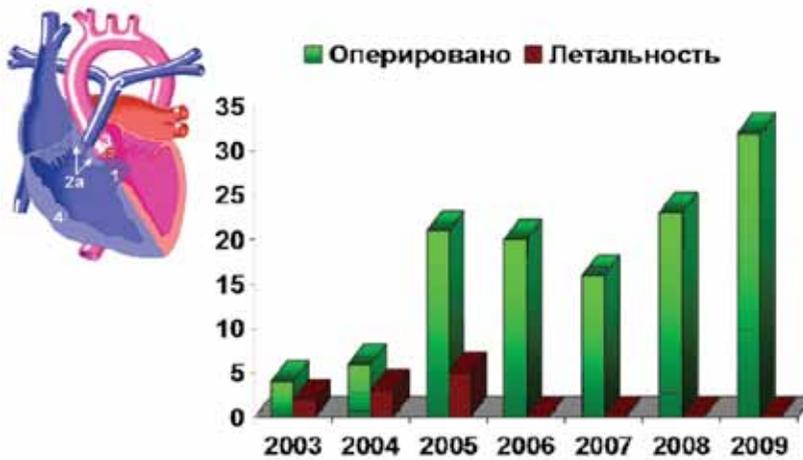


Рис. 2. Радикальная хирургическая коррекция тетрады Фалло

Почему, при всем мастерстве российских кардиохирургов, хорошей технической оснащённости, в европейских странах говорят о снижении уровня ССЗ, а в России, наоборот, – о росте. Так ли это? И если это действительно так, то почему?

Как известно, во второй половине XX века сердечно-сосудистые заболевания превратились в ведущую проблему здравоохранения развитых стран нашей планеты. Заболевания коронарных сосудов и инсульты составляют 49% всех случаев смерти в Европе. Но если с 1980 года в странах Северной, Западной и Южной (кроме Греции) Европы кривая смертности стабильно снижается, то в Центральной и Восточной Европе – стабильно повышается, особенно с увеличением возраста. К сожалению, сегодня Россия лидирует среди стран Восточной Европы по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, как среди мужчин, так и среди женщин. Причины – неправильное питание, гиподинамия, курение, употребление алкоголя. Эти факторы стимулируют изменения в биохимических и физиологических характеристиках, которые, в свою очередь, усиливают развитие атеросклероза и вызывают тромботические осложнения. Почему так произошло, что Россия оказалась «самой больной»

в Европе? Это одновременно и простой, и сложный вопрос. С каждым годом современная медицина идет все дальше в области лечения и профилактики заболеваний, все больше здоровье человека определяют высокие технологии. Развитая медицина может спасти очень тяжелых больных. Раньше говорили, что всего 10–15% зависит от медиков, а остальное – от образа жизни, социальных, экономических проблем, экологии. Сейчас, по отдельным оценкам, до 30–40% здоровья человека – в руках врачей.

Проблема в другом. Ни одна цивилизованная страна не улучшает демографию за счет рождаемости, как это делают в России, все улучшили за счет снижения смертности, увеличения средней продолжительности жизни, пропагандируя здоровый образ жизни, отказавшись от табакокурения и алкоголя, изменив нормы питания. Р. Гиббсон, президент Американской ассоциации сердца, среди семи основных задач здравоохранения США на ближайшие 10 лет первые три обозначил следующим образом: 1) обучение пациентов, 2) фокус на профилактику, 3) система здравоохранения должна базироваться на научных исследованиях.

В медицине существует понятие «сердечно-сосудистый континуум». Смысл его заключается в

том, что все люди проходят цикл от здоровья до факторов риска, за которыми идет развитие заболеваний, их осложнение, эта цепочка завершается печальным исходом. Наша задача – замедлить этот цикл, то есть задержать развитие факторов риска и дальнейших следствий. Но, на мой взгляд, врачи не проявляют, или проявляют в недостаточной степени, активности в противостоянии факторам риска. Менее чем 15% из них независимо от цели визита пациента определяют суммарный риск развития сердечно-сосудистых болезней. Лишь 20% врачей проводят профессиональные консультации по факторам риска. К тому же каждый пятый доктор лечит устаревшими препаратами.

Надо ли участковому врачу говорить с пациентом о курении? Надо, направленная беседа приносит эффект. Ведь курение в десять раз увеличивает риск развития внезапной смерти. Отказ от курения дает даже более высокий положительный результат, чем снижение холестерина и артериального давления. Используя профилактические программы, основанные на концепции факторов риска, во многих развитых странах мира удалось добиться снижения смертности на одну треть и более. Самых значительных результатов добились США, Австралия, Новая Зеландия и Япония.

Всемирная организация здравоохранения провозгласила XXI век веком профилактической медицины. Согласно мировой практике, на профилактику выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. В России же профилактика остается «бедной Золушкой»: из средств обязательного медицинского страхования на нее в нашей стране расходуется 6%, на лечение – 94%, на реабилитацию – 0%.

Эта тема в России непопулярна, у нас нет еще так называемой медицинской культуры. Совмест-

Мэтр кардиологии

но с областным управлением здравоохранения была разработана и утверждена целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Томской области» (2001–2007 гг.). Программа вошла в соответствующую Федеральную программу (2002–2008 гг.), было получено финансирование. Создавались школы по борьбе с этим недугом, для населения проводились лекции. Есть и определенные результаты: если в 2000 году контролировали повышенное давление 4% больных, то теперь 20–22%. В результате уже в 2006 году было отмечено снижение смертности населения страны.

СМИ начали объяснять это повышением рождаемости, но улучшение демографической ситуации было обусловлено в большей мере существенным улучшением социально-экономических условий жизни населения и повсеместным внедрением данной программы, контролем артериального давления в масштабе всей страны. Ведь три кита, на которых держится атеросклероз – виновник инфарктов и инсультов, – повышенное давление, курение и уровень холестерина. Воздействие на эти факторы, как известно, позволило, например, в Финляндии (программа «Северная Карелия») снизить смертность от ишемической болезни сердца на 70%.

Пока средняя продолжительность жизни будет 56–60 лет, никакие высокие технологии, никакой материнский капитал не помогут вывести страну из демографической ямы. Все это имеет значение, но на первом месте, я не устану это повторять, все-таки находится профилактика.

Как влияет на «кардиологический пейзаж» Сибири такая проблема, как низкая приверженность пациента к лечению? Насколько это распространенная проблема?



Ангиоблок в Центре детского сердца Томского НИИ кардиологии

Это очень серьезная проблема. У нас в России очень низкая приверженность к лечению. Многочисленные эпидемиологические исследования, в частности, показали печальную закономерность: не более половины больных артериальной гипертонией знают, что у них повышено артериальное давление, из тех, кто знает, только половина лечится, из них только половина делает это правильно. Вместе с тем как раз широкое внедрение программы борьбы с артериальной гипертонией позволило существенно улучшить эти показатели.

Прекращают пациенты лечение по разным причинам. Расхожее мнение, что прежде всего влияет дороговизна медикаментов. Но когда проводили научные исследования по приверженности к терапии, оказалось, что цена лекарства – это не определяющий фактор. В первую очередь пациент прекращает принимать таблетки, как только ему становится легче, например, снижается давление.

Больные, как правило, ожидают быстрый эффект терапии. Но это не всегда возможно. Есть лекарства, которые непосредственно не облегчают состояние пациента, но значительно снижают прогрессирование болезни, продлевают жизнь. Речь, в частности, идет о статинах. В ряде стран до 80% больных ишемической болезнью сердца получают статины, в нашей стране этот процент едва достигает 20%. Выход из этой ситуации – образовательные программы для врачей и пациентов. Врач должен не просто назначить лечение, но объяснить механизм его действия и, конечно же, контролировать ход лечения. Большие сложности возникают при лечении мужчин, женщины более привержены к лечению. В своей практике мы стараемся по возможности объяснять необходимость длительной медикаментозной терапии родственникам пациента (жена, дочь, сестра).



Мэтр кардиологии



Вопрос со стоимостью медикаментов по-прежнему «больной» для кардиологии?

Конечно, за последние несколько лет эта ситуация не улучшилась, а наоборот. Нам не всегда удается лечить пациентов наиболее эффективными препаратами. Оригинальные медикаменты, как правило, дорогостоящие, зачастую недоступны как для пациента, так



и для бюджета клиники. Например, препарат Актилизе восстанавливает кровоток в 70% случаях, но мы не можем его широко использовать в виду дороговизны, поэтому чаще применяем стрептокиназу, эффективность которой на 20% ниже. Выручает появление более дешевых дженериков. Важно только использовать те из них, которые подтвердили свою эффективность в клинических исследованиях. Сейчас это – общая тенденция. Даже в США последние годы достаточно часто назначают дженерики.

По словам премьера Владимира Путина, 90% лекарств будет выпускаться в России – может, это спасет ситуацию?

Лозунг, что 90% лекарств будет российского производства, вызывает у меня серьезное опасение. Действительно, в постсоветское время мы практически потеряли отечественную фармакологическую промышленность. Ее, конечно же, следует восстанавливать. У нас были достаточно крупные предприятия, работающие на отечественных субстанциях, например, Красноярский завод антибиотиков. Сейчас, насколько мне известно, в стране выпускают дженерики на основе закупленных чаще всего в Китае, Индии субстанций не всегда высокого качества. Более того, большинство из этих лекарств не проходят многоцентровые исследования. Необходимо восстанавливать научные лаборатории, ибо любая крупная фармакологическая компания имеет свой исследовательский центр и значительную часть прибыли направляет на научные исследования. В Томске, например, НПО «Вирион» (исторически бактериологический институт, отметивший недавно свое 100-летие!) когда-то разрабатывал и выпускал конкурентноспособную продукцию. В настоящее время научно-исследовательский сектор там практически ликвидирован, следовательно, потеряна перспектива создания оригинальных препаратов. А за этим, между прочим, стоит безопасность страны.

Импонирует система лекарственного обеспечения в Швеции. Там без рецепта лекарства не купишь, но зато по рецепту врача все препараты бесплатно. Государство оплачивает оптимальное по цене лекарство согласно формуляру, хочешь более дорогое этого же спектра действия – доплати. Придем мы к этой системе или нет, трудно сказать. Но я считаю, что лечение, так же как и образование, все-таки должны быть бесплатными, тем более что Россия – не бедная страна.

В апреле этого года Вы стали номинантом премии «Пурпурное сердце». Цель учреждения этой премии – стимулирование и поощрение наиболее активных российских врачей-кардиологов, повышение престижа работы врача. А что эта премия значит лично для Вас?

В медицине я уже 50 лет, и это не первая моя награда. Вместе с тем особую ценность всегда представляет общественное признание, а премия «Пурпурное сердце» как раз признание медицинского сообщества, коллег. Поэтому она мне особенно дорога. Ведь Вы знаете, что номинация, в которой назвали мое имя, «Мэтр кардиологии», не выставляется на конкурс, а решение принимается президиумом Экспертного совета «Пурпурного сердца». В него входит, например, главный кардиолог Минздравсоцразвития Рафаэль Оганов и другие знаковые фигуры в области кардиологии. Поэтому мне это очень приятно и я горжусь этим. Тем более что в прошлом году «Пурпурное сердце» вручили выдающемуся ученому и врачу академику Евгению Ивановичу Чазову. Я очень благодарен своим коллегам за признание.

Я знаю, что Вы – «играющий тренер». Расскажите, пожалуйста, о каком-нибудь интересном случае из практики. Остались ли за все эти годы для Вас загадки в человеческом сердце?

Как отвечал мой учитель, великий российский врач Дмитрий Дми-

Мэтр кардиологии

триевич Яблоков, когда ему задавали этот вопрос: «Я прежде всего врач, а если врач, то как я могу без практики?» Также и мне, без пациентов было бы просто неинтересно. Стетоскоп и ежедневник, лежащие на столе, – это ведь не просто реквизит, я действительно постоянно ими пользуюсь.

Сегодня невозможно даже приблизительно подсчитать, какое количество больных я пролечил или проконсультировал за прошедшие годы работы врачом, ассистентом, доцентом, профессором, заведующим кафедрой и, наконец, руководителем отделения атеросклероза и ишемической болезни сердца, директором института кардиологии. Кстати, «сердце с загадками» в институте кардиологии меньше, чем на кафедре. Дело в том, что в клиниках института лечатся больные с относительно однообразной патологией, здесь в наличии все самые современные диагностические технологии. Большую сложность представляет выбор стратегии лечения. А вот на кафедре – вся внутренняя патология. Там каждый раз приходится решать сложнейшие диагностические «ребусы».

Вообще, работать стало проще и интереснее благодаря высокому уровню технического оснащения. Как известно, последние десятилетия XX века характеризовались буквально «триумфальным шествием» лучевых методов диагностики, как-то: магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография, эхокардиография. Когда я начинал работать, из оборудования был только стетоскоп и электрокардиограф, не было ни МРТ, ни компьютерных томографов, ни УЗИ. Помню, в 70-х годах, когда я активно занимался функциональной диагностикой, на одной из конференций в Институте ревматологии демонстрировали современную возможность эхокардиографии, и я впервые увидел работу клапанов сердца – голова закружилась от восторга. Но в Томске, к сожалению,

первый эхокардиограф появился лишь с открытием института в 1981 году.

Да, оценить в полной мере технический прогресс могут только врачи нашего поколения, которые начинали работать, когда успех диагностики зависел в основном от умения непосредственного исследования больного, владения методами перкуссии, пальпации, аускультации, как говорили, «хорошего уха врача». В то время и произошел интересный, как мне кажется, случай.

Ко мне пришла пациентка, которая сама себе поставила диагноз – «рак пищевода», ей было около 50 лет. Она жаловалась на дисфагию (затруднение прохождения пищи по пищеводу). При выслушивании у больной определялся первый хлопающий тон (тон Ромберга) и короткий пресистолический шум в положении больного на левом боку. Было ясно, что это митральный стеноз, т.е. сужение отверстия между левым предсердием и желудочком, что приводило к повышенной нагрузке на левое предсердие, его значительному увеличению и давлению на пищевод. Это и было причиной дисфагии. Этот диагноз подтвердился и рентгенологически. Пациентка от операции отказалась, но прожила достаточно долго, она внимательно соблюдала все рекомендации, которые мы ей дали. И погибла она не от рака, а от инсульта.

Можно вспомнить еще один случай, демонстрирующий возможности современной медицины. В клинику приехал молодой человек лет 20 из Читинской области, у него была третья стадия сердечной недостаточности. Пациент не мог лежать, его мучили ночные приступы удушья, сердечная астма. Определялась большая печень, отеки.

Этого пациента мы обсуждали на консилиуме, и я, как председатель, высказал предположение, что делать операцию будет слишком рискованно, в таких случаях очень большая летальность, поэтому лучше продолжить консер-



Кардиохирург Евгений Кривошеков (справа) в детской реанимации

вативное лечение. Однако хирурги решились на операцию, и она прошла успешно. Как я узнал спустя год, после этого наш пациент еще и поступил в университет! Мы гордимся нашими хирургами, они действительно берутся за самые тяжелые случаи, что делают далеко не все специалисты. Сейчас даже появился термин «отказники» – это больные, которым отказали в лечении. Таких больных в последнее время стало больше. Конечно, они «портят статистику». Помочь таким пациентам могут только высококвалифицированные специалисты в наиболее оснащенных клиниках. Это особенно касается детской патологии. Хирургия врожденных пороков сердца у новорожденных, интервенционная аритмология доступна лишь нескольким клиникам в стране. Сейчас для томских кардиохирургов нет возрастных ограничений, благодаря их мастерству, оснащенности операционных залов, мощной анестезиологии и реаниматологии, они оперируют и новорожденных, и 80-летних! Так сейчас во всем мире, а у нас – как и во всем мире! ☺



Предложен метод лечения гипертонии без таблеток



Короткий импульс электромагнитного излучения, направленный на почки, может помочь людям, страдающим гипертонией и не реагирующим на медикаментозное лечение.

Результаты исследований в этой довольно экзотической области медицины, опубликованные в журнале *Lancet*, свидетельствуют, что направленный импульс избирательно нарушает передачу сигналов по нервам, ведущим к почкам, которые играют ведущую роль в регулировании кровяного давления.

Хотя новый метод лечения гипертонии находится на стадии клинических испытаний, медики указывают, что в будущем он сможет помочь сотням тысяч гипертоников. Примерно половина из них в настоящее время не реагируют на лекарственное лечение. Отчасти это происходит от того, что часто пациенты забывают принимать лекарства каждый день. Но примерно пятая их часть просто не чувствительна к снижающим давление препаратам.

Гипертония широко распространена во всех странах мира, а в Англии от нее страдает каждый третий взрослый. Медики считают, что новый метод лечения позволит таким пациентам лучше контролировать свое состояние, что снизит риск инсультов и инфарктов.

Группа австралийских медиков во главе с профессором Мюрреем Эслером из Института сердца и диабета в Мельбурне уже в течение нескольких лет проводит испытание этого метода. Чтобы добраться до почки, врачи используют катетер или длинную тонкую трубку, которая вводится в артерию в паху пациента и продвигается к почке. После этого катетер подключается к генератору излучения в радиодиапазоне. Короткий импульс та-

кого излучения нарушает работу части нервов в стенках почечных артерий.

Прекращение подачи сигналов, передаваемых этими нервными окончаниями, приводит к снижению давления крови. Австралийские исследователи провели испытания этого метода на более чем 100 пациентах в 24 медицинских центрах в разных странах. Они обнаружили, что метод снижает давление примерно на 10 мм рт. ст. Этого недостаточно, чтобы полностью нормализовать давление, но значительно сокращает факторы риска при очень высоком давлении. Кроме того, не обнаружено практически никаких противопоказаний к применению этого метода.

Спустя полгода после лечения 41 из 49 пациентов (84%), прошедших лечение по новому методу, продолжали демонстрировать устойчивое снижение давления на 10 мм рт. ст. и более. В контрольной группе таких результатов удалось добиться лишь у 18 из 51 пациента (35%). Первые пациенты в Британии прошли эту новаторскую терапию в больнице Бартс в Лондоне год назад. Комментируя результаты исследования, профессор Джереми Пирсон из Британского фонда исследований болезней сердца сказал: «Эти испытания открывают новые многообещающие пути к лечению гипертонии, которая не поддается лекарственным методам».

Источник: Bbc.co.uk

Громкий храп и бессонница предсказывают развитие метаболического синдрома



Громкий храп и два общих признака бессонницы – трудности с засыпанием и сохраняющаяся после сна усталость – в значительной мере предсказывают развитие метаболического синдрома.

Риск развития метаболического синдрома в течение 3-летнего периода наблюдений в исследовании Университета Питтсбурга был более чем в два раза выше у взрослых, которые сообщили о частом громком храпе во время сна. Риск также был увеличен на 80% у людей, которые имели трудности с засыпанием, и на 70%

у тех, кто не чувствовал бодрости после сна. Трудности с дыханием во время сна и засыпанием могут служить первичными симптомами нарушений метаболизма и, следовательно, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и инсульта, говорят врачи.

Медики выяснили на примере обследования 812 человек от 45 до 74 лет, что громкий храп весьма вероятно предсказывает развитие повышенного содержания сахара в крови и низкого уровня «хорошего» холестерина – в 2 раза в обоих случаях. Громкий храп может являться главным причинным фактором риска кардиометаболической дисрегуляции, повышающим риск метаболических расстройств в 3 раза, заключили американские кардиологи.

Источник: Ami-tass.ru

Высокочувствительный анализ крови на С-реактивный белок у больных с повышенным артериальным давлением (АД) не дает четких указаний, кому из них следует принимать статины для снижения уровня холестерина.

В крупном исследовании показано, что с учетом прочих факторов риска инфаркта миокарда уровень С-реактивного белка не привносит какой-либо важной информации при оценке риска.

По мнению исследователей, дорогостоящий анализ на С-реактивный белок не стоит затрат ни времени, ни усилий, так как предсказательная ценность его результатов низка. Недавно опубликовано исследование, доказавшее, что лучевое исследование сердца с большей точностью диагностирует уплотнения в стенках коронарных артерий и позволяет предсказать успех при приеме такими больными статинов.

Доктор Дональд Ллойд-Джонс (Donald Lloyd-Jones) и его коллеги из Северо-Западного университета проанализи-

С-реактивный белок плохо предсказывает инфаркты и инсульты

ровали данные более 4800 больных в Великобритании, принявших участие в исследовании, в котором сравнивалась эффективность снижения уровня холестерина при приеме аторвастатина и плацебо. Перед началом исследования всем больным провели анализ крови на уровень холестерина ЛПНП и С-реактивного белка.

За 5,5 лет среди участников было зарегистрировано почти 500 инфарктов и инсультов. Группа д-ра Ллойд-Джонса сравнила показатели С-реактивного белка у этих больных и 1367 участников, у которых не было проблем с сердцем. Выяснилось, что определенные уровни холестерина и С-реактивного белка действительно предсказывали инфаркты миокарда и инсульты. Но после



учета таких традиционных факторов риска, как АД и курение, уровень С-реактивного белка мало что добавлял к прогнозу. ☺

Источник: Abbottgrowth.ru

У детей, не имеющих по тем или иным причинам достаточно времени для сна, возрастает опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты исследований этой проблемы представил на проходящем в Монреале Конгрессе по проблемам сердечно-сосудистых заболеваний педиатр Брайан Маккриндл из детской больницы в Торонто.

Он провел обследование 1600 учеников 9-х классов в возрасте 14–15 лет и выяснил, что основными причинами недостаточной продолжительности сна является излишнее время, проведенное у телевизора, за компьютерными играми и в социальных сетях. Из-за недостаточного для полноценного отдыха сна, считает он, у детей развивается ожирение, что в свою очередь становится существенным фактором, способствующим повышению артериального давления и увеличению содержанию холестерина в крови.

«Дети в этом возрасте просто не осознают, насколько важен для них правильный сон, – подчеркнул Брайан Маккриндл. – Но мы, как специалисты, знаем, что трое из четверых детей, имеющих проблемы с лишним весом, вырастают в людей, страдающих от ожирения. И хотя мы еще не учитываем все факторы, есть ве-

У детей, не имеющих достаточно времени для сна, возрастает опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний

ские основания полагать, что существует взаимосвязь между недостатком сна и ухудшением состояния здоровья в более старшем возрасте».

Этот вывод подкрепляется результатами другого исследования, также представленного на конгрессе в Монреале. Согласно данным педиатра Кевина Гарриса из детской больницы в Ванкувере, у детей, имеющих избыточный вес, происходит сужение сосудов, появляются признаки нарушения циркуляции крови и возрастает угроза сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Между тем, согласно данным канадских педиатров, за последние 25 лет число детей с избыточным весом утроилось. В среднем, почти каждый третий молодой канадец в возрасте от 12 до 17 лет имеет избыточный вес. Поэтому, как отметил в своем выступлении на конгресс-



се Джордж Оно из Фонда исследований сердечно-сосудистых заболеваний, эти данные должны стать тревожным звонком как для подростков, входящих в группу риска, так и для их родителей. ☺

Источник: Ami-tass.ru



Пища с низкой жирностью может быть опасна для сердца и сосудов



На ежегодной Конференции по питанию и пищевым продуктам, которую Американская диетологическая ассоциация проводит в Бостоне, учеными

была представлена поразительная информация о том, что пища с низкой жирностью может быть опасна для сердца и сосудов.

Таким образом, ряд продуктов, которые мы традиционно считаем полезными для здоровья, могут на деле не являться таковыми и даже наносить вред сердечно-сосудистой системе. Некоторые ученые даже готовы призывать врачей рекомендовать больным не обезжиренные продукты, а пищу с нормальным содержанием жиров.

В последние годы американцы выше всякой меры озабочены проблемой жирности продуктов, употребляемых в пищу. С одной стороны, это хорошо, поскольку на этом фоне

многие люди уменьшили содержание в рационе продуктов, богатых насыщенными жирами, таких как цельное молоко, красное мясо, сыр, мороженое.

Но с другой стороны, их место заняли углеводистые продукты с высоким гликемическим индексом, что отнюдь не полезно и даже вредно для сердца. В исследованиях показано, что обезжиренное мороженое, заправки для салатов, сметана, печенье на самом деле повышают риск инфаркта миокарда на 30%.

Лучшим вариантом питания, по мнению ученых, следует считать средиземноморскую диету, которая делает акцент на «хороших», полезных жирах и одновременно содержит мало «плохих» жиров. Чтобы приблизить свой рацион к средиземноморскому, в него рекомендуется добавлять больше орехов, авокадо и других овощей. ☺

Источник: Abbottgrowth.ru

Возрастное снижение уровня тестостерона повышает риск заболеваний сердца

Исследователи из Медицинской школы Шеффилдского университета, наблюдая за 930 мужчинами с нездоровой коронарной артерией, выявили, что у каждого четвертого имеется недостаточность тестостерона, а вероятность ранней смерти выше, чем у их ровесников с нормальным уровнем тестостерона, пишет журналист и врач Марк Портер. Тем самым опровергнуто традиционное

мнение, что мужчины чаще страдают болезнями сердца, так как их не защищает женский гормон – эстроген.

По мнению автора, новые выводы ученых означают, что компенсация дефицита тестостерона может предотвратить сердечные заболевания. Между тем у большинства мужчин уровень тестостерона начинает снижаться после 40 лет – правда, постепенно, примерно на 1%

в год, что несравнимо с резким климаксом у женщин. И все же у каждого третьего мужчины старше 60 лет уровень тестостерона ниже идеального.

У гормонозаместительной терапии есть свои минусы: возможное провоцирование опухолей предстательной железы, угри, агрессивность, снижение детородной способности. Пока же автор советует мужчинам вести активный образ жизни и пить поменьше спиртного. «Пьянство может повлечь за собой гормональный дисбаланс и появление женоподобных признаков», – поясняет он. ☺

Источник: Inopressa.ru

Рекомендации по кардиореабилитации от Европейского общества кардиоваскулярной профилактики и реабилитации



Эксперты секции кардиологической реабилитации Европейского общества кардиоваскулярной профилактики и реабилитации разработали стратегию вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В ее основе лежит программа кардиологической реабилитации, которая

носит комплексный, многогранный и мультидисциплинарный характер. В ней выделены следующие основные компоненты: оценка состояния пациента, консультации по физической активности, физические тренировки, консультации по питанию/диете, контроль массы тела, мониторинг уровня липидов и артериального давления, отказ от курения, психосоциальная помощь. Ключевыми компонентами кардиореабилитации являются консультации по физической активности и физические тренировки. ☺

Источник: medscape

EURIKA: первые результаты

Компания «АстраЗенека» объявила первые результаты исследования EURIKA (Эпидемиологическое исследование пациентов с риском сердечно-сосудистых заболеваний в Европе: профилактика и лечение в ежедневной практике) на 13-м Европейском конгрессе ISPOR в Праге 8 ноября 2010 г. в рамках постерной сессии.

Традиционные факторы риска, такие как артериальная гипертензия, дислипидемия и сахарный диабет, обуславливают существенный прирост смертности от коронарной патологии, который можно было бы устранить путем реализации мер первичной профилактики.

Основная цель исследования EURIKA – оценка воздействий на факторы сердечно-сосудистого риска в повседневной клинической практике и определение областей потенциального совершенствования их первичной профилактики в ряде европейских стран.

Исследование EURIKA проводилось в 2009 г. в 12 европейских странах (Австрии, Бельгии, Франции, Германии, Греции, Норвегии, России, Испании, Швеции, Швейцарии, Турции и Великобритании). В нем принял участие 7641 амбулаторный пациент в возрасте 50 лет и старше. Причем у

участников не было клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и присутствовал как минимум один из основных факторов риска ССЗ.

Цели лечения и определения факторов риска были сформулированы на основании Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ 2007 г. Для определения риска ССЗ использовали систему оценки риска SCORE (Системная оценка риска развития ССЗ, Systematic Coronary Risk Evaluation).

На основании комплексной оценки соотношений оцениваемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и соотношений рисков смерти от ССЗ рассчитывали добавочный риск смерти от ССЗ, обусловленный воздействием отдельных факторов риска. Таким образом, было выявлено, что для пациентов, продолжающих курить, скорректированный добавочный риск сердечно-сосудистой смерти составил 17,3% (от 13,7 до 24,9% в разных странах), в то время как для бывших курильщиков – 2,4% (от 1,4% в России до 3,3% в Великобритании). Кроме того, при наличии дислипидемии скорректированный добавочный риск составил 25,9% (от 17,2% в Турции до 31,3% в Греции), а при артериальной гипертензии – 22,8% (от

21,3% в Греции до 24,8% в России и Швеции).

Таким образом, результаты данного исследования подтверждают рекомендации, изложенные в Европейских рекомендациях по первичной профилактике ССЗ, так как:

- при коррекции факторов риска ССЗ во многих случаях (около 60%) адекватная компенсация имеющихся нарушений не достигается;
- даже при достижении целевых показателей отдельных факторов риска во многих случаях сохраняется высокий остаточный риск ССЗ;
- меры по изменению образа жизни, как правило, реализуются недостаточно полно.

Следует отметить, что в разных странах степень коррекции факторов риска существенно различается, что свидетельствует о необходимости дальнейшей работы и улучшения ситуации в странах с плохими показателями. Кроме того, после коррекции основных факторов риска у многих пациентов сохраняется довольно высокий остаточный риск ССЗ, поэтому также необходимо предпринимать определенные меры. ☺

Источник: пресс-релиз компании

Все лидеры фармацевтического рынка на первой конференции года



VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ БИЗНЕС В РОССИИ 2011

8–9 февраля, Swissôtel, Конференц-центр

Скидки при ранней регистрации и для представителей регионов

ГЛАВНОЕ О КОНФЕРЕНЦИИ:

- Более 400 участников
- Аналитическая панель: **первые итоги года**
- Нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. **Переоформирование российского регулятора**
- **Дискуссия генеральных директоров компаний – лидеров рынка. Приоритеты ведущих игроков фармацевтического рынка**
- Специальная сессия: **этика и ответственность** фармацевтического бизнеса
- **Эффективные пути** взаимодействия производителей, дистрибуторов и аптечных сетей. Будущее дистрибуции и фармацевтической розницы
- **Инвестиционная привлекательность** российского фармрынка. Возможности для финансирования развития
- **Инновации** в фармацевтике

А ТАКЖЕ:

- **Личная вовлеченность** участников: открытые дискуссии, голосование по самым актуальным вопросам, бизнес-завтрак, возможность организации переговоров
- Широкие возможности для **неформального общения**
- **Портрет аудитории:** представители регуляторов, первые лица российских и международных фармацевтических производителей, компаний дистрибуторов, аптечных сетей, а также представители общественных организаций и СМИ

Больше подробная информация по телефону +7 (495) 995 80 04 или на сайте www.pharma-conf.ru

Организатор:



При поддержке:



Генеральный информационный партнер:



Официальный информационно-аналитический партнер:



Информационные партнеры:





Рафаэль Оганов: «Во всем мире лечат в соответствии с рекомендациями профессиональных обществ»

Итоги прошедшего Российского национального конгресса кардиологов для каждого из многочисленных участников данного мероприятия, конечно, существенно различаются. Практикующие врачи узнали об актуальных методах ведения больных и свойствах современных препаратов для лечения ССЗ, фармкомпании представили свои новые препараты. А как Конгресс выглядел, если посмотреть на него «сверху», с точки зрения Президиума Всероссийского научного общества кардиологов? Об этом и многом другом мы расспросили академика РАМН, профессора Рафаэля Гегамовича Оганова, президента Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК).



Рафаэль Гегамович, расскажите, пожалуйста, о Российском национальном конгрессе кардиологов и о его значении в профессиональной среде.

Конгресс – это традиционное для ВНОК мероприятие, проводимое каждый год. На нем обсуждаются практически все основные вопросы, существующие в кардиологии: это и фундаментальные исследования, и клинические исследования, и профилактические программы, и вопросы организации кардиологической помощи. В общем, все, что интересует практикующих врачей и организаторов здравоохранения сегодня. Если говорить о тех вопросах, которые обсуждались на первом пленарном заседании, то они были посвящены нарушениям ритма сердца при кардиологических заболеваниях. Было два лектора: профессор С.П. Голицин выступал с позиции кардиолога-терапевта и профессор А.Ш. Ревитский рассматривал ситуацию с точки зрения кардиохирурга. На других заседаниях много внимания уделялось вопросам ведения пациен-

тов с острым коронарным синдромом, артериальной гипертензией, а также возможностям профилактической кардиологии.

Я бы хотел отметить, что Конгресс, состоявшийся в этом году, был особо посещаем врачами. По официальным данным, у нас было 3700 участников практически из всех регионов России. В действительности же на Конгрессе присутствовало гораздо больше врачей. Дело в том, что мы предварительно раздаем приглашительные билеты, и по ним можно пройти, не регистрируясь. Но то, что количество участников было гораздо больше, чем в предыдущие годы, было видно невооруженным глазом.

Пожалуй, самым главным отличием последнего Конгресса от аналогичных мероприятий предыдущих лет стал возросший интерес зарубежных профессиональных обществ. Прошли 2 заседания с Американской коллегией кардиологов, одно из них было посвящено коронарному синдрому, второе – профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Состоя-

Всероссийское научное общество кардиологов

лось заседание совместно с Европейским обществом кардиологов, темой этого мероприятия стала сердечная недостаточность. Было заседание и с турецкими коллегами, кроме того, в Конгрессе приняли участие врачи-кардиологи из бывших союзных республик. Словом, Российский национальный конгресс кардиологов с международным участием полностью оправдал свое название, иностранных специалистов было действительно много.

Какие именно мероприятия, вошедшие в программу Конгресса, показались вам наиболее интересными?

Прошли заседания двух профильных комиссий, одно по кардиологии, которое вел академик Е.И. Чазов, второе по профилактической медицине. Последнее вел я сам. Обсуждались на них в основном организационные вопросы. На комиссии по профилактической медицине в первую очередь рассматривались проблемы, связанные с работой недавно организованных центров здоровья.

Пожалуйста, расскажите о них чуть подробнее.

Центры здоровья – это созданные приказом Минздравсоцразвития России 502 учреждения, которые должны заниматься формированием здорового образа жизни и первичной профилактикой неинфекционных заболеваний. Непосредственно к лечению кардиологических больных они отношения не имеют, у центров здоровья другие задачи: они нацелены на работу с людьми без симптомов сердечно-сосудистых или других неинфекционных заболеваний.

Если на предыдущих заседаниях комиссий по профилактической медицине говорилось преимущественно о том, что нужно для успешной профилактики, то сейчас ситуация существенно изменилась. Были выделены средства, было закуплено оборудование для центров здоровья, эти учреждения начали функционировать, но,

разумеется, на начальных этапах работы всегда возникает ряд организационных сложностей, а также вопросов, касающихся подготовки специалистов. Именно решение этих проблем и обсуждалось на заседании комиссии по профилактической медицине, которое состоялось в рамках Конгресса ВНОК.

«Профилактическая медицина» – очень широкое понятие, у которого нет четких границ, – это проведение эпидемиологических исследований, изучение распространенности факторов риска, их связи с заболеваниями, разработка различных прогностических компьютерных программ, которые позволяют точно определить прогноз конкретного пациента, это мероприятия по формированию здорового образа жизни, немедикаментозной и медикаментозной коррекции имеющихся факторов риска как у практически здоровых людей, так и среди уже страдающих ССЗ, это выявление и лечение ранних стадий заболеваний.

Будем надеяться, открывшиеся центры здоровья помогут улучшить ситуацию с профилактикой ССЗ во всех регионах нашей страны. Кстати, что Вы можете сказать о ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом по стране?

Ситуация в России хуже, чем, например, в Западной Европе. Хотя с 2003 года у нас наблюдается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15–17%. Если говорить о динамике показателей, то в Европе стабильное снижение смертности от ССЗ идет уже на протяжении 20–30 лет, у нас же эта тенденция наметилась лишь 7 лет назад. Более того, пока нельзя даже с уверенностью утверждать, что это улучшение будет стабильно продолжаться.

Чем обусловлено это снижение в России?

Сложно дать однозначный ответ, чтобы утверждать определен-

но, нужно было проводить специальное исследование. Скорее всего, основных факторов два: улучшение социального и экономического положения в стране и улучшение деятельности службы здравоохранения.

Какова в нашей стране ситуация с препаратами кардиологического профиля?

Если во времена СССР у нас было мало эффективных лекарственных средств, то сегодня мы столкнулись с ровно противоположной проблемой: лекарств слишком много, порой врачу трудно определить, какие из препаратов (особенно если добавить сюда дженерики) следует назначать в конкретной ситуации. И задача профессиональных обществ – помочь врачам при решении данного вопроса.

Клинические исследования препаратов, предназначенных для лечения ССЗ, – проводятся ли они в достаточном количестве в России?

В России сейчас проводится достаточно много клинических исследований, надо сказать, что уровень этих исследований в последнее время значительно вырос. Я думаю, что это произошло во многом благодаря тому, что наши центры и больницы стали участвовать в международных многоцентровых исследованиях. Западные компании охотно проводят исследования в России, потому что у нас легче набрать пациентов, у нас люди охотнее соглашаются. Бесплатные обследования и лекарства, длительные врачебные наблюдения, конечно, являются весомым аргументом для участия людей в этих программах.

Лично я вижу много положительного в проводимых на территории РФ клинических испытаниях, главное, чтоб они велись правильно с методической точки зрения, с использованием принципов доказательной медицины, и чтобы в ходе исследований создавалась надежная доказательная база.



Всероссийское научное общество кардиологов



Как Вы считаете, новые рекомендации ВНОК смогут помочь врачам разобраться в многообразии существующих на рынке средств для лечения ССЗ? Что Вы можете сказать об этих рекомендациях?

Новые рекомендации (или обновленные версии более ранних документов) выпускаются кардиологическим обществом каждый год. Из того, что было сделано в этом году, наиболее значимыми мне показались рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Основная сложность с такими пациентками в том, что их проблемы лежат на стыке сразу нескольких областей медицины: и кардиологии, и акушерства и гинекологии, и педиатрии, и терапии. А для успешного лечения необходимо достичь определенной согласованности в действиях всех этих специалистов. Именно для этого они создавались, для этого они и будут использоваться. В их создание весомый вклад внесла профессор Р.И. Стрюк, за что ей большая благодарность.

Как, на Ваш взгляд, организованная работа с кардиологическими больными в регионах России? Сильно ли они отстают от Москвы?

В целом по стране ситуация неоднородная, но сейчас в регионах создаются достаточно хорошие профильные учреждения. Я был в новых центрах в Санкт-Петербурге, Новосибирске, Краснодаре, Кемерово, они достаточно мощные и современные. А вот количество этих центров для нашей страны явно недостаточно, пока они являются лишь отдельными точками на карте. Благодаря тому, что в последние годы начали создаваться сосудистые центры, география расширилась, но все равно для России имеющих высокотехнологичных кардиологических учреждений пока недостаточно. В идеале их сеть должна быть организована так, чтобы пациента из любой точки области, города могли быстро довести до специализированного ЛПУ, ведь в кардиологии при лечении острых ситуаций решающую роль играют первые часы.

Что Вы можете сказать о съезде кардиологов Приволжского федерального округа, прошедшем в ноябре этого года в Самаре?

На мой взгляд, съезд был проведен на достаточно высоком уровне, на нем присутствовали представители не только При-

волжского региона, но и других краев и областей. Конечно, программа съезда во многом пересекалась с программой нашего московского Конгресса. Но ведь в Москву могут приехать далеко не все специалисты, а актуальная информация нужна всем специалистам, так или иначе занимающимся лечением пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Информации по препаратам на сегодняшний день так много, что врач практически не в состоянии проанализировать, что действительно является новым и качественным, а что – просто реклама. И в решении данной проблемы как раз могут помочь региональные съезды и конгрессы, ведь даже если конкретный врач не узнает ничего нового лично для себя, он сможет убедиться, что правильно организовал свою работу.

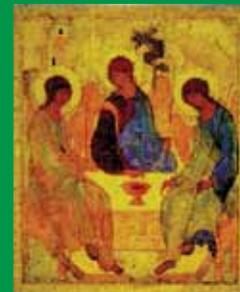
Каково участие фармкомпаний в научной программе кардиологических конгрессов?

По согласованию с Оргкомитетом Конгресса фармкомпании обычно участвуют в организации так называемых спонсорских симпозиумов, на которые они приглашают в качестве лекторов ведущих специалистов по конкретному вопросу. Эти симпозиумы не являются «прямой» рекламой препаратов, на них обсуждается проблема. На этих симпозиумах, как правило, рассматриваются результаты качественных клинических исследований с оценкой эффективности различных препаратов, в том числе и тех, которые производятся или продаются данной фармкомпанией. В первую очередь это образовательные симпозиумы, а не рекламные. Наши врачи достаточно образованные и на чисто рекламный симпозиум не пойдут, фирмы это хорошо понимают, когда участвуют в организации спонсорских симпозиумов. Такая практика существует во всем мире. ☺

*Материал подготовила
А. Лозовская*



XVIII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



11–15 апреля 2011 года г. Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Хронические неинфекционные заболевания человека: профилактика, лечение, мониторинг, стратегии сокращения факторов риска ■ Первичная медико-социальная помощь: пути совершенствования ■ Медицинская этика, деонтология, мораль современного врачебного сообщества ■ Стратегия и тактика лечения основных заболеваний человека с позиций доказательной медицины ■ Инновационные технологии профилактики и оказания медицинской помощи детям ■ Новые технологии диагностики и терапии инфекционных заболеваний ■ Актуальные вопросы неврологии и психиатрии ■ Эндокринологические заболевания в акушерско-гинекологической практике ■ Безопасность применения лекарственных средств ■ Информационные технологии в медицине

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

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Ревматология
- Неонатология
- Артериальная гипертония
- Эндокринология (сахарный диабет)
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Гастроэнтерология
- Онкология
- Педиатрия (кардиология)
- Пульмонология
- Гематология (клиническая гемостазиология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

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

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- «Лечение 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» (XII выпуск)

<i>Прием документов</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.10	30.12.10
Тезисы	01.09.10	15.12.10
Конкурсные работы	01.09.10	18.01.11
Регистрационные карты	01.09.10	05.04.11
Заявки на участие в выставке	01.09.10	11.03.11

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»



ВНОК рекомендует

Подготовка и издание Национальных клинических рекомендаций, служащих стандартом оказания кардиологической помощи в России, – одно из основных направлений деятельности Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК). Ведущие кардиологи страны, крупнейшие научно-исследовательские учреждения объединяются для того, чтобы собрать обширный клинический опыт работы отечественных клиник, данные многоцентровых научных исследований и отразить согласованную позицию по актуальным вопросам современной кардиологии в Национальных рекомендациях.



В этом году российским кардиологам были представлены следующие Национальные рекомендации: «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности», «Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. Третий пересмотр», «Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Четвертый пересмотр». Их обсуждение и утверждение состоялось на заключительном пленарном заседании Российского национального конгресса кардиологов. «Я остановлюсь лишь на основных моментах тех изменений,

которые привнесены в новые Рекомендации. Исходя из пожеланий врачей, в первую очередь мы решили упростить таблицу стратификации риска, выделив графы артериальной гипертензии 1-й, 2-й и 3-й степени. Но в основном все осталось по-прежнему – высокий и очень высокий риск. Также выделяются большие со средним и низким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений. Целевые уровни артериального давления мы решили либерализовать и привести в соответствие с новыми европейскими рекомендациями», – так

начала свое выступление Ирина Евгеньевна Чазова, д.м.н., профессор, руководитель отдела системных гипертензий ИКК им. А.Л. Мясникова ФГУ РК НПК Росмедтехнологий, президент Российского общества артериальной гипертензии, представлявшая участникам Конгресса четвертый пересмотр Национальных рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Она подробно остановилась на основных и дополнительных классах лекарственных средств, рекомендуемых при лечении артериальной гипертензии, подчеркнув, что были расширены преимущественные показания для сартанов. В вопросе выбора между комплексной и монотерапией экспертами решено основываться только на уровне риска. При высоком и очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется начинать комбинированную терапию с двух препаратов. Раздел, касающийся комбинированной терапии, к слову сказать, в новых Рекомендациях значительно расширен, а представленные в нем таблицы помогут врачам легко ориентироваться во множестве комбинаций, предлагаемых повседневной клинической практикой (некоторые из них отличаются от европейских рекомендаций).

Российский национальный конгресс кардиологов

О Рекомендациях по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности участникам Конгресса рассказала Раиса Ивановна Стрюк, д.м.н. профессор, руководитель кафедры внутренних болезней и ревматологии МГМСУ: «Актуальность этих Рекомендаций продиктована жизнью. В России каждая десятая женщина из 100 беременных страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. После представления проекта этих Рекомендаций на предыду-

щем Конгрессе началось их масштабное обсуждение самым широким кругом профессиональной общественности (кардиологами, акушерами-гинекологами, кардиохирургами) на международных, всероссийских и региональных конференциях, и рабочая группа внесла в документ ряд замечаний и предложений».

Рекомендации охватывают самый широкий спектр кардиоваскулярной патологии, встречающейся у женщин репродуктивного возраста, и прежде всего артериаль-

ной гипертонии, частота которой, по данным ВОЗ, составляет около 20%. Важность этой проблемы докладчик подтвердила собственными наблюдениями.

При работе над Рекомендациями много споров у специалистов вызвала классификация артериальной гипертонии (гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия у женщин до наступления беременности, гестационная артериальная гипертония, которая индуцирована беременностью, преэклампсия и т.д.).

Мнения

Р.Г. ОГАНОВ,

д.м.н., профессор, академик РАМН, директор государственного НИЦ профилактической медицины Минздрава России, президент ВНОК, председатель Оргкомитета Конгресса

Рафаэль Гегамович, каковы Ваши первые впечатления о работе Конгресса?

Как и планировалось, Конгресс собрал ученых, организаторов здравоохранения, практикующих кардиологов, кардиохирургов и врачей других специальностей – всех, кого волнуют проблемы кардиологии. И их немало! Это самое первое впечатление.

К этому можно отметить, наверное, еще два аспекта. В этом году на церемонии открытия Конгресса было объявлено о сотрудничестве профессионального общества кардиологов с политической партией «Единая Россия». Пожалуй, таких альянсов еще не было. Николай Федорович Герасименко (первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья ГД, д.м.н., академик РАМН) рассказал о проекте «Здоровое сердце», который с огромным успехом реализуется в разных городах страны. У нас появилась возможность объединить политический и профессиональный ресурсы.

Второй аспект касается докладов на пленарном заседании. На различных форумах мы регулярно обсуждаем гипертонию, ишемическую болезнь, острый коронарный синдром и другие патологии, а нарушение ритма незаслуженно обойдено вниманием. Вот мы и исправили ситуацию, вынеся ее на пленарное заседание. Проблемы нарушения ритма сердца очень актуальны, и практикующие врачи, к сожалению, плохо знают, как их лечить и особенно как предупреждать различные пароксизмы. А докладчики, С.П. Голицин и А.Ш. Ревиншвили, осветили проблему с двух позиций – кардиотерапевта и кардиохирурга. Я думаю, они помогли аудитории создать полное представление о реалиях и перспективах развития этой области кардиологии.

То есть пленарное заседание уже задало основную тему Конгресса – «реалии и перспективы»?

Вполне. Фармакотерапия стала очень мощной. Сегодня она успешно конкурирует с любым методом (включая ангиопластику, стентирование и пр.). Но здесь важно подчеркнуть: чтобы достигнуть успеха в медикаментозном лечении, врачам нужно придерживаться тех принципов, которые изложены в Национальных рекомендациях.

Надо отметить, в этом году на Конгрессе много практикующих врачей. Есть надежда, что рекомендации ВНОК и исследовательские разработки нашли своего конкретного адресата?

Мы договариваемся с руководством здравоохранения Москвы и области, других регионов, чтобы они по возможности отпускали врачей на такие мероприятия. Сегодня огромное информационное поле, многие врачи просто не в состоянии все охватить, тем более что публикуемая информация весьма противоречива, а врачу просто некогда ее анализировать... Поэтому такие аналитические выступления, как на нынешнем Конгрессе, очень полезны для врачей.



Потребовалось достаточно усилий, чтобы определиться и с началом медикаментозной терапии (так как назначение любого лекарственного препарата во время беременности ассоциируется с его влиянием на состояние плода). В Рекомендациях также рассмотрены вопросы родоразрешения этих пациенток, их ведения в послеродовом периоде и в период лактации.

Второй большой раздел Рекомендаций посвящен порокам сердца, в том числе и врожденным, представляющим высокую опасность для сохранения жизни женщины и плода. И к слову сказать, в них отмечено, что беременность в ряде случаев не является противопоказанием для кардиохирургического вмешательства. Ведение беременных с механическими протезами клапанов сердца, у которых осложнения составляют очень большой процент, также не оставлено без внимания в Рекомендациях.

Безусловно, в этом руководстве обстоятельно рассмотрены вопросы назначения лекарственных средств. Докладчик обратила внимание участников Конгресса на использо-

вание в практике ведения этой категории пациентов антикоагулянтов, в том числе и низкомолекулярных, которые европейскими рекомендациями предложены в 2005 г., американскими – в 2006 г., а нашими – лишь сейчас.

Большой раздел Рекомендаций посвящен диагностике и лечению нарушений сердечного ритма (при этом диагнозе врачи рекомендуют женщине прервать беременность). Представлены методы диагностики и лечения аритмии.

А Рекомендациям по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности третьего пересмотра было посвящено сообщение Евгения Владимировича Шляхто, д.м.н., члена-корреспондента РАМН, директора Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, главного кардиолога Росздрава в Северо-Западном федеральном округе, директора НИИ кардиологии МЗ РФ, заведующего кафедрой факультетской терапии СПбГМУ им. И.П. Павлова.

«Нет необходимости говорить о злободневности проблемы – от про-

грессирующей хронической сердечной недостаточности умирает около 1 млн больных», – начал свое выступление докладчик и подробно остановился на роли нейрогуморальных механизмов в развитии этой патологии, на связи между частотой сердечных сокращений и повышенным риском неблагоприятного исхода у пациентов. Собственно, по его мнению, это и стало «поводом и основой для модернизации имеющихся Рекомендаций по ведению таких больных».

В Рекомендациях в качестве стратегии ведения больных с хронической сердечной недостаточностью отмечена необходимость снижения частоты сердечных сокращений и предложено (в числе прочих ЛС) более широкое использование новых препаратов класса бета-адреноблокаторов, которые в значительно меньшей степени отягощены противопоказаниями, побочными эффектами и успешно внедряются в клиническую практику.

Профессор Шляхто на примере последних исследований нового и перспективного класса антиангинальных препаратов –

Мнения

И.Е. ЧАЗОВА,

д.м.н., профессор, руководитель отдела системных гипертензий, Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росздрава

Очередной кардиологический Конгресс называется «Реалии и перспективы кардиологии». Насколько удалось раскрыть эту тему?

За три дня работы просто технически невозможно обсудить все новое, что происходит сегодня в кардиологии. Для полного раскрытия этой темы и месяца не хватит – задача была поставлена грандиозная. Но основные проблемы, болевые точки современной кардиологии Конгресс, безусловно, обозначил. А самое главное, я думаю, форум ответил на вопрос, что нам делать в научном и в практическом плане, чтобы улучшить положение в нашей стране с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью. И еще один важный момент: к решению этих проблем Конгресс привлекает внимание врачей других специальностей – эндокринологов, пульмонологов, гинекологов...

Какое место занимает фармакотерапия в современной кардиологии вообще и в лечении артериальной гипертензии в частности?

К сожалению, очень большое значение. Почему к сожалению? Потому что лекарственная терапия – это лечение заболевания уже в развернутой стадии. А мне бы хотелось, чтобы в самом ближайшем будущем мы обсуждали профилактическое направление. Это, безусловно, требует более раннего выявления заболевания. Сегодня на нашем Конгрессе много симпозиумов, посвященных лекарственному лечению больных с артериальной гипертензией, и мало – профилактике. Надеюсь, в скором времени на кардиологических форумах она будет представлена более обширно.



If-ингибиторов (единственный представитель – ивабрадин) – обратил внимание слушателей на то, что фармакология нынешнего века развивается стремительно, заставляя медицинских специалистов активно изучать ее достижения: «Я думаю, что те компоненты меди-

каментозной терапии, которые мы рекомендуем сегодня, уже в ближайшее время будут пересмотрены и изменены. Но демонстрация быстрого продвижения препарата из экспериментальных исследований в повседневную клиническую практику говорит лишь о торжестве

традиционной медицины, позволяющем нам получать максимальный эффект от перехода достижений фундаментальной науки в повседневную диагностическую и лечебную технологию». ☺

*Материал подготовила
Н. Токарева*

Мнения

Ф.Г. РЕВЗОВ,

к.м.н., врач-аритмолог, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН

Многие подчеркивают, что нынешний Конгресс – один из немногих, уделяющий серьезное внимание аритмиям. Насколько, на Ваш взгляд, эта проблема актуальна сегодня?

Безусловно, чрезвычайно актуальна. Аритмий как таковых много, в комбинации с ними идет значительное количество сердечных патологий. Наша задача – вылечить не только саму патологию, но и сопутствующую патологию в виде аритмий.

60% аритмий сопряжены с фибрилляцией предсердия. Лечение фибрилляции предсердий – одна из наиболее важных задач современной кардиохирургии и кардиологии – около 10 млн пациентов в России страдают от этой патологии. Кардиолог должен знать, каким образом подходить к таким больным, какие новые хирургические и нетрадиционные технологии можно применять в их лечении.

Вы известный хирург, а в своем докладе значительное место уделили фармакотерапии. На Ваш взгляд, каково место лекарственных средств в аритмологии?

Выбор фармацевтических препаратов год от года расширяется. Растет их эффективность, безопасность. Ни один современный кардиохирург не может обойтись без фармакологической поддержки. В любом случае – оперируем ли мы пациента хирургически или нетрадиционно – он получает антиаритмические, антикоагулянтные препараты в послеоперационный период. Поэтому без фармакологии нам никоим образом не обойтись.

Вы часто выступаете на профессиональных форумах, делитесь своим опытом. А что дает лично вам присутствие на подобных семинарах?

На этом Конгрессе я, к примеру, многое узнал о коагулянтах, которые только вводятся в клиническую практику.

Н.М. ВОРОБЬЕВА,

старший научный сотрудник лаборатории научной генетики Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова

Наталья, поздравляем Вас с победой в конкурсе молодых ученых! Как называется Ваша работа, представленная на конкурс?

«Независимые предикторы повышения D-димера у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями без тромбоэмболических осложнений». Спасибо за поздравление.

Где проводили исследование?

Работа выполнена на базе Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова Российского кардиологического научно-производственного комплекса.

В работе Конгресса принимали участие?

Да. У меня был доклад в секционном заседании.

А как Вы думаете, практикующим врачам интересны исследовательские работы, обнародованные на этом Конгрессе?

Конечно! Уверена, что врачи будут использовать полученную информацию в своей работе.



Мужчины и женщины: разные гормоны – одинаковые проблемы

Научная программа Российского национального конгресса кардиологов в этом году была традиционно насыщена и, как всегда, посвящена важнейшим достижениям науки, новым направлениям в исследованиях, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Организаторы форума к обсуждению кардиологических проблем привлекли специалистов других медицинских специальностей. Так, на одном из сателлитных симпозиумов Конгресса – «Мужчина и женщина: разные гормоны – одинаковые проблемы», организованном 5 октября секцией метаболического синдрома РМОАГ ВНОК, – «смежниками», интегрирующими знания и опыт в понимание и решение такой проблемы, как метаболический синдром, стали кардиологи, эндокринологи, гинекологи, андрологи. В докладах, прозвучавших на симпозиуме (Мычка В.Б. «Женское сердце», Москва; Недогода С.В. «Мужские проблемы метаболического синдрома», Волгоград; Кисляк С.В. «Метаболический синдром у подростков»), суммировались данные, касающиеся особенностей эпидемиологии, патогенеза и лечения метаболического синдрома у юношей и девушек, мужчин и у женщин в постменопаузе. Междисциплинарный подход к освещению этой темы позволил с разных позиций обсуждать вопросы патогенеза, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в частности у женщин.



Женское сердце

Д.м.н. В.Б. Мычка,
ведущий научный сотрудник отдела системных гипертензий
Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова,
РКНПК Минздрава России

Спрошлого столетия демографы с удовлетворением отмечают значительное увеличение продолжительности жизни населения развитых стран, причем женщины в этом преуспели больше, и как результат: в начале XXI века на каждые 100 женщин старше 60 лет приходится 70 мужчин. Сегодня средняя продолжительность жизни российской женщины составляет 71 год, американки или европейки – 81, а японки – 86 лет! И по прогнозам специалистов, к 2050 г. число женщин старшего возраста (от 60 лет) приблизится к миллиарду. Впрочем, уже сегодня в мире около 500 млн женщин переступили 50-летний рубеж. Это уже

нельзя игнорировать, так как существенно изменились не только продолжительность, но и образ, качество жизни женщин. Еще недавно заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ассоциировалась, как правило, с мужским полом, а основной причиной женской смертности считался рак молочной железы. Времена изменились, и мы с ними. Современные дамы не только работают наравне с мужчинами, но и болеют «мужскими» заболеваниями – ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, метаболический синдром, мозговой инсульт, деменция.

Кардиология: реалии и перспективы

Очевидно, что проблемы сохранения, поддержания их здоровья и качества жизни приобретают все большее не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Одним из наиболее опасных (и частых) заболеваний современных женщин старшего возраста многочисленные исследования признают ишемическую болезнь сердца (ИБС). Именно на нее приходится пик женской смертности – 24% (на рак молочной железы, считавшийся убийцей женщин № 1, – 3%). Оказалось, что женщины заболевают несколько позже мужчин (на 12–15 лет), но умирают гораздо быстрее – в 50% случаев женщина может умереть уже от первого приступа стенокардии (у мужчин – 30%). Из тех женщин, кто выжил после первого приступа стенокардии, 38% умирает в течение первого года жизни (у мужчин – 25%). Сходны с нашими данными и европейские: в 55% случаев женщины умирают от ССЗ, у мужчин эта цифра составляет 43%.

А обусловлено это особенностями факторов риска ССЗ у женщин. И прежде всего их множественностью – инсулинорезистентность или НТГ, характеризующие так называемый постменопаузальный метаболический синдром, абдоминальное ожирение, атерогенная дислипидемия (низкий уровень ЛПВП, высокий уровень ТГ, ЛПНП), артериальная гипертензия. Метаболический синдром (МС) характеризуется комплексом факторов сердечно-сосудистого риска, в который входят такие компоненты, как резистентность к инсулину, ожирение центрального (висцерального) типа, повышенные уровни триглицеридов, сниженные уровни холестерина липопротеинов высокой плотности, а также артериальная гипертензия.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) обозначили МС как пандемию XXI века неслучайно. Это связано с его чрезвычайно высокой рас-

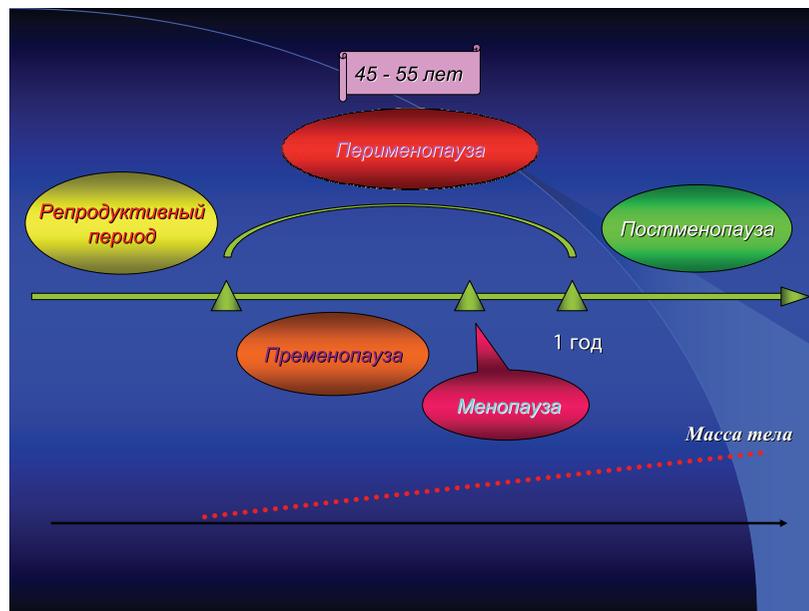


Рис. 1. Возрастные периоды жизни женщины

пространенностью. И надо непременно отметить, что, с одной стороны, МС является обратимым состоянием, а с другой – именно метаболический синдром провоцирует возникновение сахарного диабета 2 типа и атеросклероза, являющихся основными причинами повышенной смертности населения. А практикующие врачи к этому добавляют, что чаще всего МС страдают женщины в менопаузальном периоде (35–49%).

И это значительная цифра, потому что ежегодно в мире около 25 млн женщин вступают в период так называемого менопаузального перехода (англ. menopausal transition), синоним – «пременопауза» (начинается с момента первых нарушений менструального цикла и появления менопаузальных симптомов). Перименопауза – это период пременопаузы плюс 1 год после менопаузы – последней менструации в жизни женщины. Длительность постменопаузы составляет примерно 30–40% от ее общей продолжительности. То есть более трети жизни женщина проводит в условиях эстрогенного дефицита в той или иной мере выражен-

ности (рис. 1). И хотя менопауза не является собственно заболеванием, она приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме, способствуя развитию ССЗ. Очень важно практикующим врачам обратить внимание на здоровье женщины именно в этот период, помочь ей, объяснив перспективы.

Не все кардиологи, к сожалению, знают особенности менопаузального периода, какими защитными свойствами обладают эстрогены, как они связаны с сердечно-сосудистой системой. Эстрогены – женские половые гормоны, чья роль в жизнедеятельности организма трудно переоценить. Они положительно влияют на липидный профиль, на функцию эндотелия сосудов, подавляют апоптоз, пролиферацию гладкомышечных клеток, обладают противовоспалительным, антиоксидантным действием. Эстрогены напрямую регулируют деятельность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (общеизвестно, ее чрезмерная активация – ведущее звено в патогенезе развития АГ), симпатической нервной системы.



Кардиология: реалии и перспективы

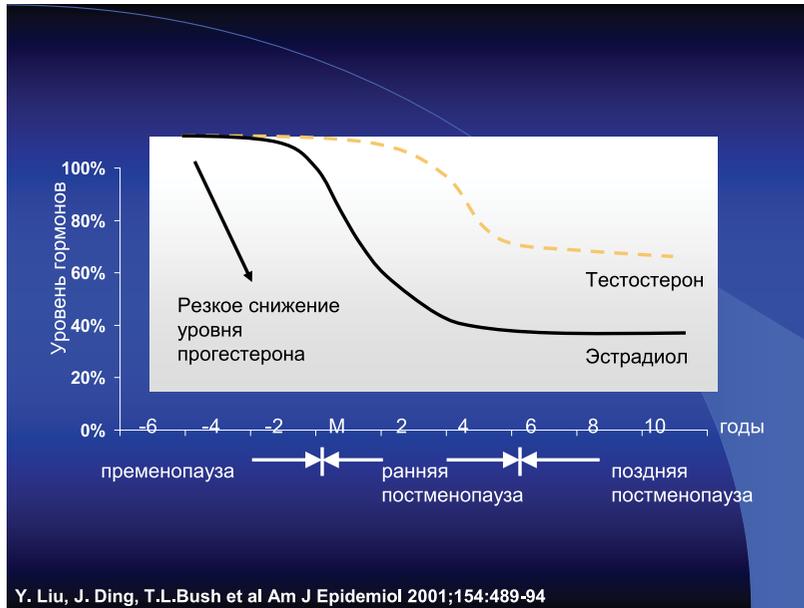


Рис. 2. Изменение уровней половых гормонов в менопаузе

С наступлением менопаузы эстрогены вырабатываются в гораздо меньшем количестве, что вызывает появление вегетативных, психоэмоциональных и урогенитальных расстройств. В это же время падает уровень и другого важного гормона – прогестерона. Он также позитивно влияет на эндотелий сосудов; действует как локатор медленных кальциевых каналов, т.е. антагонист кальция;

регулирует деятельность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; оказывает позитивное действие на липидный обмен. И, что очень важно, прогестерон регулирует дифференцировку адипоцитов висцерального жира, являющегося причиной развития метаболического синдрома и всех неприятностей, связанных с метаболическими и сосудистыми нарушениями.



Рис. 3. Схема патогенеза ССЗ у женщин

Теряя гормоны с их защитными свойствами, женщина заболевает гораздо тяжелее, нежели мужчина. Тем более что в пременопаузу снижение прогестерона, эстрадиола происходит крайне резко, а уровень тестостерона (основной мужской половой гормон) снижается очень медленно и плавно (рис. 2). Баланс нарушается, уступая место гиперандрогении, которая усиливает уже имеющиеся нарушения метаболических процессов и, конечно, усугубляет развитие ожирения.

Менопауза сопровождается изменениями не только массы тела, но и распределения жировой ткани в организме – от женского типа (гиноидного, по типу «груши», где преобладает подкожный жир, являющийся своеобразным депо эстрогенов) к мужскому типу (андроидному, по типу «яблока», с преобладанием висцерального жира, с увеличением объема живота и окружности талии). Очевидно, что именно висцеральное (андроидное) ожирение сочетается с инсулинорезистентностью, низким уровнем ХС ЛПВП, повышением триглицеридов и коагуляционными нарушениями, свойственными метаболическому синдрому (European Consensus: Sex Steroids and Cardiovascular Disease, 2003).

В настоящее время еще не установлены механизмы, посредством которых дефицит гормонов яичников может вызывать увеличение массы тела и перераспределение жировой ткани по андроидному типу. Возможно, главную роль в этом процессе играют гормональные сдвиги, связанные с дефицитом эстрогенов, – повышение уровней лептина в крови, относительный избыток андрогенов, а также изменение функции щитовидной железы. Так или иначе, но повышение массы тела (абдоминальное ожирение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности от ИБС, Dagenais G.R. et al., 2005) часто

Кардиология: реалии и перспективы

сопровождается ухудшением резистентности к инсулину (снижение уровня соматотропного гормона приводит к уменьшению секреции инсулина, т.е. повышается глюкоза в крови); нарушением уровней липидов плазмы; повышением активности симпатической нервной системы и артериального давления (Esler M. et al., 2001).

Впрочем, еще до развития висцерального ожирения дефицит эстрогена приводит к повышенной активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, симпатической нервной системы и дисфункции эндотелия артерий и сосудов (так как эстроген и эстрадиол напрямую отвечают за выработку оксида азота эндотелия сосудов), что может провоцировать раннее развитие атеросклероза и все его тяжелые последствия (рис. 3).

На каком же этапе патогенеза врач должен вмешаться, чтобы помочь женщине? Оптимальный вариант – когда уровень гормонов начинает понижаться, следует предлагать заместительную гормональную терапию (ЗГТ). К сожалению, многие поликлиннические терапевты, кардиологи и гинекологи по старинке ссылаются на естественность этих процессов: «Жили же наши бабушки-мамы без ЗГТ». Но век назад проблема менопаузы так остро не стояла – женщина в среднем жила немногим более 50 лет. Если следовать этой логике, видимо, не следует лечить и гипертонию, и атеросклероз и т. д. Поскольку и они – следствие естественного процесса дефицита эстрогенов (или старения?!).

Наши зарубежные коллеги давно обратили внимание на этот сложный для женщины период. Еще в 2006 г. Европейское общество кардиологов зарегистрировало программу «Женское сердце». Сегодня к пониманию этих проблем пришли и мы. За своевременную ЗГТ, которая может сохранить женщинам



Рис. 4. Основные механизмы защитного влияния женских половых стероидов на сердечно-сосудистую систему

здоровье, ратуют выдающиеся российские гинекологи, к примеру, академик РАМН Г.Т. Сухих. Много лет этими проблемами занимается и В.П. Сметник, руководитель отделения гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН им. В.И. Кулакова, президент Российских ассоциаций гинекологов-эндокринологов и национальной ассоциации по менопаузе. Профессор Сметник много лет пыталась достучаться до кардиологов. Откликнулся только Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, так как мы занимаемся метаболическим синдромом и непосредственно связаны с эндокринологией. Совместными усилиями был создан консенсус кардиологов и гинекологов «По ведению женщин при менопаузе». Эта работа нашла продолжение в большом проекте «Женское сердце» (Всероссийское научное общество кардиологов – ВНОК – совместно с партией «Единая Россия»).

ЗГТ, без сомнения, во всем цивилизованном мире считают

основным и наиболее эффективным методом лечения климактерических расстройств. За последние 20 лет было проведено более 30 исследований, продемонстрировавших снижение инвалидизации и смертности от ИБС у женщин, принимающих ЗГТ в постменопаузальном периоде. Анализ этих исследований показывает, что степень снижения риска инфаркта миокарда, мозгового инсульта и фатальных осложнений ИБС у женщин, получающих заместительную гормональную терапию, снижается на 35–50%. Многие из работ доказывают, что длительная ЗГТ предотвращает также потерю костной массы во время менопаузы и в течение 5 лет снижает риск перелома шейки бедра, вызванного остеопорозом, более чем на 50%.

Один из важных аспектов ЗГТ – время назначения. Заместительная гормональная терапия может быть назначена женщинам в возрасте, близком к их естественной менопаузе, при своевременном наступлении менопаузы – в 45–60 лет (но менопауза не должна быть длительностью более 10 лет).



Кардиология: реалии и перспективы

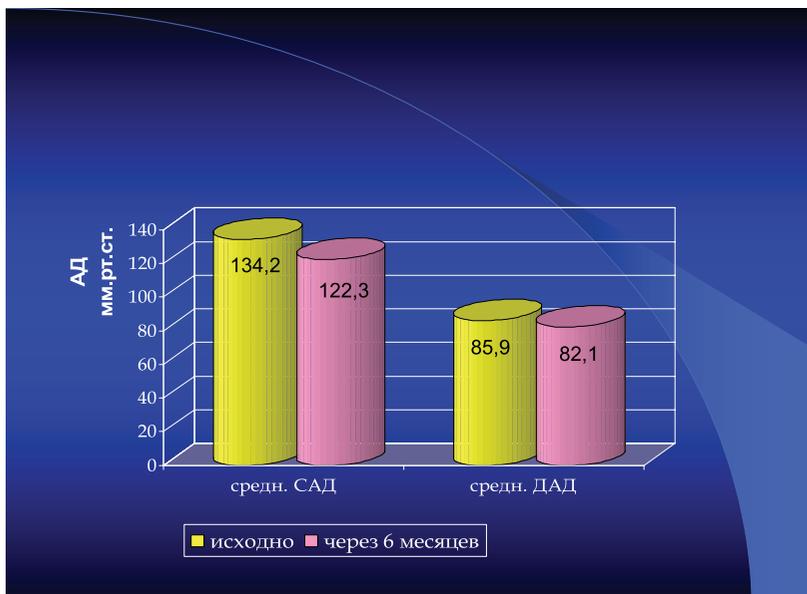


Рис. 5. Динамика АД на фоне терапии препаратом Анжелик®

Причем чем раньше, тем лучше, так как, к сожалению, к этому этапному моменту многие женщины подходят уже с тяжелейшим атеросклерозом, серьезными сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, и назначение препаратов ЗГТ может ухудшать течение болезни. Кстати, артериальная гипертония не является противопоказанием для назначения, напротив, некоторые

препараты ЗГТ будут снижать давление (противопоказания – инсульты, инфаркты и тромбозы в анамнезе). Через год после последнего менструального цикла – самый оптимальный вариант. И, конечно же, ранняя (до 40 или 45 лет) менопауза является независимым показанием для назначения ЗГТ.

В ходе исследования «Инициатива врачей во имя здоровья жен-

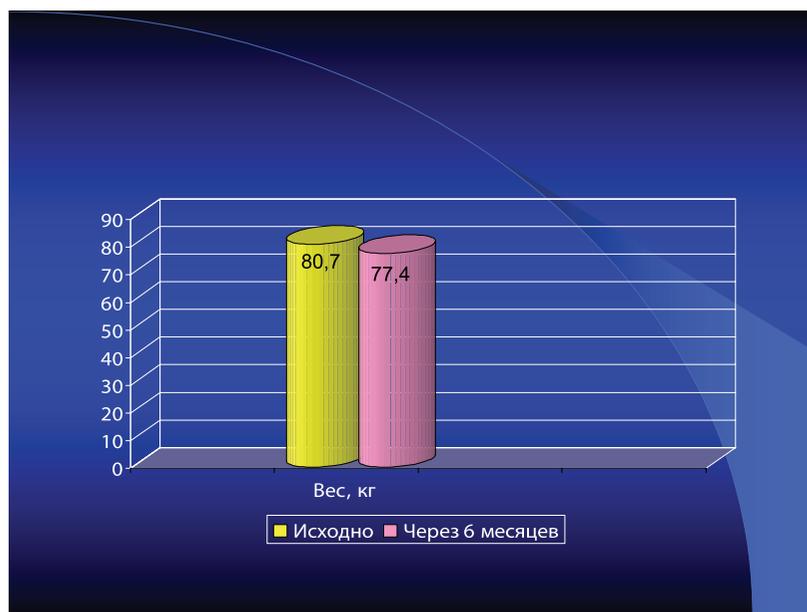


Рис. 6. Динамика веса на фоне терапии препаратом Анжелик®

щин» (Women’s Health Initiative – WHI) было продемонстрировано, что своевременное назначение ЗГТ при менопаузе снижало смертность у женщин на 30%.

В работе над Консенсусом российских кардиологов и гинекологов мы особенно отметили для женщин с менопаузальным метаболическим синдромом в ЗГТ следующую комбинацию: эстрадиол (1 мг в виде гемигидрата) и дроспиренон (2 мг). Это фиксированная комбинация препарата Анжелик®. Почему мы именно его рекомендуем?

Во-первых, это единственный противоклимактерический препарат с антигипертензивным эффектом, доказанным в клинических исследованиях. В его составе – натуральный эстроген. А это значит: исключается риск тромбозов. Препарат малодозированный, тем не менее он эффективно восполняет дефицит эстрогенов и обеспечивает лечение психоэмоциональных и вегетативных климактерических симптомов («приливы», повышенное потоотделение, нарушение сна, нервная возбудимость, раздражительность, сердцебиение, кардиалгия, головокружение, головная боль, снижение либидо, мышечные и суставные боли); инволюции кожи и слизистых, особенно слизистых мочеполовой системы (недержание мочи, сухость и раздражение слизистой влагалища).

В последнее время большое внимание фармакологи и врачи уделяют свойствам прогестагенного компонента в составе ЗГТ. К нему предъявляются серьезные требования: он не должен нивелировать благоприятные эффекты эстрогенов, а в идеале – потенцировать их (например, уникальная антиальдостероновая активность прогестагена – дроспиренона в составе препарата Анжелик®). Это новый класс, близкий по свойствам к естественному прогестерону и отвечающий всем его свой-

Кардиология: реалии и перспективы

ствам (действует как антагонист в рецепторах тестостерона) (рис. 4).

Дроспиренон, имея все эффекты прогестерона, обеспечивает безопасность эндометрия, который может страдать при недостаточности монотерапии эстрогенами. Он обладает антиминералокортикоидным эффектом, который препятствует задержке натрия и воды в организме, уменьшает отечность, увеличение веса, болезненность молочных желез и другие симптомы задержки жидкости. Дроспиренон не обладает андрогенной, эстрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активностью, не влияет на толерантность к глюкозе и на инсулинорезистентность, потенцирует эффекты эстрадиола и, конечно же, уменьшает объем висцерального жира.

В течение года мы – эндокринологи, кардиологи и гинекологи – наблюдали женщин с метаболическим синдромом в менопаузе, принимавших комбинированный эстроген-гестагенный препарат Анжелик®.

Уровень артериального систолического давления (у женщин в постменопаузе оно более выражено) снизился со 134 до 122 (рис. 5). Снижалось и диастолическое давление. Уже через полгода уменьшался вес – в среднем на 3 кг (рис. 6). Улучшались показатели липидного обмена (рис. 7). Мы также исследовали состояние симпатической нервной системы. И здесь наблюдалось существенное улучшение всех показателей: гиперсимпатикотонии, толщины комплекса интима-медиа и пр. Достоверно улучшалась микроциркуляция сосудов у этих женщин.

Помимо ЗГТ, для женщин с менопаузальным метаболическим синдромом были разработаны рекомендации по особенностям питания, физической активности, медикаментозной профилактики, антиагрегантной терапии и т.д.

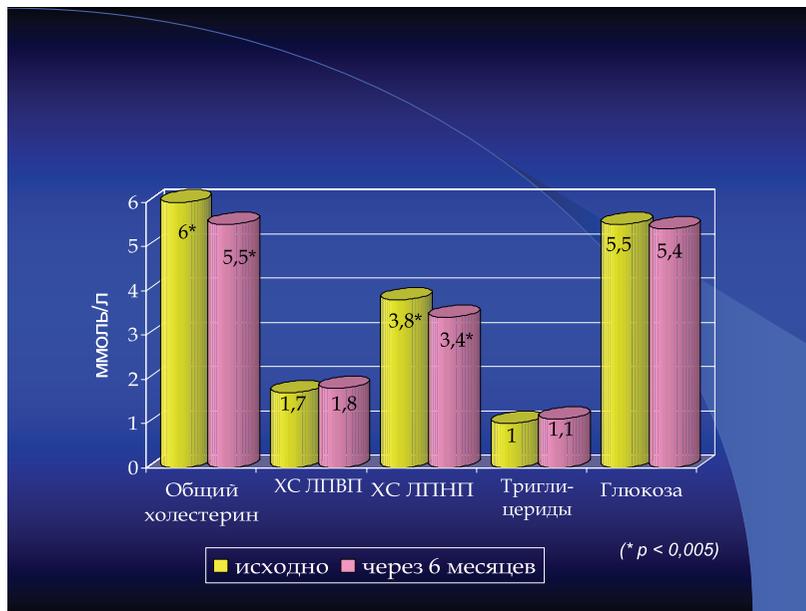


Рис. 7. Биохимические показатели крови на фоне терапии препаратом Анжелик® у женщин в постменопаузе

В заключение хочется подчеркнуть: в России сегодня 39 млн женщин (41%) пребывают в возрасте пременопаузы, а к 2015 г. их число вырастет до 46%! Почти половина населения страны находится в опасном с точки зрения медицины возрасте. Но, как показывает жизнь, в возрасте физического расцвета и высочайшей профессиональной квалификации. И женщина имеет право выбора: быстро стареть и тяжело болеть (инфаркты, инсульты,

болезнь Альцгеймера и пр.) или оставаться молодой и трудоспособной. Мы, как врачи, можем и должны сделать все, чтобы наши дамы очень долго оставались здоровыми, чтобы они сохраняли молодость, красоту, женственность и возможность конкурировать с более молодыми коллегами. Современные медицина и фармакология предоставляют нам такие возможности. ☺

Материал подготовила
Н. Токарева





Ветер перемен в лечении артериальной гипертензии

В первый день проходившего в Москве 5–7 октября 2010 года Российского национального конгресса кардиологов состоялся круглый стол, посвященный роли фиксированных комбинаций в лечении больных, страдающих артериальной гипертензией. Тюльпаны, украшавшие президиум, появились в зале сразу по двум причинам. Так, открытие Конгресса совпало с днем рождения президента Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (АГ), профессора И.Е. Чазовой, и новый препарат производства компании «Сервье» носит то же название, что и прекрасный сорт тюльпанов, – Престанс.

Эволюция продолжается

Ю.А. Карпов, д.м.н., профессор, директор Института кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК, Москва



Открыл работу круглого стола профессор Ю.А. Карпов. В начале своего выступления, посвященного перспективам применения нового препарата Престанс, профессор Карпов осветил общие аспекты лечения больных с АГ. Профессор рассказал собравшимся о том, что еще около года назад «в регламентирующих документах Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов появились упоминания о комбинированной терапии как об оптимальном выборе для большинства больных АГ».

Этот выбор обусловлен сразу тремя факторами. Во-первых, при помощи комбинированной терапии можно увеличить антигипертензивную эффективность, причем комбинация – это, как правило, лучше, нежели удвоение дозы любого из компонентов комбинированной терапии. Во-вторых, при помощи комбинации препаратов антигипертензивный эффект достигается быстрее, а скорость наступления терапевтического эффекта сама по себе является значимым фактором эффективности терапии. И наконец, по данным клинических исследований, назначение пациентам комбинированной терапии не просто снижает артериальное давление, но и снижает риск неблагоприятных исходов – сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти.

Из этих научных работ напрямую следует, что комбинация блокатора ренин-ангиотензиновой системы и антагониста кальция является рациональной и эффективной, а значит, должна применяться при лечении пациентов с АГ.

Профессор Ю.А. Карпов в своем выступлении особенно подчеркнул значимость обширной доказательной базы, которой уже обладает фиксированная комбинация периндоприла и амлодипина, выпускаемая под названием Престанс. Такие крупные исследования, как ASCOT, EUROPA, STRONG, а также метаанализы, проведенные на основе этих и других работ, несомненно доказывают эффективность нового препарата, появившегося на полках российских аптек в октябре этого года.

Однако давайте разберемся, что такое эффективность применительно к фиксированной комбинации гипотензивных препаратов. В реальной клинической практике, по словам профессора Карпова, эффективность того или иного лекарственного средства оценивается по определенной шкале. В эту шкалу входят такие параметры, как контроль за давлением, предупреждение неблагоприятных исходов, а также – весьма важный момент – предпочтительность назначения в разных клинических ситуациях. Разумеется, чрезвычайно важен дозовый диапа-

Кардиология: реалии и перспективы

Таблица. Престанс: крупномасштабные клинические исследования реальной практики при АГ

Исследования	Кол-во больных	Длит-ность, мес.	Исх. АД, мм рт. ст	Пер./Амл., доза, мг	Достигнутое АД, мм рт. ст.	Контроль АД
STRONG1	1250	2	167/101	4/5	125/78	66,1%
SYMBIO2	2132	3	159/94	5/5 5/10 10/5 10/10	133/81	74,0%
GIRISH et al.	855	2	165/100	4,5	135/83	80,5%
	654	–		–		82,1%
	монотерапия 201 комбинация	–	167/99	–	133/83	75,6%

зон, особенно для фиксированных комбинаций, ведь если такая комбинация представлена только одним дозовым режимом, то это ограничивает возможности ее широкого применения: слишком остро встают фармакоэкономические вопросы и проблемы переносимости.

Престанс выпускается в четырех дозировках (минимальная содержит по 5 мг амлодипина и периндоприла, максимальная – по 10, кроме того, существует Престанс с дозировкой 5/10 и 10/5). Такое разнообразие дозировок позволяет добиваться высоких результатов контроля за уровнем артериального давления: по результатам исследований (см. табл.), целевой уровень АД достигается в 80 и более процентах случаев. При лечении больных АГ целевой

уровень АД должен быть менее 140/90 мм рт. ст.

Согласно Рекомендациям по лечению АГ РМОАГ/ВНОК (2010) основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение), предупреждение, замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение поражения органов-мишеней, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний – ИБС, СД и т.д.

Комбинированная терапия АГ имеет преимущества, так как присоединение препарата из другого

класса более эффективно, чем удвоение дозы того же самого препарата; назначение комбинации препаратов в качестве стартовой терапии ассоциируется с более быстрым достижением контроля АД, лучшей переносимостью и приверженностью терапии; большинство предпочтительных комбинаций были установлены в ходе недавних исследований. Основным требованиям к антигипертензивному комбинированному препарату (эффективный контроль АД у большинства больных; снижение риска осложнений и продление жизни; максимальное количество зарегистрированных показаний; широкий диапазон дозировок; хорошая переносимость; экономическая привлекательность) отвечает новый препарат – Престанс.

Перспективы применения нового препарата Престанс

Следующей на трибуну вышла профессор Чазова с докладом «Перспективы применения нового препарата Престанс». Она еще раз напомнила собравшимся о важнейшей роли доказательной медицины в разработке рекомендаций для кардиологов. В частности, профессор Чазова упомянула о масштабном эпидемиологическом исследовании ПИФАГОР.

По данным этой работы, 43% врачей назначают фиксированные комбинации как основу лечения больных с АГ (рис. 1).

Но почему именно фиксированные комбинации являются основой рациональной терапии? Потому что они обладают целым рядом доказанных преимуществ, которые позволили включать данные комбинации в Национальные рекомендации по кардиологии. В качестве иллюстрации профессор Чазова рассказала о метаанализе 15 исследований, в которых приняли участие в общей сложности 32 000 больных с АГ. В данной работе сравнивались приверженность лечению в случае применения фиксированных комбинаций и при использовании сво-



И.Е. Чазова, д.м.н., профессор ФГУ РКНПК, председатель РМОАГ



Кардиология: реалии и перспективы

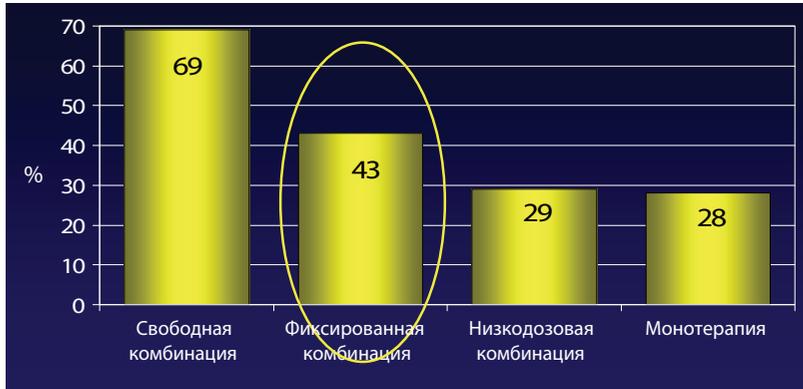


Рис. 1. Тактика назначения антигипертензивных препаратов

бодных комбинаций тех же классов антигипертензивных препаратов. Выяснилось, что комплаентность достоверно выше при использовании фиксированных комбинаций. Более того, оказалось, что использование фиксированных комбинаций позволяет более достоверно снижать как систолическое, так и диастолическое давление, хотя в рамках метаанализа фиксированные комбинации соревновались со свободными комбинациями, содержащими такое же количество действующих веществ антигипертензивных препаратов. Ис самое главное – при назначении фиксированных комбинаций побочные эффекты регистрировались реже, чем при назначении свободных комбинаций аналогичных классов препаратов. Преимущества фиксированных комбинаций:

- простота назначения и титрования дозы;
- повышение приверженности пациентов к лечению;
- потенцирование антигипертензивного эффекта;
- увеличение процента «ответчиков» на терапию;
- уменьшение частоты побочных эффектов;
- уменьшение стоимости лечения;
- исключение возможности нерациональных комбинаций.

На многограннике, приведенном в новых Национальных рекомендациях, видно, что российские специалисты, в отличие от своих европейских коллег, не уменьшили количество комбинаций, которые приравниваются к рациональным. Оставлены и бета-блокаторы в комбинации с дигидропиридиновыми антагонистами кальция и тиазидными диуретиками.

ИАПФ + ТД ✓ ХСН ✓ Диабетическая и недиабетическая нефропатия ✓ МАУ ✓ ГЛЖ ✓ СД ✓ МС ✓ Пожилые ✓ ИСАГ	ИАПФ + АК ✓ ИБС ✓ ГЛЖ ✓ Атеросклероз сонных и коронарных артерий ✓ Дислипидемия ✓ СД ✓ МС ✓ Пожилые ✓ ИСАГ	БРА + ТД ✓ ХСН ✓ Диабетическая и недиабетическая нефропатия ✓ МАУ ✓ ГЛЖ ✓ СД ✓ МС ✓ Пожилые ✓ ИСАГ ✓ Кашель при приеме ИАПФ	БРА + АК ✓ ИБС ✓ ГЛЖ ✓ Атеросклероз сонных и коронарных артерий ✓ Дислипидемия ✓ СД ✓ МС ✓ Пожилые ✓ ИСАГ ✓ Кашель при приеме ИАПФ
АК + ТД ✓ ИСАГ ✓ Пожилые ✓ ИБС	АК + β-АБ ✓ ИБС ✓ Атеросклероз сонных и коронарных артерий ✓ Тахикардии ✓ ИСАГ ✓ Пожилые ✓ Беременность	ТД + β-АБ ✓ ХСН ✓ Перенесенный ИМ ✓ Тахикардии ✓ Пожилые	

Рис. 2. Преимущественные показания к назначению рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов

И, разумеется, препараты, которые образуют наибольшее количество рациональных комбинаций, – это тиазидные диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, причем комбинация последних начинает завоевывать все большую популярность.

Профессор Чазова напомнила собравшимся, что раньше под словосочетанием «фиксированная комбинация» подразумевалось исключительно сочетание ингибитора АПФ и диуретика. И сегодня это – причем небезосновательно – одна из наиболее назначаемых комбинаций. Но каждое новое исследование, например, уже упоминавшийся ПИФАГОР III, дает нам новые доказательства того, что комбинация антагониста кальция с другим препаратом, например, с ингибитором АПФ и, в меньшей степени, с сартанами, также занимает все более важное место в повседневной клинической практике.

На рис. 2 (данная таблица взята из новых Рекомендаций) хорошо видно, что комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция имеет очень большое число преимущественных показаний. Это и ишемическая болезнь сердца, и гипертрофия левого желудочка, и атеросклероз сонных и коронарных артерий, и дислипидемия, и сахарный диабет, и метаболический синдром. Также сочетание ингибитора АПФ и антагониста кальция рекомендовано пожилым пациентам с АГ и больным с изолированной систолической гипертонией. Конечно, все вышесказанное не означает, что эту комбинацию нельзя назначать у других категорий пациентов, важно лишь помнить, что у этих больных назначение комбинации, содержащей ингибитор АПФ и антагонист кальция, имеет явные преимущества перед другими комбинациями, как свободными, так и фиксированными.

По словам профессора Чазовой, так как комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция может назначаться в самых разных клинических ситуациях, от ИБС до сахарного диабета, препарат Престанс наверняка займет достойное место в повседневной клинической практике.

Фиксированные комбинации – настоящее и будущее в лечении АГ

Профессор МГМСУ О.Д. Остроумова посвятила свой доклад особенностям применения фиксированных комбинаций и их преимуществам. По словам профессора Остроумовой, не даром и в российских, и в зарубежных рекомендациях для кардиологов приоритеты отданы комбинированной терапии как таковой, а среди комбинаций – фиксированным, а не свободным сочетаниям. Факторов, повлиявших на формирование данного терапевтического подхода, много, но среди значимых можно отметить простоту дозирования, титрования дозы, которая во многом влияет на приверженность пациентов к лечению. Очевидно, что лояльное, внимательное отношение больного к назначениям лечащего врача – необходимое условие успешной терапии.

Эффективность фиксированных комбинаций определяется несколькими моментами. Во-первых, в них заведомо идеально (с точки зрения эффективности и безопасности), насколько это вообще возможно в медицине, подобраны дозировки составных компонентов. Любая фиксированная комбинация, появляющаяся в аптеках, проходит огромные клинические испытания разных сочетаний доз, а уже затем из всего разнообразия участвовавших в испытаниях дозировок выбираются те, что показали наилучшие результаты. Именно они в конечном счете и окажутся на аптечной полке.

У фиксированных комбинаций есть и очевидные финансовые преимущества (рис. 1). «Два в одном» – а в ближайшее время, выразила надежду профессор Остроумова, возможно, появится и «три в одном» – любой такой многокомпонентный препарат стоит и будет стоить дешевле, чем его составляющие по отдельности.

Профессор Остроумова отметила, что и в России, и за рубежом проводились специальные фарма-

коэкономические исследования, убедительно доказавшие, что и затраты на лечение стационарных больных, и расходы на амбулаторную терапию всегда уменьшаются, если в ходе лечения используется фиксированная, а не свободная комбинация препаратов. Больному же, в свою очередь, принципиальна цифра, которую он видит на ценнике в аптеке, и при прочих равных он, разумеется, выберет препарат, удешевляющий месячное лечение АГ.

Долгое время наиболее рациональной антигипертензивной комбинацией было сочетание ингибитора АПФ и диуретика. И сегодня именно на эту комбинацию приходится большая часть назначений – отчасти «по старой памяти», отчасти потому, что данное сочетание действительно является удачным и эффективным. Но позиции комбинации «ингибитор АПФ плюс диуретик» несколько пошатнулись после исследования ASCOT, краеугольной работы последних лет в области лечения АГ. После завершения данного исследования и анализа его результатов лучшей антигипертензивной комбинацией было признано сочетание ингибитора АПФ с антагонистом кальция (в исследовании использовались периндоприл и амлодипин), причем в оценке качества комбина-



О.Д. Остроумова, д.м.н., профессор МГМСУ

ции, помимо прочих факторов, учитывались эффективность снижения сердечно-сосудистого риска и безопасность препаратов.

Разумеется, на смену лидера фармрынок отозвался адекватными изменениями: появились новые фиксированные комбинации препаратов соответствующих групп. И по данным последнего исследования ПИФАГОР, количество врачей, использующих фиксированные комбинации в своей повседневной работе, существенно выросло. Тем не менее, продолжила свою мысль профессор Остроумова, доля использования фиксированных комбинаций по-прежнему «не так высока, как нам бы хотелось». В чем же дело? «По моему мнению, – сообще-

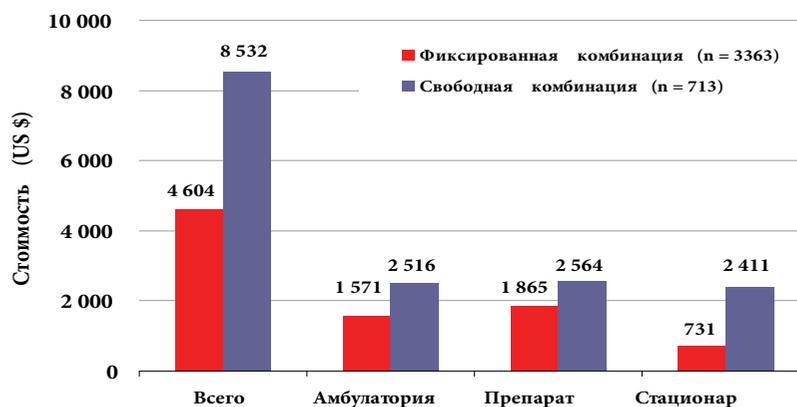


Рис. 1. Применение фиксированных комбинаций уменьшает затраты на лечение



Кардиология: реалии и перспективы



Рис. 2. Долгожданная фиксированная комбинация Престариума А и амлодипина зарегистрирована в России

ла Остроумова, – это связано в том числе и с тем, что у нас доминировали комбинации либо ингибитора АПФ, либо сартана с диуретиком. Другие фиксированные комбинации из числа рациональных можно было перечислить по пальцам одной руки. Если мы возьмем комбинацию антагониста кальция и ингибитора АПФ, то фиксированная комбинация данных средств появилась относительно недавно. А до последнего времени у нас была только одна фиксированная комбинация, Тарка, которая несколько отличается, поскольку в ней содержится недигидропиридиновый антагонист кальция, в то время как в исследовании ASCOT использовался антагонист

кальция дигидропиридинового ряда, амлодипин».

Если обратиться к анализу данных фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР III, можно увидеть, что частота назначения комбинации антагониста кальция и ингибитора АПФ – 50%, в то время как сочетание ингибиторов АПФ с диуретиками назначается в 90% случаев.

Итак, частота назначения комбинаций ингибиторов АПФ с антагонистами кальция за несколько лет выросла более чем в два раза. Можем ли мы, исходя из этих данных, сказать, что это модная комбинация, а Престанс – модный препарат? Хотелось бы, чтобы он стал еще более

модным. «В данной ситуации нет ничего плохого в том, чтобы следовать моде», – отметила профессор Остроумова.

Профессор Остроумова отдельно подчеркнула важность широкого выбора доз – характерную особенность Престанса. По ее словам, врачи, с подозрением относящиеся к фиксированным дозам, чаще всего основной причиной отказа от них в повседневной практике называли невозможность подбора адекватных дозировок.

Престанс зарегистрирован для лечения АГ и ИБС в России в 4 дозировках: 5/5, 5/10, 10/5 и 10/10, где первая цифра означает дозу Престариума А, а вторая – амлодипина (рис. 2), и успешно применяется уже в 34 странах.

Резюмируя свое выступление, профессор Остроумова еще раз подчеркнула, что использование двух компонентов, каждый из которых обладает огромной доказательной базой, и широкий спектр доз открывают перед медиками огромные перспективы и дают надежду, что год от года ситуация с фиксированными комбинациями будет лишь улучшаться.

Применение Престанса в различных клинических ситуациях

С.В. Недогода, д.м.н., профессор Волгоградского государственного университета



В начале доклада профессор Недогода напомнил собравшимся, чем отличается такой препарат, как Экватор, от Престанса, – наличием вместо лизиноприла периндоприла, ингибитора АПФ,

вошедшего в Рекомендации по лечению ишемической болезни сердца и в список ЖНВЛС. Никакой другой ингибитор АПФ не имеет в своем арсенале таких показаний, как ишемическая болезнь сердца. Действительно, сегодня у этого препарата есть два показания, АГ и ИБС, которые предопределены его фармакодинамическими эффектами.

Собственно, в этом и заключается первое коренное различие между Престансом и другими фиксированными комбинациями, присутствующими на рынке, – в наличии синергизма клинических эффектов. «Кроме того, – продолжил профес-

сор Недогода, – мы видим, что на уровне сочетания ингибитора АПФ и антагониста кальция имеется совершенно четкий синергизм в ангиопротекции и снижении АД. Более того, нужно сказать, что рациональность данной комбинации обсуждалась еще в 1998 году, задолго до того, как появилась комбинация Престанс. Почему? Потому что рациональное комбинирование двух этих классов антигипертензивных препаратов имеется уже на уровне гладкомышечной клетки».

Задачи комбинированной терапии АГ на уровне патогенеза, суррогатных точек и приверженности к лечению:

Кардиология: реалии и перспективы

- обеспечить одновременное воздействия на два и более механизмов патогенеза АГ;
- усилить эффекты (влияние на АД и органопротекция) за счет действия на один механизм патогенеза разными средствами;
- блокировать контррегуляторные механизмы;
- уменьшить частоту побочных эффектов;
- создать оптимальный фон для других препаратов.

Еще один важный аспект терапии, который профессор Недогода назвал «принципиальной позицией», – борьба с неприятными последствиями ремоделирования. К счастью, и периндоприл, и амлодипин блокируют все три фазы пролиферативного процесса и замедляют, а часто и разворачивают вспять процессы гипертрофии миокарда и развития гипертрофии сосудистой стенки.

«Когда мы говорим о важности компонентов того или иного препарата, – продолжил профессор Недогода, – мы должны понимать, как эти составляющие действуют на органы-мишени. Помимо непосредственного гипотензивного действия, нам важно понять, что препарат способен дать пациенту с точки зрения защиты органов-мишеней. В случае с Престансом мы видим, что каждый из этих механизмов: образования ангиотензина, улучшения эндотелиальной функции, эластичности амортизирующих сосудов, увеличения коронарного резерва, а также антиатеросклеротический эффект – не только присущ каждому компоненту Престанса и лежит в основе фармакодинамики данных веществ, но и подтвержден крупными исследованиями.

То же самое касается еще одной очень важной проблемы: защиты церебральных сосудов, мишени, очень рано страдающей при АГ. В этом плане периндоприл имеет существенные преимущества перед другими ингибиторами АПФ в том плане, что он проникает через гематоэнцефалический барьер» (см. рис.).

Еще одно важнейшее клиническое отличие комбинации ингибиторов

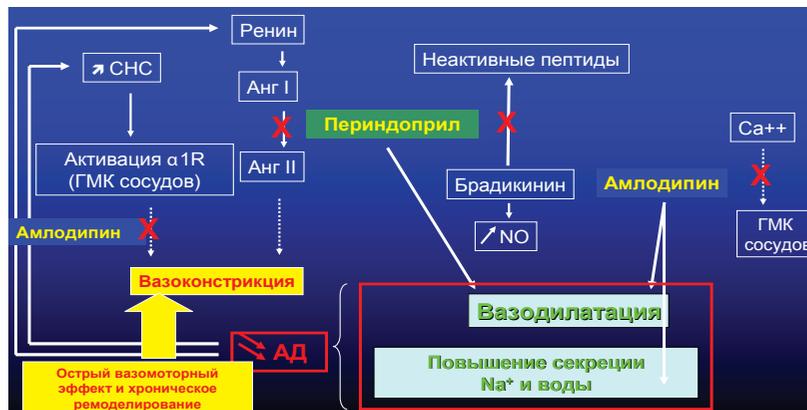


Рис. Комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция: синергия в снижении АД и защите артерий

АПФ с антагонистами кальция – уменьшение количества отеков, связанных с приемом антагонистов кальция. Если же речь идет о защите миокарда, то периндоприл снижает внутримиекардиальное напряжение и гипертрофию миокарда. Кроме того, данный ингибитор АПФ (и это доказано многочисленными клиническими испытаниями) способствует нормализации процессов диастолического расслабления, в частности, у лиц пожилого возраста. Не секрет, что почки являются еще одним органом-мишенью. К счастью, оба препарата, входящие в состав Престанса, достаточно эффективно работают на ангиопротекцию, даже несмотря на то, что в свое время такое свойство амлодипина ставилось под сомнение.

Впрочем, защита органов-мишеней – не единственная задача, стоящая перед современным лекарственным средством. Сегодня появились новые факторы риска развития ССО. Это уровень тканевого активатора плазминогена, плазминоген плазмы, адгезия моноцитов, деградация матрикса. По периндоприлу и амлодипину имеются работы, показывающие, что и на новые факторы риска они действуют.

Безусловно, важным клиническим аспектом является то, что данная комбинация улучшает показатели функции внешнего дыхания, ведь ни в коем случае нельзя забывать о большой группе больных с хронической обструктивной болезнью

легких. Кроме того, в нашей популяции с метаболическим синдромом и ожирением чрезвычайно большое значение имеет влияние на инсулинрезистентность и уровень С-реактивного пептида. И здесь есть доказательства синергизма периндоприла и амлодипина, причем по разным механизмам действия.

Еще одним клинически важным аспектом последствий применения комбинаций является их способность (по сравнению с «чистыми» ингибиторами АПФ) уменьшать кашель, а ведь отеки и кашель – факторы, лимитирующие монотерапию. Если добавить к вышесказанному то, что, по данным исследования ASCOT, прием Престанса снижает риск развития сахарного диабета, станет очевидно, что данный препарат открывает новые возможности в лечении очень широкого спектра заболеваний.

Итак, Престанс обладает выраженной антигипертензивной активностью с быстрым развитием гипотензивного эффекта (ASCOT, VALUE); имеет уникальную длительность действия при однократном приеме; обладает выраженным органопротективным действием; при сахарном диабете обеспечивает выраженное антипротеинурическое действие; обладает нефропротективным действием у больных с первичными заболеваниями почек; метаболически нейтрален; снижает риск ССО у больных, перенесших инфаркт миокарда.



Кардиология: реалии и перспективы

Престанс является препаратом выбора в следующих ситуациях:

- больным с АГ, у которых неэффективна монотерапия (полными дозами);
- больным с АГ и исходно высокими величинами АД (> 160/100), а

также при наличии высокого риска осложнений;

- больным с множественным поражением органов-мишеней;
- больным с АГ и ИБС вне зависимости от наличия у них систолической или диастолической дис-

функции левого желудочка;

- больным с СД 2 типа и АГ (вне зависимости от наличия или отсутствия микроальбуминурии);
- больным с первичными заболеваниями почек, повышенным АД и микроальбуминурией.

Возможности Престанса в лечении АГ



С.А. Бойцов,
д.м.н., профессор
ФГУ РКНПК

Вице-президент общества по АГ С.А. Бойцов выступил с докладом о возможностях контроля АД с помощью препарата Престанс. Он начал свое сообщение следующими словами: «Блокаторы кальциевых каналов в комбинации с ингибиторами АПФ стали нашей реальностью в плане контроля АД. Престанс не первый препарат, который пришел на рынок. Это не первый препарат, который пополнил арсенал средств кардиологов и терапевтов. Но у Престанса есть особенные качества, которые позволяют требовать от него достаточно многого, потому что внутри этого препарата соединены силы периндоприла и амлодипина».

Доказательная база обоих этих препаратов огромна. Так, в исследовании EUROPE было показано, что терапия, основанная на комбинации этих двух средств, позволяет управлять самым главным: снижением сердечно-сосудистой смертности.

По словам С.А. Бойцова, Престанс – это следствие исследования ASCOT. Не сделать комбинацию периндо-

прила с амлодипином после данного исследования было бы совершенно неправильно. Дело в том, что в ходе исследования ASCOT было однозначно доказано, что при фактически равной степени снижения систолического АД и диастолического на фоне комбинации периндоприла с амлодипином по сравнению с аналогичным показателем при приеме комбинации атенолола с гидрохлоротиазидом получено очень выраженное снижение сердечно-сосудистой смертности по истечении 5 лет. Кривые смертности стали расходиться примерно через два с небольшим года.

Исследование ASCOT-BPLA (часть исследования с изучением антигипертензивной терапии) стало прорывом, поскольку продемонстрировало, что стратегии антигипертензивного лечения могут различаться между собой по влиянию на сердечно-сосудистые исходы, несмотря на похожие цифры снижения плечевого АД.

Комбинация амлодипина и периндоприла привела к достоверному снижению риска смерти от любых причин на 11% и сердечно-сосудистой смерти на 24%, хотя уровни снижения плечевого АД были практически такими же, как и на фоне применения комбинации бета-адреноблокатора и диуретика.

Среднее плечевое АД снизилось по сравнению с исходным уровнем на 27,5/17,7 мм Нг в группе амлодипина и периндоприла и на 25,7/15,6 мм Нг в группе β-адреноблокатора и диуретика, при этом среднее различие по систолическому артериальному давлению (САД) составило 2,7 мм Нг.

Дело в том, что до этого момента пациенты, участвовавшие в исследовании, получали преимущественно монотерапию. С момента, когда пациенты начали получать сразу два препарата, объединенные усилия амлодипина и периндоприла снизили показатели смертности в группе.

По сути, периндоприл был выбран среди других доступных ингибиторов АПФ для изучения в исследовании ASCOT-BPLA, поскольку он убедительно продемонстрировал 24-часовую антигипертензивную эффективность при приеме 1 раз в сутки. Благодаря наибольшему соотношению клинической эффективности на плато и пике концентрации активного вещества в крови (от 75 до 100%), периндоприл обеспечивает синергетическую 24-часовую эффективность контроля АД при его добавлении к антагонисту кальция пролонгированного действия амлодипину (с индексом 87%).

Дополнительное исследование ASCOT-ABP продемонстрировало раннее и стойкое снижение ночных уровней АД, которое наблюдалось на протяжении всего периода исследования и проявлялось в виде среднего различия 2,2 мм Нг по ночному САД в пользу амлодипина и периндоприла. Ночное ДАД сохранялось прежним, что важно в свете возобновившегося интереса к феномену J-образной зависимости между ДАД и риском осложнений.

Целый ряд исследований показал, что вероятность ССО у пациентов, имеющих повышенные значения уровня пульсового АД в аорте, повышается на 15%.

Кардиология: реалии и перспективы

Почему так происходит? Дело в том, что важнейшим механизмом поддержания АД является энергия отраженных пульсовых волн. Мощности сердца недостаточно для того, чтобы поддерживать давление даже на уровне 120 мм рт. ст., не говоря уж о таких цифрах, как 200, 230 и более, наблюдающихся у пациентов с АГ. АД – это результат суммации энергии отраженных волн. Есть три основных точки отражения волн: это ветвления сосудов, постепенное конусообразное сужение сосудов и, самое главное, резистивные периферические сосуды. Понятно, что тот препарат, который будет влиять на основную точку отражения, на резистивные периферические сосуды, будет уменьшать энергию отраженных волн и таким образом предупреждать избыточное повышение энергии, а значит, уровня АД. Он и будет самым мощным гипотензивным препаратом. Объединение свойств ингибитора АПФ и блокатора кальциевых каналов оказалось очень удачным в плане снижения периферического сосудистого сопротивления.

Дальнейший анализ данных исследования ASCOT показал, что существует прямая зависимость между размахом значений САД и вероятностью развития ишемической болезни и инсультов. Таким образом, важнейшей задачей терапии является не только снижение АД, но и уменьшение его вариабельности – именно этот эффект обеспечивается приемом Престанса (рис. 1).

С.А. Бойцов закончил свое выступление напоминанием о необходимости круглосуточного контроля АД, ведь чем выше давление в ночное время, тем больше индекс времени нагрузки АД сердечно-сосудистой системы и тем выше риски ССО. Но и с этой точки зрения Престанс зарекомендовал себя наилучшим образом (рис. 2). Антигипертензивная эффективность складывается из нескольких компонентов. Обсервационные эпидемиологические исследования продемонстрировали, что центральное АД, гипертензия в ночное время

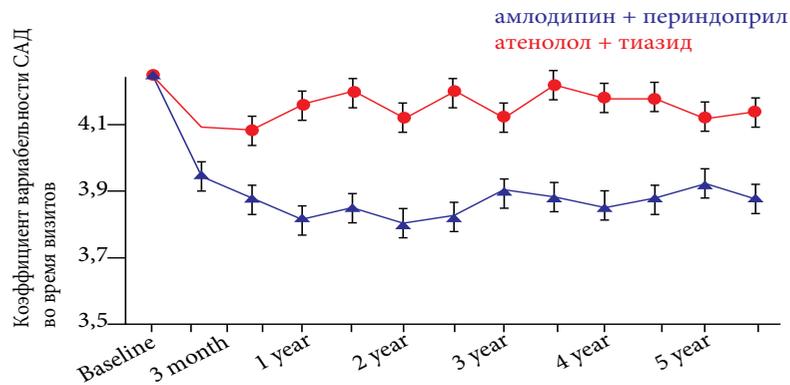


Рис. 1. Новые данные исследования ASCOT: амлодипин + периндоприл в большей степени снижают вариабельность САД

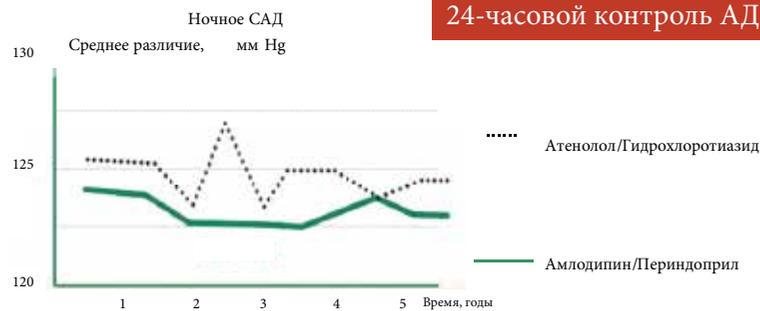


Рис. 2. Новые данные исследования ASCOT: эффективное снижение ночного САД при лечении комбинацией амлодипин + периндоприл

суток и вариабельность АД более информативны в оценке прогноза сердечно-сосудистых событий, чем измеренное в клинике АД на плечевой артерии. Это означает, что все компоненты антигипертензивной эффективности имеют большое значение в плане оценки уровня риска у каждого конкретного пациента.

Соответственно, в идеале антигипертензивный препарат должен задействовать все компоненты антигипертензивной эффективности, чтобы стать наиболее подходящей возможностью лечения, адаптированной под все потребности пациента. Престанс таковым и является (рис. 3).



Все факторы имеют независимое прогностическое значение

Рис. 3. Престанс как возможность реализации основных требований к антигипертензивным эффектам



Престанс в лечении АГ

Н.Б. Перепеч, д.м.н., профессор ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург



Профессор кафедры кардиологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова Н.Б. Перепеч начал свое выступление, посвященное вопросам контроля АД с помощью Престанса, с описания важнейшего системного эффекта данного препарата. По словам профессора, старение тканей – это прежде всего утрата эластичности, а значит, Престанс, возвращающий эластичность стенкам сосудов, оказывает омолаживающее действие на сердечно-сосудистую систему. Секрет в сочетании высоколипофильного ингибитора

АПФ с высоким сродством к тканевой ренин-ангиотензиновой системе с антагонистом кальция дигидропиридинового ряда. Профессор отдельно отметил, что данное свойство характерно отнюдь не для всех препаратов данных классов.

Впрочем, если говорить об эффектах комбинации ИАПФ и антагонистов кальция, то, по данным метаанализа 28 различных исследований, в которых приняли участие в общей сложности 58 000 пациентов, именно эти два класса препаратов оказывают наиболее сильное влияние на смертность. То есть теоретические положения находят клиническое подтверждение.

Говоря о доказательной базе Престанса, профессор Перепеч познакомил собравшихся с результатами сразу нескольких клинических исследований, например, с исследованием STRONG, в котором Престанс назначался пациентам с умеренной или тяжелой артериальной гипертонией в дозировке 5/5. Рисунок наглядно демонстрирует, что Престанс оказался эффективным у подавляющего

большинства пациентов вне зависимости от того, какую терапию они получали ранее.

В исследовании SYMBIO изучались разные сочетания периндоприла с амлодипином, причем пациенты, участвовавшие в исследовании, отличались значительным количеством сопутствующих заболеваний. Тут и поражения органов-мишеней, и уровень АД, превышавшего верхнюю границу нормальных значений. Перевод этих пациентов на прием Престанса уже через месяц более чем в половине случаев обеспечивал достижение целевого уровня АД, а через три месяца таких больных было уже 74%.

Профессор Перепеч подчеркнул, что «Престанс на сегодняшний день – это эффективное средство достижения целевого уровня давления вне зависимости от состояния, предшествовавшего терапии», – и продолжил: «С учетом того, что этот препарат позиционируется как предпочтительное средство лечения комбинации АГ и ишемической болезни сердца, я бы расширил этот коридор до комбинации АГ с атеросклерозом. Принимая во внимание данные, которые были получены в исследовании NOPE и в исследовании EUROPE, я бы позволил себе сделать такое заключение: с учетом более значимого влияния ингибиторов АПФ на риск сердечно-сосудистых событий по сравнению с блокаторами кальциевых каналов, при выборе оптимальной дозы и титрации препарата, особенно у больных с сочетанием АГ и ИБС, целесообразно считать приоритетной задачей достижение начала дозы престариума 10 мг/сут, а затем повышение дозы амлодипина до этого уровня».

Материал подготовила А. Лозовская

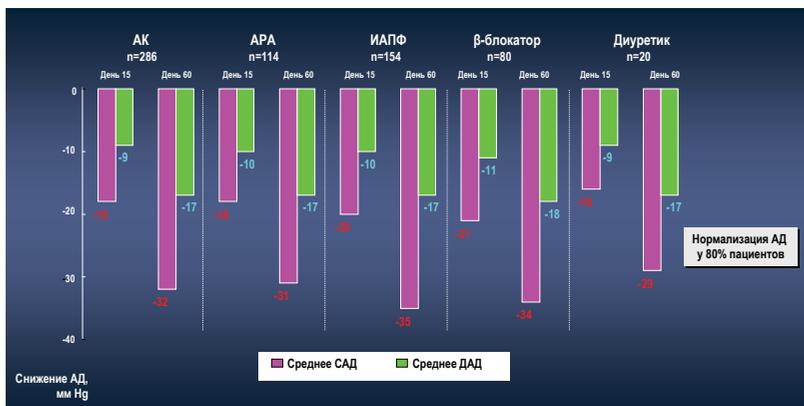


Рис. STRONG: эффективность фиксированной комбинации периндоприл + амлодипин в снижении АД у пациентов с неконтролируемой АГ на фоне предшествующей монотерапии

ПРЕСТАНС

ПЕРИНДОПРИЛ АРГИНИН + АМЛОДИПИН

1 ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ



ВСЕ СПЕКТР ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЛЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ АГ

ВЫРАЖЕННОЕ СНИЖЕНИЕ АД
И
ПРОДЛЕНИЕ ЖИЗНИ



1. Bahl VK, Jadhav UM, Thacker HP. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2009;9:135-142.
2. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al; *Lancet*. 2005;366:895-906.
3. Horowitz J, Remme WJ, Torp-Pedersen C. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2009;23:25-29.



115054, Россия, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3
Тел.: +7 495 937 0700; факс: +7 495 937 0701



Урежение ЧСС – основная задача в терапии больных с ССЗ?

Почему частота сердечных сокращений (ЧСС) столь важна при лечении кардиологических заболеваний? В обсуждении этого и других вопросов, касающихся терапии сердечно-сосудистых заболеваний, 7 октября 2010 года на организованном компанией «Доктор Редди'с» симпозиуме в рамках Российского национального конгресса кардиологов участвовала избранная аудитория ведущих специалистов, клинических исследователей и практикующих кардиологов. Вниманию читателей предлагаются тезисы самых интересных выступлений участников симпозиума.

Влияние препаратов на частоту сердечного ритма и отдаленные исходы у больных с кардиоваскулярными заболеваниями

*Н.А. Мазур,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
кардиологии РМА
последипломного
образования, Москва*



В данном сообщении представлены результаты проспективных плацебо-контролируемых исследований, которые продемонстрировали положительное влияние на так называемые твердые конечные точки (общую летальность и летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, включая внезапную смерть, а также частоту возникно-

вения инфаркта миокарда, инсульта нефатального течения). Данные анализа результатов в ретроспективно выделенных группах в соответствии с современными требованиями доказательной медицины отнесены в группу не имеющих доказательств.

Частота сердечного ритма (ЧСР) является интегральным показателем физических возможностей, общего здоровья, продолжительности жизни человека, включая больных с кардиоваскулярными заболеваниями, а также отражает степень активности вегетативной нервной системы. В частности, у больных, перенесших инфаркт миокарда, оптимальной является ЧСР менее 60 в 1 мин. В наших исследованиях было установлено, что наибольшее действие на ЧСР оказывают при использовании в

целевых дозах блокаторы бета-адренорецепторов (БАБ), снижавшие частоту пульса на 22%, а также верапамил СР и дилтиазем СР, урежавшие ритм почти на 10 и 4% соответственно. Ингибиторы АПФ весьма умеренно (недостаточно) снижают частоту ритма, в то время как дигидропиридиновые антагонисты кальция длительного действия умеренно его учащают. Урежение ЧСР сочетается, по нашим данным, с уменьшением выброса норадреналина (НА), а его учащение, например, под действием диуретика или нифедипина – с увеличением выброса НА, определяемого во время малой дозированной нагрузки, которая значительно уменьшает вероятность воздействия других раздражителей из окружающей больного среды на содержание катехоламинов в крови (рис. 1).

Кардиология: реалии и перспективы

В многочисленных исследованиях у больных ИБС было показано, что кардиоселективные (за исключением Небилета) и неселективные без внутреннего симпатомиметического действия БАБ достоверно снижают риск общей летальности, риск развития инфаркта миокарда. В нашем исследовании (рис. 2), включавшем только больных с высоким риском внезапной смерти, терапия пропранололом (Обзиданом) в индивидуально подобранных дозах (от 80 до 320 мг/сут), урежавших ЧСР на 15% и более, отмечено достоверное уменьшение летальности, по сравнению с контрольной группой больных, находившихся под наблюдением врачей поликлиник.

- Обследовано почти 2000 больных, перенесших инфаркт миокарда
- Включены в исследование больные высокого риска ВС (229 чел.)
- Дозы обзидана: 80–320 мг (урежение ЧСС на 15% и более)
- Длительность наблюдения – 1,5 года
- Летальность: группа лечения – 1%, группа контроля – 12% ($p < 0,05$)

Рис. 2. Исследование с Обзиданом (Мазур Н.А. с сопр., 1982)

В то же время в исследовании СОМЕТ с карведилолом (Дилатрендом), который урежает ЧСР в меньшей степени, чем другие кардиоселективные БАБ без симпатомиметического действия, использование его в максимальной дозе (25 мг 2 раза в сутки) в сопоставлении с метопрололом короткого действия в малой дозе (50 мг 2 раза в сутки) не было выявлено преимуществ его во влиянии на выживаемость, а показатели летальности оказались одинаковыми. Вероятно, что меньшая эффективность карведилола (учитывая показатель доза/эффект) обусловлена тем, что препарат, кроме бета-адреноблокирующего, обладает также и альфа-адреноблокирующим действием, которое, вероятно, оказывает стимулирующее влияние на активность симпатoadренальной системы.

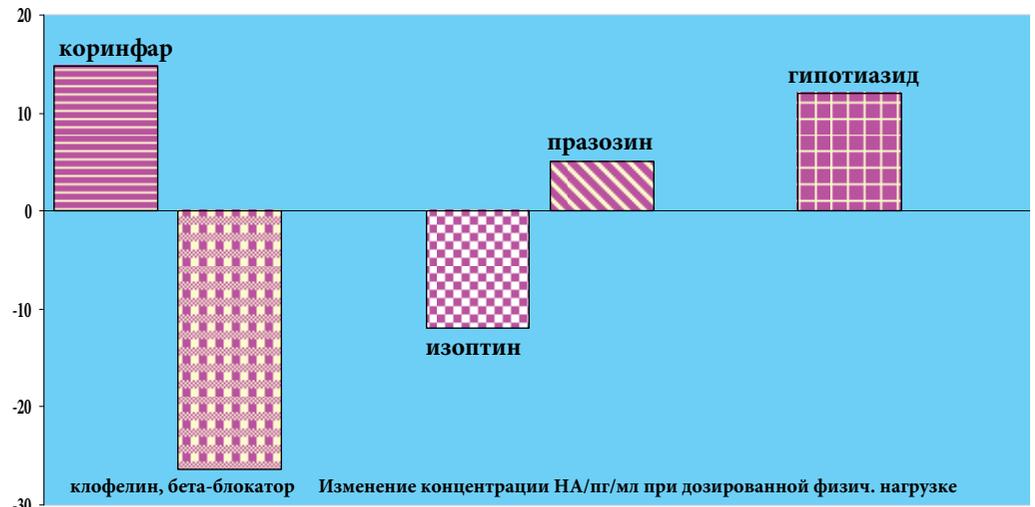


Рис. 1. Влияние препаратов на выброс норадреналина (Мазур Н.А., Назаров Э.А., 1992)

Пульсурежающие антагонисты кальция у больных с документированной ИБС (то есть перенесших ИМ), у которых отсутствует застой крови в малом и/или большом круге кровообращения, также достоверно уменьшают общую летальность, риск возникновения внезапной смерти. В исследованиях с применением амлодипина или нифедипина – GITS, которые, несомненно, обладают антиишемическим действием, не было отмечено снижения летальности.

Для понимания механизма положительного действия пульсурежающих препаратов очень важными являются два исследования с использованием кораксана (BEAUTIFUL, SHIFT), урежающего только синусовый ритм сердца, не оказывая других эффектов, которыми обладают БАБ и пульсурежающие антагонисты кальция (рис. 4). На фоне стандартной терапии (БАБ, ИАПФ и т.д.) дополнительное назначение кораксана не привело к снижению общей

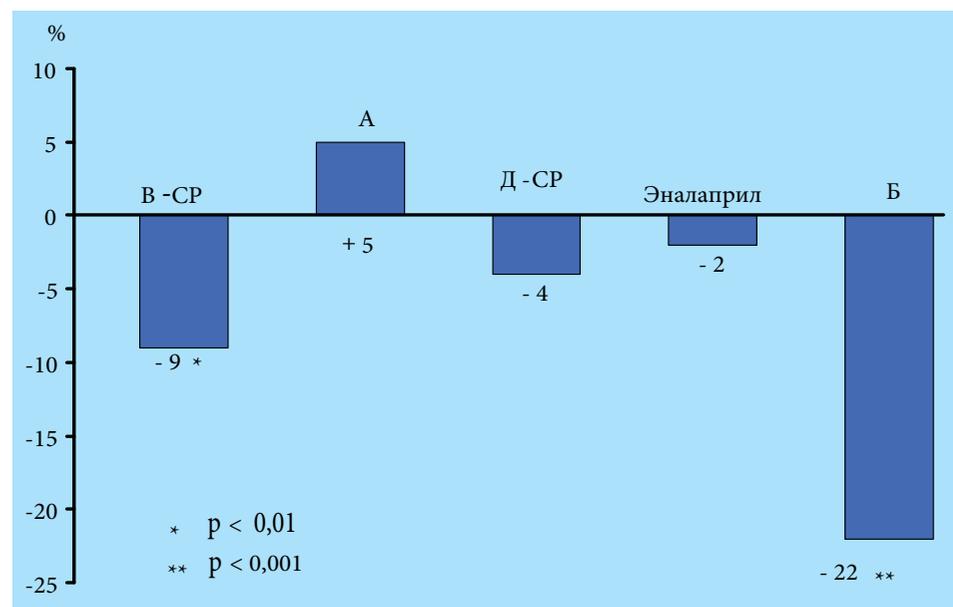


Рис. 3. Динамика величины ЧСС после курса гипотензивной терапии (Мазур Н.А., Лазарева О.Н., 2008)



Кардиология: реалии и перспективы



летальности, летальности от ССЗ и частоты внезапной смерти. Результаты, полученные при ретроспективном выделении групп больных, не являются, как это принято сегодня, доказательными и носят спекулятивный характер.

- Включено 6 505 больных с сердечной недостаточностью
- Терапия: кораксан 7,5 мг x 2 раза или плацебо. Бета-блокаторы получали 90% больных, только у 26% больных – в целевых дозах

Результаты:

- показатели летальности не отличались
- частота ВС была одинаковой

Рис. 4. Исследование SHIFT (J. Kjekshus, конгресс ЕОК, 2010)

Выявленные закономерности влияния БАБ на выживаемость больных ИБС имеют такой же характер у больных с сердечной недостаточностью. Так, например, терапия бисопрололом в целевых дозах снизила общую летальность на одну треть ($p < 0,0001$).

Сравнение эффективности метопролола и тиазидного диуретика (исследование MAPHY), который, по нашим данным, увеличивает выброс НА у больных артериальной гипертензией (АГ), продемонстрировало достоверно более значимое влияние БАБ на выживаемость больных, частоту возникновения ИБС.

Таким образом, препараты, обладающие антиадренергическим действием, вызывающие также урежение ЧСР, снижают риск летального исхода у больных ИБС, хронической сердечной недостаточностью и АГ. Изолированное угнетение функции синусового узла под действием кораксана не оказывает положительного влияния на выживаемость больных ИБС и сердечной недостаточностью.

Значение контроля ЧСС у больных фибрилляцией предсердий

С. Ф. Соколов,
к.м.н., Институт
кардиологии им.
А.Л. Мясникова ФГУ
РКНПК МЗиСР РФ



Развитие фибрилляции предсердий (ФП) имеет важные гемодинамические последствия, связанные с исчезновением сокращения предсердий, нерегулярностью сокращения желудочков, ишемией миокарда и, что наиболее важно, увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС). Последнее обусловлено тем, что при ФП сверхчастая импульсация

предсердий делает ЧСС целиком зависящей от «пропускной способности» АВ-узла, которая не предусмотрена природой в качестве механизма адаптации ЧСС к физиологическим потребностям организма и оказывается избыточно высокой. Последствиями высокой ЧСС, кроме тягостной клинической симптоматики, становится каскад патологических изменений, конечным результатом которых служат нарушения гемодинамики, приводящие к снижению качества жизни и даже к развитию острой или хронической сердечной недостаточности, а в отдельных случаях к специфической форме кардиомиопатии. Лечение ФП предполагает пять основных направлений: устранение клинических симптомов, оптимальное лечение основного сердечно-сосудистого заболевания, предупреждение тромбоэмболических осложнений и еще

два направления, которые принято рассматривать как альтернативные стратегии лечения. Это «контроль ритма», предполагающий устранение ФП и удержание нормального синусового ритма фармакологическими или нефармакологическими средствами, и «контроль частоты», предусматривающий отказ от устранения ФП и лечение, направленное на нормализацию ЧСС.

Выполнено большое число исследований, целью которых было сравнение двух указанных стратегий (RACE, AFFIRM, AF-SHF и др.), но ни одно из них не выявило значимых различий конечных результатов лечения. В этой связи выбор стратегии кажется произвольным и существенное влияние на него оказывают, с одной стороны, желание использовать все возможности, чтобы сохранить нормальный синусовый ритм, и, с другой стороны, очевидная бес-

Кардиология: реалии и перспективы

Таблица. Лекарственные препараты, рекомендуемые для контроля частоты при ФП

Препараты	Внутривенно	Внутрь
Бета-адреноблокаторы		
Метопролол CR/XL	2,5–5 мг	100–200 мг x 1 p/сут
Бисопролол	–	2,5–10 мг x 1 p/сут
Атенолол	–	25–100 мг x 1 p/сут
Эсмолол	10 мг	–
Пропранолол	1 мг	10–40 мг x 3 p/сут
Карведилол	–	3,125–25 мг x 2 p/сут
Недигидропиридиновые антагонисты Ca²⁺		
Верапамил	5 мг	40–360 мг/сут
Дилтиазем	–	180–360 мг/сут
Сердечные гликозиды		
Дигоксин	0,5–1 мг	0,125–0,5 мг/сут
Дигитоксин	0,4–0,6 мг	0,05–0,1 мг/сут
Другие препараты		
Амиодарон	5 мг/кг за 1 час и далее 50 мг/ч	100–200 мг/сут
Дронедарон	–	400 мг x 2p/сут

перспективность попыток устранения ФП и предупреждения ее рецидивов. При этом следует учитывать, что при каждом эпизоде ФП вне зависимости от ее формы первоначальные лечебные мероприятия должны быть направлены на нормализацию ЧСС и только в зависимости от полученных результатов возможно дальнейшее решение вопроса о выборе стратегии лечения больного. Более того, современные рекомендации по ведению больных с ФП требуют продолжения назначения лекарственных препаратов, снижающих ЧСС, даже при выборе стратегии «контроля ритма» на случай возможного рецидива аритмии. Важным в связи с этим становится вопрос о том, до какой степени требуется снижать ЧСС при ФП, чтобы можно было считать эффект лечения достигнутым. Разные исследования дают разные рекомендации, так что могут быть выделены два направления: использование «мягких» и «жестких» критериев эффекта. Первые предполагают простое снижение ЧСС в покое ниже 100–110 имп/мин, в то время как вторые – снижение ЧСС в покое ниже 80 имп/мин и, кроме того, использование для контроля ЧСС метода холтеровского мониторирования ЭКГ и пробы с физической нагрузкой. Однако прямое сравнение ре-

зультатов лечения с применением этих двух критериев эффекта указывают на отсутствие значимых различий в конечном результате лечения. В связи с этим рекомендуется применять «мягкие» критерии при бессимптомном или малосимптомном течении ФП, а при выраженной симптоматике использовать «жесткие» критерии эффекта.

Основными средствами снижения ЧСС при ФП являются лекарствен-

ные препараты, оказывающие отрицательный дромотропный эффект на АВ-узел. К ним относятся бета-адреноблокаторы (БАБ), важным свойством которых является способность снижать ЧСС при физических нагрузках, недигидропиридиновые антагонисты Ca²⁺ (НАК), сердечные гликозиды (СГ) и амиодарон. Выбор препаратов зависит от двигательной активности больного и его основного заболевания. При не-

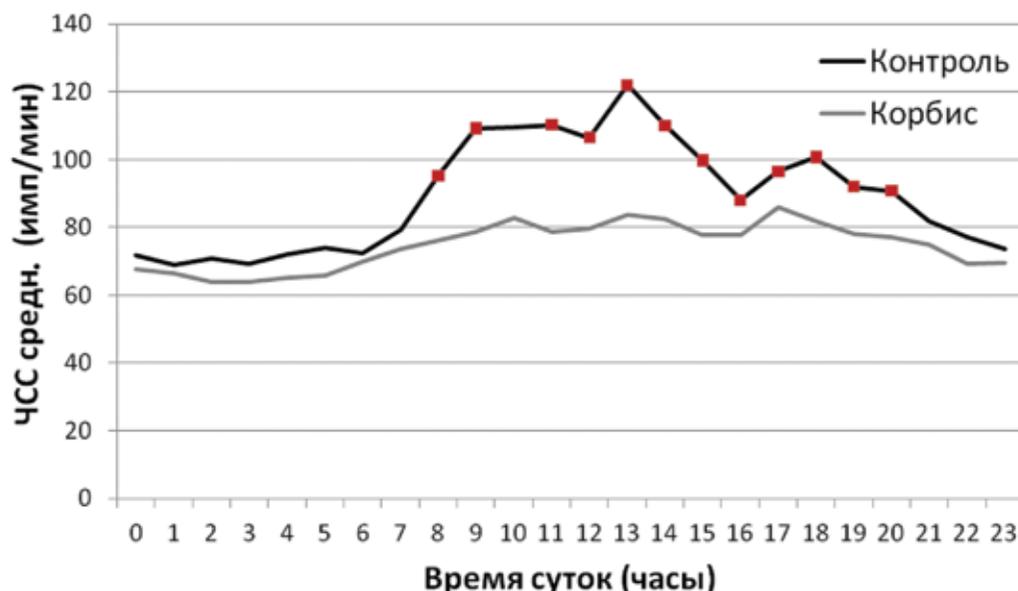


Рис. Влияние однократного приема бисопролола (Корбис) на среднюю ЧСС на протяжении суток у больных с персистирующей формой ФП (квадраты означают статистическую значимость различий)



Кардиология: реалии и перспективы

активном образе жизни достаточным может оказаться назначение одних только сердечных гликозидов. При активном образе жизни в случае идиопатической формы ФП и ее возникновении на фоне артериальной гипертонии препаратами первого выбора служат БАБ, за которыми следуют НАК и СГ, а также комбинации вышеперечисленных средств. При наличии сердечной недостаточности рекомендуется использование БАБ и СГ и их комбинации. Больным с хроническими обструктивными заболеваниями легких препаратами первого выбора служат НАК, но не исключается применение СГ и β 1-селективных БАБ. Рекомендуемые лекарственные средства

представлены в таблице. Обращает на себя внимание то, что в рекомендациях Европейского общества кардиологов 2010 года впервые в список БАБ включен бисопролол, даже невзирая на то, что крупные рандомизированные исследования этого препарата по рассматриваемому показанию отсутствуют. Бисопролол, являясь β 1-селективным БАБ и эффективно снижая ЧСС при ФП, обладает такими фармакокинетическими свойствами, которые делают его весьма удобным для применения в условиях длительного лечения. При однократном приеме в утренние часы максимальное его действие приходится на дневное время суток, именно тогда, когда

требуется снижение ЧСС, определяемой физической нагрузкой. В ночные часы, когда угнетение проведения по АВ-узлу чревато развитием чрезмерной брадикардии, его действие менее выражено. Эти свойства препарата подтверждены в нашем исследовании, в котором у 20 пациентов с персистирующей ФП изучали действие бисопролола (Корбис®) в дозах 5 и 10 мг в сутки при однократном приеме внутрь. Рисунок наглядно иллюстрирует эффективное снижение ЧСС под влиянием препарата в дневные часы при практическом отсутствии дополнительного и необязательного снижения ЧСС в ночное время суток.

Роль контроля ишемии миокарда с помощью урежающих и не урежающих пульс препаратов в лечении больных стенокардией

*Е.А. Золозова,
А.А. Карлов,
Н.А. Карлова,
Е.В. Саютина,
А.И. Пшеницын,
В.В. Чигинева,
Н.А. Мазур*

В нашем сообщении представлены результаты клинических исследований, которые продемонстрировали прогностическую роль ишемии миокарда, а также влияние урежающих пульс и не урежающих пульс препаратов на ишемию и отдаленные исходы у больных стенокардией (см. табл.). Лечение больных стабильной стенокардией предполагает выделение следующих задач: влияние на прогноз, контроль ишемии и улучшение качества жизни. Для уменьшения выраженности ишемии и уменьшения симптомов заболевания Европейское общество кардиологов рекомендует 4 класса антиангинальных препаратов: 1) блокаторы бета-адренорецепторов, 2) блокаторы кальциевых каналов, 3) препараты, увеличивающие образование оксида азота, 4) активатор ка-

лиевых каналов (никорандил). Наиболее эффективной следует считать ту терапию, которая, наряду с антиангинальным эффектом, позволит увеличить выживаемость больных ишемической болезнью сердца. Механизмы антиангинального действия этих групп препаратов существенно отличаются по степени влияния на нейромедиаторную активность, по-разному препараты влияют на сосудистую сопротивляемость, тонус гладкомышечных клеток и частоту сердечных сокращений. Критериями антиишемической эффективности препарата, коррелирующими со значительным повышением качества жизни, являются предупреждение или значительное уменьшение (на 50–70% и более) степени депрессии сегмента ST и более позднее (2–3 мин) ее возникновение во время стресс-теста.

Все группы препаратов в соответствующих дозах оказывают сравнимый антиишемический эффект. У самых «старых» антиангинальных препаратов – нитратов – эффект выражен в наибольшей степени (ЕОК, 2006). Однако данных о влиянии нитратов на смертность больных со стабильной стенокардией нет. Особенно важно обеспечение уменьшения риска осложнений и снижение летальности. В проведенных исследованиях наибольшее число доказательств пользы получено относительно использования бета-блокаторов. Назначение их больным, перенесшим инфаркт миокарда, уменьшает вероятность смерти на 22% и снижает риск повторного инфаркта миокарда на 27%, а больным с высоким риском внезапной смерти обеспечивало снижение ее на 30–50%. В 1980-е годы был про-

КОРБИС

Бисопролол (5 и 10 мг)

DR. REDDY'S

Сердце в ритме жизни



Урежает ритм сердца

Обеспечивает кардиоселективность

Действует 24 часа

Защищен надежной упаковкой

Соответствует мировому качеству (US FDA)

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



Таблица 1. Выживаемость больных ИБС в зависимости от величины риска по результатам стресс-теста

Величина риска (тредмил-индекс, включающий депрессию сегмента ST)	4-летняя выживаемость (%)	Ежегодная летальность (%)
Низкий	99	0,25
Промежуточный	95	1,25
Высокий	79	5,25

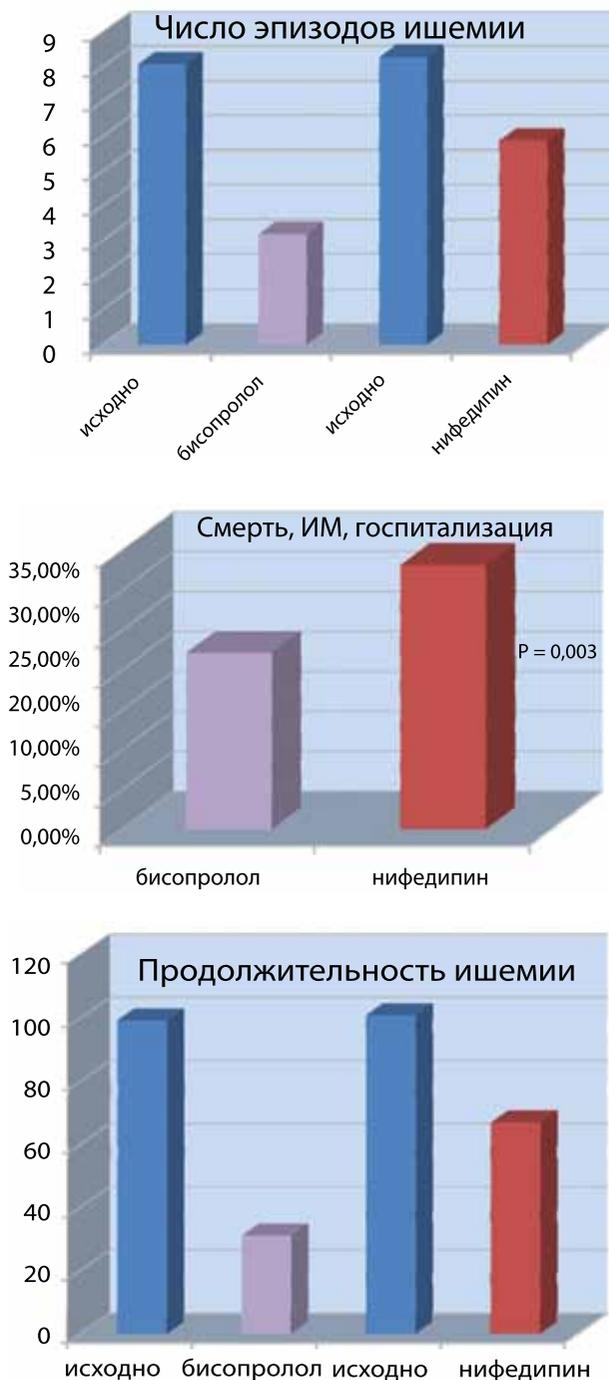


Рис. 1. Результаты исследования TIBBS (бисопролол 10 мг и нифедипин 40 мг)

веден ряд исследований (DAVIT I, DAVIT II, CRIS, INTERCEPT), продемонстрировавших положительное влияние пульсурежающих антагонистов кальция на частоту повторного ИМ и внезапной смерти у больных с ИБС без признаков застойной СН. Дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин, нифедипин – GITS) влияния на общую летальность не оказывают, несмотря на доказанный антиишемический эффект (рис. 1).

Активатор калиевых каналов (никорандил) обладает антиангинальным эффектом, но убедительных доказательств положительного влияния на прогноз не получено (исследование IONA).

В реальной практике больные стабильной стенокардией часто имеют сопутствующую артериальную гипертензию, сахарный диабет, атеросклеротическое поражение периферических артерий, что требует выбора соответствующей терапии.

В нашем исследовании изучалась антиишемическая эффективность терапии бисопрололом (Корбис) у больных стенокардией в сочетании с АГ и атеросклерозом периферических артерий. Отбор больных стенокардией предполагал обязательное наличие документированных депрессий сегмента ST при ХМ и атеросклеротических бляшек в артериях нижних конечностей. Из числа включенных больных у 75% больных была сопутствующая АГ, 20% имели сахарный диабет 2 типа. Атеросклеротическое поражение периферических сосудов регистрировалось у всех больных, а у части из них носило выраженный характер (22%). Одновременно у всех больных регистрировались атеросклеротические бляшки в брахице-

фальных артериях. Все больные принимали бисопролол (Корбис), при отсутствии достаточного эффекта добавляли второй препарат – дигидропиридиновый АК – Стамло М, в случае неэффективности комбинации присоединяли лизиноприл (Листрил). Четверть больных находилась на монотерапии Корбисом, более половины (58%) принимали комбинацию Корбиса и Стамло М и 17% принимали 3 препарата.

Группы моно- и комбинированной терапии значительно отличались друг от друга по клиническим данным (табл. 2). В группе комбинированной терапии у 30% больных в анамнезе был ИМ, все больные имели сопутствующую АГ, у 26% регистрировался сахарный диабет 2 типа, а также имелись признаки тяжелого поражения периферических артерий (у 1/3 выраженный стеноз брахиоцефальных артерий и у четверти – перемежающаяся хромота).

Терапия в течение 3 месяцев привела к достоверному урежению ЧСС (более 10 уд/мин) и снижению АД, количество эпизодов депрессии ST уменьшилось втрое, а длительность ишемии и суммарный индекс ишемии уменьшился в 4 раза. При сравнении эффективности комбинированной и монотерапии одинаково достоверно снижалась ЧСС и АД, количество эпизодов ишемии уменьшилось в 3–4 раза, а такие показатели, как длительность и суммарный индекс ишемии, снизились в 4 и 5 раз соответственно. Скорость пульсовой волны в периферических артериях достоверно снизилась в группе комбинированной терапии, в аорте достоверно не изменилась. Изменение скорости пульсовой волны в артериях нижних



Кардиология: реалии и перспективы

Таблица 2. Различия между группами монотерапии и комбинированной терапии

Параметр	Монотерапия, N = 11	Комбинированная терапия, N = 18
ИМ в анамнезе	2 (18%)	6 (33,3%)
Артериальная гипертония	4 (36%)	18 (100%)
Сахарный диабет	0 (0%)	6 (20,6%)
Нарушение толерантности к глюкозе	0 (0%)	2 (6,8%)
Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий	11 (100%)	18 (100%)
В том числе стеноз артерий > 70%	0 (0%)	5 (27,7%)
Атеросклеротическое поражение артерий н/конечностей	11 (100%)	18 (100%)
Перебегающая хромота	0 (0%)	4 (22,2%)

конечностей в основном отмечалось в группе больных с исходно не измененным ЛПИ.

Полученные данные показали, что терапия с помощью использованных препаратов больных из реальной практики оказала выраженный антиишемический, гипо-

тензивный эффект и отсутствие отрицательного влияния на периферический кровоток по данным объемной сфигмографии (табл. 3). Таким образом, антиангинальные препараты из разных групп хотя и уменьшают выраженность ишемии миокарда, но не в одинаковой

степени улучшают прогноз жизни, так как влияние на выживаемость связано не только с антиишемическим действием, но и с другими эффектами препаратов (снижение активности СНС, влияние на органы-мишени и электрофизиологические свойства миокарда).

Таблица 3. Влияние 3-месячной комбинированной терапии (Корбис, Стамло М, Листрил)

N=18	Исходно (М + м)	Комбинация (М + м)
ЧСС	66,9 + 1,1	56,1 + 0,9
Дневное САД	149,2 + 1,4	134,7 + 1,0
Дневное ДАД	87,8 + 1,2	78,2 + 0,8
Ночное САД	132,9 + 1,7	121,9 + 1,3
Ночное ДАД	74,0 + 1,5	67,4 + 0,9
Количество депрессий ST	6,9 + 2,2	1,9 + 2,0
Суммарная длительность депрессий ST (мин)	25,4 + 5,6	6,3 + 3,8
Индекс ишемии (мВ x мин)	4,3 + 2,3	0,9 + 1,4
ЛПИ	0,96 + 0,12	0,96 + 0,13
Скорость периферической пульсовой волны в артериях н/к	15,11 + 0,62	14,34 + 0,62
Скорость пульсовой волны в аорте	6,78 + 0,84	7,13 + 1,19

Дезагрегантная терапия у больных ишемической болезнью сердца

Дезагрегантная терапия является обязательной составной частью современного медикаментозного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и других вызванных атеросклерозом заболеваний сосудов. Внедрение в практику лечения больных ИБС метода коронарной ангиопластики с имплантацией стента и результаты исследований по прогнозу после таких вмешательств дали колоссальный фактический мате-

риал наблюдений по данной проблеме. Клинико-лабораторные исследования состояния агрегации при различной патологии, прежде всего при ИБС, опыт применения при остром инфаркте миокарда ингибиторов гликопротеида IIb/IIIa способствовали укреплению понимания роли дезагрегантов при лечении ИБС. Была обозначена роль ацетилсалициловой кислоты при первичной и вторичной профилактике ИБС, установлено

значение клопидогрела как оптимального на сегодняшний день средства достижения долговременного дезагрегантного эффекта при моно- и комбинированной (двойной дезагрегантной) терапии. Многочисленные исследования по оценке влияния дезагрегантов на течение ССЗ показали безусловно положительное влияние терапии в отношении уменьшения случаев инфаркта миокарда, инсульта, общей смертности.

А.Б. Сумароков,
Л.И. Бурячковская,
И.А. Учитель

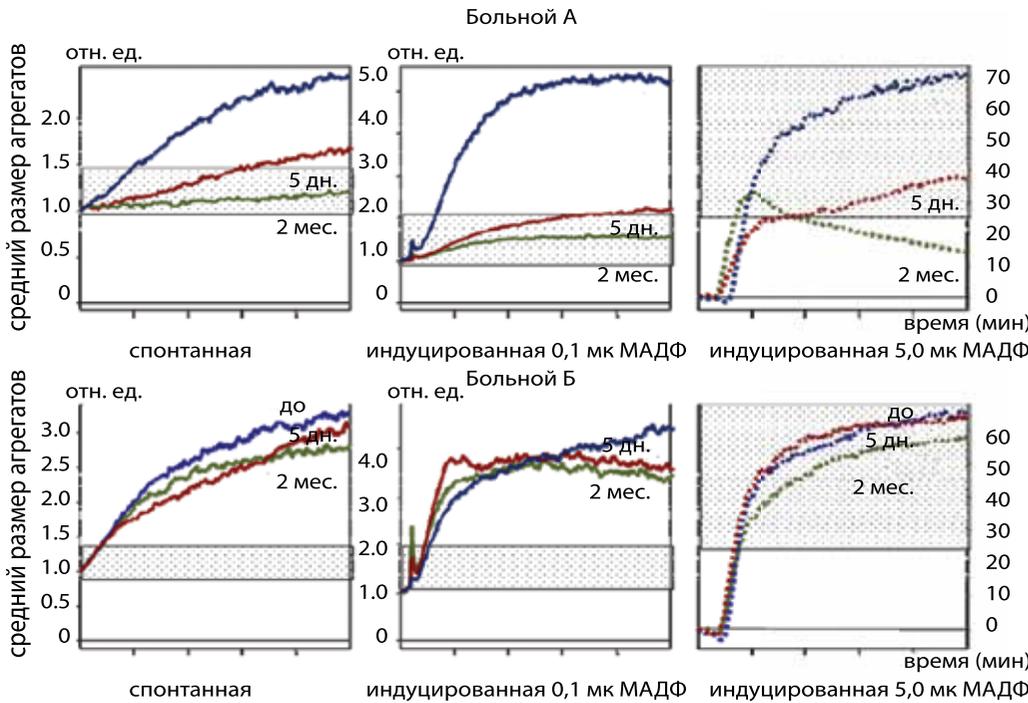


Рис. Кривые агрегации тромбоцитов, зарегистрированные методом световой агрегатометрии, у чувствительного (наблюдение А) и у резистентного к терапии клопидогрелом больного (наблюдение Б)

Несмотря на широкое применение дезагрегантной терапии, некоторые важные аспекты лечения антитромбоцитарными препаратами остаются недостаточно разработанными.

Среди неотложных задач, требующих решения в ближайшие годы, следует считать следующие:

- выработка общепринятого и доступного практике алгоритма выявления резистентных к терапии больных;
- достижение согласованных решений по применению лабораторных методов оценки эффекта дезагрегантов;
- достижение консенсуса в проблеме дозировок клопидогрела;
- проблема оптимальной длительности терапии дезагрегантами и проблема синдрома отмены тиенопиридинов на амбулаторном этапе;
- кровоточивость при применении дезагрегантов и профилактика кровотечений.

Решение этих проблем представляет собой задачу различного уровня сложности. Некоторые из

них могут быть решены уже сегодня, другие требуют организации дополнительных исследований. Распространение использования коронарной ангиопластики коронарных артерий требует повышения «агрессивности» терапии. При эндоваскулярной ангиопластике чаще всего применяется двух-трех компонентная антитромбоцитарная терапия – так называемая двойная (ацетилсалициловая кислота + клопидогрел) и тройная (с добавлением в остром периоде блокаторов рецепторов IIb/IIIa); в ряде случаев используется сочетание АСК с тиенопиридином и варфарином. В настоящее время имеется тенденция применения более высоких нагрузочных доз клопидогрела. Для ацетилсалициловой кислоты опытным путем установлен диапазон доз, при котором наблюдаются наилучшие с точки зрения профилактики осложнений результаты – 100–375 мг/сут. Эмпирически установлено, что увеличение дозы не приводит к улучшению этих показателей, а уменьшение ниже 75 мг/сут со-

провождается потерей какого-либо превентивного эффекта.

Эффект дезагрегантов индивидуален и зависит от многих факторов (см. рис.). Установлено, что примерно 30% больных ИБС при углубленном исследовании показывают недостаточную эффективность дезагрегантов, что в литературе получило название резистентность к дезагрегантам (аспирину, клопидогрелу). Среди механизмов развития резистентности можно указать различные факторы: состояние рецепторов, на которые должен воздействовать дезагрегант, генетически детерминированные особенности, определяющие функционирование рецептора (мутации генов, полиморфизм рецепторов), состояние других клеток крови, наличие текущих воспалительных процессов, ускорение разрушения и образования тромбоцитов в организме, курение, несоблюдение лекарственного режима больным. Учитывая достаточно большое количество резистентных больных, можно предполагать, что многие из них получают малоэффективное лечение (неэффективное?). Такое лечение вместо потенциальной пользы может принести потенциальный риск побочных эффектов; при этом ни врач, ни больной об этом не догадываются, так как оценка эффекта дезагрегантов по субъективным ощущениям невозможна. На фармацевтическом рынке ожидаются новые препараты, обладающие более мощным действием. Однако клопидогрел остается удобным препаратом для длительной терапии. Новые препараты, возможно, снизят число резистентных больных, терапия станет более эффективной, что потенциально может спровоцировать рост частоты побочных эффектов, особенно в условиях неконтролируемого применения. Увеличение дозировок для длительного приема может привести к уменьшению числа резистентных больных, но будет способствовать учащению кровотечений. ☺



Легкое дыхание сердца!

СТАМЛО® М

АМЛОДИПИНА МАЛЕАТ
таблетки 5 мг и 10 мг

Зарегистрирован в 25 странах мира,
включая США, Великобританию
и Россию, для лечения:

- артериальной гипертензии
- стенокардии напряжения
- вазоспастической стенокардии





Берегите мужчин!

Проблема ухудшения мужского здоровья и сокращения продолжительности жизни мужчин в нашей стране весьма актуальна – средняя продолжительность жизни мужского населения в России составляет 59 лет. Как влияет мужское здоровье на продолжительность жизни, обсуждали ведущие российские урологи-андрологи и специалисты смежных областей медицины на состоявшейся 1 декабря 2010 года пресс-конференции «Формула здоровья мужчины». Это мероприятие проводилось в преддверии научно-практической конференции «Социально значимые проблемы уроандрологии», которая пройдет в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. В ряду рассматриваемых на пресс-конференции вопросов особое внимание было уделено современному подходу к лечению эректильной дисфункции как предвестника серьезных сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов и инсультов).



«Берегите мужчин!» – лозунг 1970-х годов напомнила собравшимся представителям СМИ и спикерам модератор пресс-конференции **Ирина Ивановна Чукаева**, д.м.н., профессор РГМУ. Она заметила: «Я думаю, что большинство этот лозунг успешно забыли, потому что мы стали говорить наконец-то

о здоровье женщин. На самом деле, когда мы анализируем проблемы современного общества, то прекрасно понимаем, что по-прежнему именно с мужчинами связано уменьшение продолжительности жизни населения и особое течение заболеваний. Скажем, метаболический синдром и артериальная

гипертония возникают раньше и обычно устойчивее у мужчин. Ишемическая болезнь сердца тоже возникает раньше и протекает гораздо тяжелее, риск внезапной смерти, конечно, выше именно у этого контингента пациентов. У российских мужчин раньше возникает зависимость от табакокурения, алкоголизм.

Кардиология: реалии и перспективы

И безусловно, проблемы, связанные с мужской анатомией, – уроандрологические проблемы – требуют особого внимания».

Председатель Российского общества урологов, академик РАМН, профессор **Николай Алексеевич Лопаткин** привел цитаты из обращения Президента Медведева к Федеральному Собранию России, которое было посвящено в большой мере проблемам здравоохранения. «С моей точки зрения, важно то, что особое внимание в здравоохранении будет уделено улучшению оказания помощи детям, подросткам и прочим проблемам восстановления численности населения нашего государства. Социальная значимость уроандрологии несомненна: как уже было сказано, продолжительность жизни российского мужчины значительно меньше, чем за рубежом – в Америке, во Франции. И тому есть много причин. Другой вопрос: есть ли условия для того, чтобы с успехом справиться с решением этой задачи. Сегодня все чаще появляются хорошо оснащенные мужские консультации. Но мало иметь хорошее и современное оборудование, надо, чтобы этим оборудованием врачи умели пользоваться. Без этого ничего хорошего не получится, – утверждает академик Лопаткин. – Основная, на мой взгляд, задача – готовить специалистов высокого класса. Недавно открывшийся в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова Научно-исследовательский институт уронефрологии и репродуктивного здоровья человека сыграет важную роль в борьбе со многими мужскими недугами. Важно помнить, что здоровье мужчины не только его личное дело – от него напрямую зависит благополучие семьи и здоровье будущих детей».

Проректор по научной и инновационной деятельности Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор **Владимир Нико-**

лаевич Николенко рассказал коллегам о деятельности нового НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. «Восстановление репродуктивного здоровья – это проблема не только медицинская, но и социальная. Это проблема государственной важности. Сохранение репродуктивного здоровья мужчин стоит в одном ряду с проблемой национальной безопасности, – отметил Владимир Николаевич. – На сегодняшний день у каждой пятой семьи возникают проблемы с зачатием ребенка. На Ученом совете университета было принято решение создать в структуре университета научно-исследовательский институт, главной задачей которого станет консолидация усилий, направленных на изучение нарушений репродуктивного здоровья мужчин и женщин и лечение пациентов. Возглавил Институт ректор нашего университета, член-корреспондент РАМН, профессор Петр Витальевич Глыбочко, который является вице-президентом Российского общества урологов. Одной из особенностей нового НИИ станет возможность работать не только с отдельными пациентами, но и решать проблемы семьи».

Профессор И.И. Чукаева напомнила о том, что 35 лет прошло с той поры, когда ВОЗ разграничила понятие репродуктивного и сексуального здоровья. «Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье – это, по сути, отсутствие расстройств, дисфункций, болезней, которые препятствуют рождению ребенка. Сексуальное здоровье – это комфорт, чувство эмоционального, социального благополучия, которое человек получает от интимных отношений. Очень важно понимать, что в обоих направлениях нам надо работать, когда мы говорим о мужском здоровье. Не говоря уже о том, что и кардиологи, и терапевты, и другие специали-



Н.А. Лопаткин

сты могут и должны принимать в этом участие.

Сегодня мы знаем, что отношения между мужчиной и женщиной – это не только рождение детей, но и продолжительность и качество жизни. 25-летние наблюдения продемонстрировали, что частота полового акта – это значимый предиктор продолжительности жизни. Раннее прекращение половой жизни (до 70 лет) ассоциируется с риском смерти. Как мы можем не говорить об этом? О мужском здоровье мы хотим услышать из уст генерального секретаря Международного общества мужского здоровья Зигфрида Мерины».



В.Н. Николенко



Формула здоровья мужчины



Зигфрид Мерин

По словам профессора **Зигфрида Мерина** (Вена, Австрия), в первую очередь людей волнует качество жизни, а его во многом определяет полноценная сексуальная жизнь. «За последние 3–4 года было опубликовано множество исследований, которые показывают как с точки зрения мужчин, так и с точки зрения женщин, что если на протяжении жизни у них был позитивный сексуальный опыт, то само качество жизни было намного лучше. Сейчас мы уже расстались с мифом о том, что после 50–60 лет сексуальная жизнь заканчивается. Мы знаем, что секс представляет интерес и для мужчин, и для женщин даже



В.В. Борисов

после 70 лет. Для молодых мужчин секс обязательно представляет громадный интерес. Наша задача как врачей состоит в том, чтобы люди смогли получить с научной точки зрения правильные ответы на свои вопросы.

В Брюсселе, в Европейском комитете был выпущен отчет о состоянии здоровья мужчин в 27 странах – членах ЕС. Результаты показали, что во всех 27 странах мужчины интересуются сексом, все больше и больше интересуются здоровьем, но, к сожалению, продолжительность жизни мужчин на 4–6 лет короче, чем у женщин. И в этих 27 странах мы увидели такую проблему – не только сами мужчины, но также масса врачей стесняются говорить о сексе. Есть много причин, почему врачи не спрашивают о сексе. Некоторые не имеют знаний в области сексологии, андрологии, а для некоторых говорить о сексе вообще табу. Поэтому нам необходимо поднять уровень осознания этой проблемы. Нам нужно воодушевить мужчин говорить на эту тему, обращаться к врачу и задавать интересующие вопросы, поскольку это связано с качеством жизни. Для России это связано с будущим страны, с рождением детей. Но иногда бывает, что мы можем выявить какие-то другие заболевания и помочь этим мужчинам на ранней стадии развития болезни. Так, говоря об эректильной дисфункции, мужских сексуальных проблемах, мы говорим о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и катастроф», – сообщил профессор Мерин.

Профессор Чукаева акцентировала внимание собравшихся на словах «осознание проблемы» и привела следующий пример: «Я невольно вспомнила одну из своих лекций по кардиологии, которую читала студентам. В структуре этой лекции был принстонский консенсус, который позволял обсудить с пациентом время возможного начала

сексуальной жизни после перенесенной сосудистой катастрофы. Я уделила этому достаточное время. Увы, после лекции мои студенты спросили: «Почему так много о сексе? Разве это для них теперь важно?» И это студенты медицинского вуза! К сожалению, осознание очень долго приходит к нам. Я думаю, вы все помните ситуацию 80-х годов, когда в телемосте с Америкой прозвучало, что в Советском Союзе секса нет. Кстати, потом прозвучали слова: «У нас есть любовь». Но эти слова утонули в грохоте аплодисментов и хохоте. Проблема в том, что, действительно, отношение к самому слову в нашей стране было чрезвычайно непростым. Вот несколько цифр по России: 21% мужчин недовольны качеством своих сексуальных отношений и хотели бы их улучшить, но только 10% из них считают возможным обратиться по этому поводу к врачу. Более того, они не знают, к какому. И только 4% респондентов готовы обсуждать эту проблему со своими близкими». Профессор кафедры нефрологии и гемодиализа ФППО врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Владимир Викторович Борисов** заметил: «Большая ошибка современных урологов в том, что они отказываются учитывать парность полового акта, а ведь большинство проблем основаны на межгендерных взаимоотношениях. Гендерные взаимоотношения, мужчины и женщины – тема, в общем-то, необъятная, поскольку она охватывает и жизнь в целом, и тесно переплетенные сексуальные взаимоотношения, и социальные аспекты совместной жизни. Если посмотреть дальше на круг этих проблем, то проблем этих много – взгляды на идеал мужчины и женщины, на отношение к себе, на сексуальную самооценку, на определенные предпочтения, роль социального положения мужчины и женщины в выборе

Формула здоровья мужчины

сексуального партнера, в проблемах семейных измен, жизнь в браке в целом ряде случаев без секса, попытки восстановления сексуальных отношений и многое другое. Но как врачу мне предстоит говорить о сексуальных взаимоотношениях. В последние годы наметилась совершенно определенная тенденция больше внимание уделять партнерским взаимоотношениям, анализу мужских и женских сексуальных расстройств как причин, которые, в частности, вызывают эректильную дисфункцию мужчин. Но вопросы эти настолько интимны, что вмешательство возможно лишь при том, что имеется сформулированная жалоба со стороны больного или со стороны сексуальной пары. 84% мужчин во всем мире считает, что сексуальные отношения весьма существенно отражаются на качестве жизни и на самооценке мужчины.

Сегодня с появлением эффективных средств для лечения эректильных дисфункций наметились некие противоречия. С одной стороны, уролог, занятый андрологическими проблемами, порой отказывается учитывать в должной мере парность полового акта и уподобляет эрекцию у мужчины работе бытового выключателя. С другой – сексопатологи, психиатры рекомендуют устранять препятствия к установлению взаимоотношений, советуют скорейшим образом разрешать психологические и бытовые проблемы, устранять стрессы, заниматься необходимым психосексуальным обучением пары. И эти рекомендации порой носят общий неопределенный характер и невозможны в практической врачебной деятельности.

Следует отметить, что для 85% женщин в сексе важнее всего длительность полового акта. Это было установлено на основании крупных популяционных исследований. А для

большинства мужчин приоритетным условием успешности сексуального контакта является твердость эрекции. Интересы в сексе у мужчины и женщины разные. И поскольку в сексе «от каждого – по способностям, каждому – по потребностям», то какова же роль взаимодействия мужчины и женщины? Половые органы устроены и в норме при половом акте функционируют так, что женщина может способствовать максимально твердой эрекции, а мужчина может ее обеспечить и поддержать для совершения полноценного продолжительного полового акта. Именно в этом и есть сексуальная гармония.

С появлением ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа мы стали лечить больных патогенетически. И знание патогенеза позволяет сегодня сказать, что в настоящее время неизлечимых нарушений эрекции не существует. Двенадцать лет, которые прошли с момента появления первого ингибитора ФДЭ-5 Виагры, позволили не только детально изучить те физиологические процессы, которые лежат в основе эрекции, но и понять, как же эта функция регулируется. Ингибиторы ФДЭ-5 – Виагра, Сиалис, Левитра, Зидена – по своему действию абсолютно аналогичны, но отличаются некими индивидуальными особенностями, именно это на сегодняшний день и должно быть критерием их назначения конкретным больным. Зидена – самая новая молекула из числа ингибиторов ФДЭ-5. Она была создана с учетом недостатков всех предыдущих, поэтому, бесспорно, это средство и обладает быстрым, предсказуемым началом действия, и обеспечивает необходимое качество эрекции, и сокращает время рефрактерного периода. Оптимальная продолжительность 24 часа, нет противопоказаний у пожилых, у принимающих альфа-адреноблокаторы, и, наконец,



С.Ю. Калиниченко

прием алкоголя и жирной пищи нисколько не изменяет фармакокинетику препарата. Хотя переизбыток алкоголя может испортить секс даже при условии предварительного приема Зидены.

Задачей лечения эректильной дисфункции сегодня следует считать достижение длительного и стойкого эффекта в виде качественного, регулярного и безопасного секса в стабильной паре, являющегося основой ее сохранения в бесконфликтном существовании. И врач любой специальности для лечения такого рода больных должен иметь качественную медицинскую общебиологическую подготовку и в то же время обладать и достаточным тактом, и достаточным жизненным опытом, и, бесспорно, соблюдать все необходимые этические принципы и ограничения».

Особый интерес слушателей вызвал доклад заведующей кафедрой эндокринологии РУДН, профессора **Светланы Юрьевны Калиниченко**: «Уже говорилось о том, что в России 20% всех супружеских пар бесплодны. Прогрессирует мужское бесплодие. Если в 2001 году на долю мужского бесплодия приходилось 38% случаев, то в 2010-м на долю мужского бесплодия в мире приходится уже



Формула здоровья мужчины



Д.В. Мелик-Гусейнов

более 50% случаев. 50 лет назад мужское бесплодие было казуистикой, и мужчину начинали обследовать только тогда, когда была идеально обследована женщина. Структура бесплодия у мужчин: на первом месте идиопатическое бесплодие – причину вообще не знаем, на втором – варикоцеле, на третьем – низкий тестостерон, 10% случаев – эректильная дисфункция. Эрекция – это сосудистый феномен, и нужно, чтобы сосуды работали. Как у спортсменов: детренированность сосудов – это плохо. Диагноз тяжелой, неизлечимой эректильной дисфункции сегодня ставить стыдно. У нас есть абсолютно все, чтобы не довести любое заболевание до его тяжелых последствий. Сегодня мы говорим о том, что каждый здоровый мужчина должен периодически проводить самотестирование с использованием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа и понять, так ли у него все хорошо без них, как с ними. Препараты ФДЭ-5 не могут сделать ничего экстраординарного, они могут только вернуть норму».

Завершая свое выступление, профессор Калиниченко развеяла миф о том, что возраст – лимитирующий фактор для сексуальной активности: «Здоровый мужчина – это мужчина

без ожирения, с нормальным уровнем тестостерона и с нормальными сосудами. Он должен до последнего вздоха сохранять желание и возможность проведения полового акта так, как было в 30 лет. Другое дело, что в 50–60–70 и 80 лет не каждое желание реализуется так, как было в 30. Нормальный уровень тестостерона, нормальные сосуды – это залог долголетия. И сексуального в том числе».

Модератор пресс-конференции профессор Чукаева подчеркнула важность рассмотрения проблемы эректильной дисфункции как междисциплинарной: «Инфаркт и инсульт не всегда лишает мужчин радости секса, как и возраст. Более того, об этом должны знать и больные сахарным диабетом, и больные с артериальной гипертонией, и со многими другими соматическими заболеваниями, которые приводят к развитию эректильной дисфункции. Это проблема, о которой мы должны знать, говорить и должны понимать, что спасение есть».

Директор центра маркетинговых исследований **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов** представил обзор рынка средств для лечения эректильной дисфункции: «Первый препарат класса ингибиторов ФДЭ-5 Виагра для лечения эректильной дисфункции был открыт совершенно случайно. Изначально препарат таргетировался под нозологию сердечно-сосудистых заболеваний, и его влияние на эректильную функцию было побочным действием, которое обнаружили при испытании препарата. Именно побочный эффект Виагры придал ей ту популярность, которая имеет место быть на мировом рынке. Важная проблема, которая тормозит развитие этого рынка, – конечно, низкая культура потребления и низкая культура назначения. Мы здесь уже говорили о кадрах. К сожалению, сегодня единицы врачей компетентны

в этой теме и способны сделать квалифицированные назначения.

Завершая пресс-конференцию, профессор Чукаева отметила: «Многие фармацевтические компании за рубежом уже регистрируют препараты ингибиторов ФДЭ-5 для постоянного приема. Нужно не сужаться уроандрологическими и сексологическими возможностями этих препаратов, а видеть проблему шире – ингибиторы ФДЭ-5 используют для лечения не только сексуальных расстройств, но и соматических заболеваний».

Кардиологический контингент – это особые люди. Люди, которые порой переносят очень серьезные сердечно-сосудистые события, такие как инфаркт миокарда. И мы сталкиваемся с развитием депрессии и потерей интереса к жизни у таких пациентов, потерей интереса к сексуальной жизни в частности. А она, как мы говорили, залог долголетия и качества жизни. Доказанная исследованиями возможность приема этих препаратов после перенесенного инфаркта подтверждает, что они абсолютно безопасны для этого контингента с учетом тех соматических факторов, которые должны быть учтены на определенном этапе после заболевания».

Информация о новом лекарственном препарате ингибиторов ФДЭ-5 – Зидене, представленной на пресс-конференции, собравшей многие федеральные СМИ, может послужить поводом для мужчин повысить посещаемость врачей и в какой-то мере восполнить недостаток образовательной и просветительской работы с населением, который является одной из немаловажных причин сложившейся катастрофической демографической ситуации в России. ☺

Материал подготовила
В. Павлова



III национальная премия в области кардиологии «Пурпурное сердце»

Представители любой профессии, будь то педагоги, ученые, архитекторы или врачи, как правило, стремятся завоевать уважение коллег. Признание специалистов, работающих в той же самой или смежных областях, дарит второе дыхание заслуженным мэтрам и придает уверенности в собственных силах тем, кто только начинает свою профессиональную деятельность.

В наступающем году церемония награждения лауреатов премии «Пурпурное сердце», вручаемой врачам за выдающиеся заслуги в кардиологии, будет проходить уже в третий раз. О том, стала ли данная премия «знаком качества» в профессиональной среде, а также о том, что изменилось за время существования награды, и, разумеется, о завтрашнем дне премии (а в условиях, когда прием заявок уже начался, «завтра» может оказаться гораздо ближе, чем мы рассчитываем) шла речь на пресс-конференции, которая состоялась в Москве 18 ноября 2010 года и была посвящена старту III национальной премии в области кардиологии «Пурпурное сердце».

Взгляд назад

Идет ли речь о профессиональной премии или любом другом долговременном проекте, прежде чем строить планы на завтрашний день, обычно стоит оглянуться назад, посмотреть на те результаты, которых уже удалось достичь. Именно поэтому президент Всероссийского научного общества кардиологов Р.Г. Оганов начал свое выступление с упоминания о том, что год от года премия в области кардиологии «Пурпурное сердце» становится все более популярной. Так, в прошлом году, когда премия должна была вручаться всего лишь второй раз, оргкомитет уже был вынужден ввести предварительный отбор на региональном уровне.

«Почему эта премия становится такой популярной? – академик Оганов сразу же ответил на этот





Р.Г. Оганов

вопрос. – Потому, что цели и задачи премии актуальны и благородны. Премия «Пурпурное сердце» призвана содействовать повышению качества помощи кардиологическим больным и поднятию престижа профессии врача-кардиолога». С самого начала «Пурпурное сердце» стало общероссийской кардиологической премией. Конечно, Москва и Санкт-Петербург активно участвуют в конкурсной борьбе, но регионы от них ничуть не отстают. Большое количество номинантов и лауреатов премии предыдущих лет были врачами из различных краев и областей РФ, сумевших благодаря «Пурпурному сердцу» получить достаточно внимания со стороны профессиональной среды, чтобы выйти на всероссийский уровень.



Кантор Чаба

Вот строки из письма Натальи Дорофеевой, в 2010 году ставшей лауреатом «Пурпурного сердца» в номинации «Будущее кардиологии»: «После победы я получила признание не только в одном Южном регионе, но и во всероссийском масштабе. Уверенно могу приравнять церемонию награждения, получения награды с эмблемой пурпурного сердца к вручению «Оскара» в кинематографии».

Возможно, секрет популярности премии в том, что проводится она под эгидой ВНОК – Всероссийского научного общества кардиологов, пользующегося огромным уважением в профессиональной среде. Поэтому среди конкурсантов (и вообще среди людей, так или иначе связанных с «Пурпурным сердцем») распространено мнение, что это премия ВНОК, то есть награда видного профессионального общества. Что ж, отчасти так оно и есть, во всяком случае, каждый лауреат «Пурпурного сердца» может быть уверен, что его заслуги оценены по достоинству именно членами этого профессионального сообщества.

Расширяя горизонты

Популярность премии «Пурпурное сердце» среди врачей, работающих с больными кардиологического профиля, постоянно растет, развивается и сама кардиологическая служба. Поэтому оргкомитет премии принял решение внести в список новую подноминацию: теперь на «Пурпурное сердце» смогут претендовать и кардиохирурги.

Р.Г. Оганов так прокомментировал данное нововведение: «Я думаю, что сама жизнь заставляет нас это делать». Действительно, в последние годы кардиологи-терапевты и кардиологи-хирурги все теснее взаимодействуют между собой, ведь пациента недостаточно просто прооперировать. После хирургического вмешательства наступает период, когда пациент нуждается в постоянном наблюдении кардиолога-терапевта, только при соблюдении этого условия можно говорить о благоприятном прогнозе. А иногда терапевтиче-

ское вмешательство оказывается необходимой частью подготовки к хирургической операции, например, эндоваскулярной. И тут на помощь хирургам опять-таки приходят терапевты. Академик Оганов выразил надежду на то, что появление новой подноминации «Лучший врач-кардиохирург года» поможет врачам смежных специальностей наладить взаимодействие и лучше вести пациентов, нуждающихся одновременно в терапевтической и хирургической помощи.

Всего в будущем году «Пурпурное сердце» планируется вручать в 6 номинациях («Гордость российской кардиологии», «Будущее российской кардиологии», «Лучший проект года», «Медицинское учреждение года», «Спасение года» и «Мэтр кардиологии») и 13 подноминациях.

В регламент премии были введены и некоторые ограничения. Так, с нынешнего года лауреат конкурса в любой из номинаций имеет право повторно подать заявку на участие в конкурсе не ранее чем через два года. Кроме того, хотя претендовать можно на победу сразу в нескольких номинациях (подав соответствующее число заявок), премия будет вручена лишь в одной из них.

Существуют и некоторые возрастные ограничения для участников. Так, на премию в номинации «Будущее российской кардиологии» смогут претендовать только специалисты моложе 30 лет. А в номинации «Мэтр кардиологии», напротив, будут соревноваться специалисты, отдавшие кардиологической отрасли не менее 30 лет своей жизни. Кстати, уже известно, какой подарок подготовил «Фармацевтический завод ЭГИС» молодым специалистам, которые станут лауреатами премии. Как сообщил председатель попечительского совета премии, генеральный директор российского представительства ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» господин Кантор Чаба, и лучший молодой клиницист, и лучший молодой кардиохирург получат

сертификаты на участие в Европейском кардиологическом конгрессе, который пройдет в Париже в августе.

Очевидно, что данный приз для начинающих кардиологов станет не просто ценным подарком и источником приятных воспоминаний о поездке за рубеж. Участие в международных конгрессах поможет молодым специалистам соотнести свой уровень с уровнем зарубежных коллег, получить новую информацию о методах профилактики и лечения ССЗ. Значит, в конечном счете на родину вернутся двое чуть более квалифицированных врачей, имеющих представление о международных стандартах оказания кардиологической помощи.

А судьи кто?

Авторитет любой профессиональной награды напрямую зависит от того, насколько уважаемы в профессиональной среде люди, составляющие жюри премии. Руководитель научно-консультативного отделения Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева С.Ф. Никонов так охарактеризовал «Пурпурное сердце»: «На мой взгляд, эта премия отличается от всех остальных тем, насколько потрясающе профессионально сделан ее экспертный совет. В него действительно входят лучшие российские кардиологи, я также надеюсь, что среди них будут 14 экспертов по сердечно-сосудистой хирургии. Нам не стыдно заявить, что это действительно лучшие доктора, которые занимаются в России проблемами сердца».

Экспертный совет по ССХ пока находится в стадии формирования, но уже известно, что войти в него любезно согласился общепризнанный эксперт в данной отрасли, главный кардиохирург Министерства здравоохранения РФ, директор научно-исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, академик РАМН, профессор, д.м.н. Л.А. Бокерия.

Информируя и просвещая

Не следует забывать и еще об одной роли премии «Пурпурное сердце» и подобных ей наград. Являясь значимым информационным поводом, они могут стать отправной точкой для начала разговора о профилактике и лечении кардиологических заболеваний.

Именно поэтому присутствовавшие на пресс-конференции врачи обратились к представителям СМИ с просьбой своевременно и адекватно информировать аудиторию о текущем положении дел в отечественной кардиологии.

По словам С.Ф. Никонова, сейчас как никогда актуален вопрос донесения до широкой аудитории информации о лучших врачах. В противном случае человек просто не сможет сориентироваться, найти место, куда действительно стоит обратиться за медицинской помощью, и, возможно, откажется от лечения вовсе.

Р.Г. Оганов также отметил, что «недоступная высокотехнологичная помощь» – это популярный миф, во многом созданный при участии СМИ. В действительности, а не в скандальных статьях, государством постоянно выделяются квоты, госструктурами разработаны системы, позволяющие конкретному пациенту получить необходимую высокотехнологичную помощь. Но люди, неоднократно прочитавшие в средствах массовой информации, что квот не существует, равно как и бесплатной для пациента высокотехнологичной медпомощи, просто не обращаются к врачам, не пытаются воспользоваться той помощью, которую предлагает им государство.

Не обошлось на пресс-конференции и без разговора о профилактике ССЗ. Отчасти тон дискуссии задавала сама дата проведения мероприятия, ведь 18 ноября по вступлению отмечается День борьбы с курением. Отвечая на вопрос о взаимосвязи курения и сердечно-сосудистых заболеваний, Р.Г. Оганов сказал, что разговоры о вреде курения



С.Ф. Никонов

все больше напоминают известную басню Крылова «Кот и повар». От слов давно пора переходить к конкретным действиям, например, гарантировать предоставление медицинской помощи всем желающим бросить курить. По словам Р.Г. Оганова, об эффективной борьбе с курением (и снижении заболеваемости ССЗ, связанным с этой вредной привычкой) можно говорить только в случае, если деятельность будет вестись одновременно в трех направлениях: просветительская работа с населением, законодательные ограничения и создание обширной сети центров для тех, кто решил избавиться от вредной привычки. ☺

Материал подготовила
А. Лозовская



Ласло Почайи



Александр Разумовский: «Кадры у нас очень сильные»

Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение «Городская больница № 13» – крупнейшее лечебно-профилактическое учреждение стационарного типа муниципальной системы здравоохранения города Нижнего Новгорода, которое хорошо известно не только в регионе, но и за его пределами. Учреждение создано в 2001 году на базе многопрофильного 1115-коечного стационара реорганизованного ЛПУ МСЧ «ГАЗ». Главному врачу МЛПУ «ГБ № 13» Александру Васильевичу Разумовскому помогают справляться с таким огромным хозяйством идея инновационной помощи больным, профессиональный опытный коллектив и современные экономические подходы в оказании медицинских услуг.



Александр Васильевич, ЛПУ «Городская больница №13», наверное, одно из самых крупных в регионе. Скажите, пожалуйста, руководить им Вам помогает опыт работы чиновником?

Опыт работы чиновником помогает во многом: и в управлении кадрами, и в финансовых вопросах. Меня знают по предыдущей работе в администрации города. Я был вице-мэром города по социальным вопросам, и это мне помогает в общении с руководством города и области. Вы знаете, как тяжело попасть на прием к мэру или его заму! А я председатель комиссии по здравоохранению и депутат уже двух созывов. Это тоже дает мне определенные преимущества.

Удаётся справляться с руководством больницы еще и потому, что здесь сложившийся коллектив. Все мои заместители – это люди, которые работают еще с советских времен, очень опытные. Они мне очень помогают.

В руководстве таким крупным учреждением должна быть идея. У нас – это помощь больному,

идея внедрения новых технологий, за счет которых мы помогаем больному.

Как национальный проект «Здоровье» работает в условиях вашего ЛПУ?

Национальный проект совсем не коснулся нашей больницы. Я говорил об этом, писал и даже выступал в Администрации Президента. Это большой недостаток национального проекта «Здоровье» – он вовсе не коснулся стационаров при том факте, что 88% населения России лечится именно в них.

Что уже удалось сделать на сегодняшний день и к чему Вы будете еще стремиться?

Я работаю в больнице уже 9 лет и пришел в больницу еще социалистической постройки. Это была медсанчасть, существовавшая по суровым законам завода: ничего нельзя – никаких платных услуг. Мне пришлось менять полностью психологию сотрудников и пациентов, перестраивать все на рыночные отношения. Это было крайне тяже-

ло сделать. На данную работу ушло почти пять лет... Тем не менее в настоящее время открыта консультативная поликлиника, куда идут сегодня автозаводцы и в основном (78%) пенсионеры, которые по установленным администрацией города ценам получают полное обследование и лечение. И всех все устраивает. Сегодня и врачи понимают, что без платных услуг мы не выживем, потому что если ранее было два источника финансирования (средства поступали и от завода, и от бюджета города), то сегодня – всего один – из городского бюджета, и то этот бюджет не обеспечивает полностью потребности больницы.

Еще из достижений – материальное состояние сотрудников больницы. Приведу в пример автостоянку для персональных автомашин сотрудников. Когда я только вступил на свою должность, здесь была одна маленькая стоянка, а сегодня их уже три, и не маленьких. Причем паркуются там автомобили не отечественного производства. И на них ездят не только врачи и мои заместители, но и медсестры, и обслуживающий персонал. Это меня очень радует.

Из муниципальной больницы вы реформируетесь в региональный сосудистый центр. Планы на будущее – наполеоновские?

Да, конечно. Сегодня нам – единственному муниципальному учреждению в России – удалось попасть в проект сосудистой программы, которая действует в 14 регионах России и включает лечение инфарктов и инсультов. Губернатор области заключил соглашение с Правительством России, мэр – с губернатором, и вот уже сегодня мы перестраиваем больницу № 13 под региональный сосудистый центр. С четвертого квартала к нам придут уже около 400 тыс. пациентов. Под нами будут еще первично-сосудистые центры – это городские больницы № 5 и 39, а также еще три: в Заволжье, Арзамасе и Лысково. Мы будем консультативно и оперативно помогать этим больницам.

Сегодня мы перестраиваем больницу № 13 под новую «тяжелую» технику, которую закупает Правительство РФ, перестраиваем отделение за счет средств города и закупаем аппаратуру за счет средств области. А за счет предоставления платных услуг населению мы организуем обучение наших сотрудников. Сегодня у нас очень многие учатся в таких городах, как Москва, Санкт-Петербург, Казань, Белгород, и даже за границей – во Франции и Чехии. Активно идет набор молодых кадров.

С 2011 года мы будем оперировать инфаркт в острой стадии, будем заниматься тромбозом, оперировать инсульты (геморрагический мы уже оперируем, в перспективе – ишемический с помощью закупаемой для этого техники). На специальных видеоаппаратах мы сможем увидеть головной мозг в трехмерном измерении. Я считаю, это уникальная техника, она имеется уже сегодня в Институте нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. Наши хирурги имеют опыт работы на такой технике. По крайней мере, на последнем конгрессе, который состоялся в Израиле, наши хирурги практиковались, обучались работе на таком оборудовании. Я думаю, у нас с этим все будет нормально.

Вы упомянули про проект сосудистой программы, он федеральный или региональный?

Федеральный, но с условиями, что местная власть будет его софинансировать. Именно на этом условии был подписан договор. Мы попали в этот проект после таких городов, как Томск, Пермь, Иваново, Белгород, Санкт-Петербург, Москва. Я считаю, это уникальное достижение, и подчеркиваю, что у нас в муниципальной больнице были уже кадры, которые занимались нейрохирургией, сосудистой хирургией, делали ангиографические операции. Сейчас мы просто расширяем и внедряем эту сосудистую систему в другие отделения. Сейчас будет и мощная реабилитация. То есть практически эта программа как паровоз вытянет больницу из

ежедневной рутинной работы на совершенно новый уровень.

Расскажите подробнее про открытие нового центра сосудистой хирургии: особенности оборудования, специализированные кадры.

Есть приказ Минздрава России, согласно которому необходима полная переоснащенность больницы. Там все стандарты четко прописаны. Самое главное – нам поставят компьютерный томограф на 64 среза, новейшую ангиографическую установку, установку по лечению опухоли головного мозга и инсульта, новую технику УЗИ. Достаточно много закупается техники и для реабилитации наших пациентов в отделениях ЛФК и ФТО.

Еще новшества. Исходя из терапевтического окна при лечении больных с сосудистой патологией, выстроена логистика поступления больного в стационар. Поэтому мы заново реконструировали на первом этаже отделение компьютерной томографии (было на третьем), отделение ангиографии. Четвертый этаж – это операционные и реанимация. Сейчас мы добавляем еще 12 коек для реанимации инсультных больных.

В отделении будут совершенно новые подходы в лечении больных с инсультами. Поэтому очень важен вопрос обучения специалистов. Кадры у нас очень сильные, все в основном врачи высшей категории: реабилитологи, неврологи, нейрохирурги, ангиохирурги. Без категории у нас пока только молодежь, которую мы набираем. Но управлять в лечении этих пациентов будут в основном врачи высшей категории, кандидаты медицинских наук.

Нельзя не упомянуть про кризис. Как сильно и на чем он сказался, пришлось ли предпринимать какие-либо меры?

Если говорить о 2009 годе как о кризисном, то лучше всегда был такой кризис! Мы жили блестяще в прошлом году, потому что в области была введена одноканальная система финансирования.



Я, например, почувствовал себя главным врачом, каким я был в Нижегородском институте травматологии и ортопедии в советское время. У меня почти не было проблем, мы нормально зарабатывали деньги в соответствии со стандартами, через ФОМС их очень много получали, и в прошлом году мы закрыли почти все проблемы по строительству, закупке инвентаря и оборудования.

В этом году, к сожалению, в одноканальной системе финансирования оставили только областные структуры. При этом у нас в больнице начались проблемы. Если в прошлом году одноканальная система перемешивалась с бюджетом горо-

да и мы могли жить хорошо, то в этом году нам уже труднее. Практически ничего, кроме коммунальных платежей и налогов, нам не оплачивают. Остальные расходы (70–80%) мы закрываем за счет платных услуг, это выход для больницы, особенно в кризисной ситуации. Если просмотреть финансовые документы, то еженедельно расчеты по платным услугам составляют 300–400 тыс. рублей. За счет этих денег покрываются многие статьи затрат: обучение персонала, покупка медикаментов, проведение исследований, публикации, канцелярские и хозяйственные расходы и пр.

А в одноканальной системе у меня были деньги на содержание и ре-

монт больницы, на различные закупки в пределах 100 тыс. рублей. У нас в больнице своя конкурсная комиссия. Поэтому у нас не было проблем при закупках медикаментов, оборудования, строительных материалов. И я знаю, что губернатор сейчас жестко поставил вопрос об обязательном введении в 2011 году одноканальной системы финансирования в регионе. Об этом же говорил и премьер-министр: новые бюджетные учреждения обязательно должны быть в системе одноканального финансирования. Кстати, этого многие опасаются – боятся иметь свободу. Я же ее очень жду...

Доступная помощь при острой сосудистой патологии



*Починка
Илья Григорьевич,
к.м.н., заведующий
отделением
инфаркта
миокарда МЛПУ
«Городская
больница № 13»
Нижегорода*

Рост сердечно-сосудистых заболеваний наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире. Для того чтобы сделать медицинскую помощь доступной для рядового нижегородца, в регионе реализуется федеральная программа помощи больным с острой сосудистой патологией. Для этого в Нижегородской области создаются первичные сосудистые центры. Илья Починка заведует отделением инфаркта миокарда МЛПУ «Городская больница № 13», на базе которой будет создан один из шести центров. Наш герой активно внедряет современные методы интервенционного вмешательства, преподает свое ремесло в медицинской академии.

Илья Григорьевич, на чем специализируются ваша больница и ваше отделение?

Наша городская больница является широкопрофильной. Мое кардиологическое отделение специализированное, предназначено для больных с острым инфарктом миокарда. Согласно приказу областного минздрава, с января 2011 года оно будет называться Отделением неотложной кардиологии. У нас узкая специализация, мы лечим больных с острым коронарным

синдромом. Еще мы лечим более редкие неотложные заболевания, такие как тромбоз легочной артерии и аневризма аорты. Надо отметить, что наше отделение стоит не первым эшелон для приема больных, оно работает под реанимацией.

В Нижнем Новгороде мы сейчас находимся на переломном этапе. Дело в том, что с 1960-х годов в отечественной медицине не менялись пути поступления больных с острым коронарным синдромом, куда входят

инфаркт миокарда и предынфарктное состояние. Раньше в каждом районе была крупная больница, куда поступали данные пациенты. С нового года ситуация полностью меняется – на территории Нижегородской области реализуется федеральная программа помощи больным с острой сосудистой патологией. Создаются сосудистые центры. Наша больница будет выполнять функцию не только первичного сосудистого центра, но и регионального.

Основная идея новых центров – сделать внутрикоронарное вмешательство при остром инфаркте миокарда доступным для всех пациентов. Современное лечение этой патологии подразумевает не только консервативные терапевтические подходы, но и интервенционное вмешательство в сосуды, питающие сердце (рентгенохирургическое вмешательство).

Нужно отметить, что до 1960-х годов пациенты с подобной патологией вообще считались нетранспортабельными. Их начинали лечить дома, и тех, кто выживал, перевозили в больницу. Потом появилась теория БИТов – блоков интенсивной терапии – которые создавались по всей стране и шли более-менее в ногу со временем. Как известно, самое большое число неблагоприятных исходов болезни приходится именно в первые ее часы, дни. И если человека оперативно поместить в блок интенсивной терапии, то процесс можно сделать обратимым. Даже при развитии клинической смерти больного можно было оживить, и он потом мог жить долгое время. В те времена с помощью этого метода удалось значительно снизить смертность от подобных заболеваний. Позже, вплоть до конца 1980-х – начала 1990-х менялись в основном лекарства, структура помощи не менялась. Затем получили развитие интервенционные методы лечения. С помощью специальных катетеров медики научились заходить внутрь сосуда, то есть пунктировать там, где это доступно (на руке или на ноге) и восстанавливать в узкой зоне кровотока, в том числе продавливать тромб, который в первые часы очень рыхлый. Сейчас этот метод считается предпочтительным, и смертность от острого инфаркта в развитых странах значительно снизилась за последние десятилетия.

В России такого снижения пока нет, наше правительство и ученые пытаются сделать новый метод доступным для рядового гражданина – как раз с помощью создания первичных сосудистых центров.

Как вы готовите кадры?

Молодые люди заканчивают медицинские вузы, получают диплом по специальности «Лечебное дело». Потом

начинается их специализация – после-дипломное обучение. Оно проходит в виде интернатуры или клинической ординатуры. Врач, который получил диплом по одному направлению, но приглашен на другую должность, проходит профессиональную переподготовку. Количественного дефицита кадров у нас не наблюдается. Скорее – качественного. Например, квалифицированный рентгенохирург для сосудистого центра не может появиться сам по себе, а только при наличии рентгенохирургического оборудования, которого было мало в Нижнем Новгороде.

С большей доступностью методов обследования и лечения, в том числе вышеупомянутых интервенционных методов, от кардиолога будет больше требоваться. Нужны специалисты, которые владели бы чем-то кроме тонометра и стетоскопа, – в этом проблема.

Насколько высок престиж именно вашей профессии?

Изнутри мне сложно посмотреть на престиж. Могу лишь сказать, что, несмотря на демографический спад, спрос на места в вузах больше, чем их предложение. В нашей медакадемии, например, конкурс каждый год сохраняется, хотя студентов в целом в России не хватает. С этой точки зрения профессия является престижной. Привлекательна ли она для совсем молодых людей, которые ищут больших и быстрых денег, – скорее нет. Но все меняется. Я, конечно, не беру в расчет эпоху гигантов в медицине – 1930–50-х годов. Тогда были времена лидеров. Тогда профессор, академик считался глыбой человечества. Сейчас время другое. Но это и хорошо.

Почему Вы пошли именно в кардиологию?

Я окончил медицинскую академию, был в ординатуре. И наиболее интересными личностями, с которыми я в то время был связан, которые вдохновляли меня, оказались кардиологи.

В чем проявляется конкуренция между кардиологами?

Она, скорее, интеллектуальная. Вообще, врачи достаточно ревнивы к своим мнениям, к заключениям,

к имиджу у пациентов. Она не очень видна и, по сути, не является истинной конкуренцией. Мы не конкурируем за больного, у нас другая ситуация: наши отделения битком набиты и пациентами, и обещаниями помочь.

Как строится Ваш рабочий день?

Рабочий день начинается с пятиминутки в отделении с отчета о прошедшем дежурстве, оперативно решаются какие-то вопросы со старшей медсестрой и передаются медсестрам. Затем проходит пятиминутка у главного врача или его заместителя, где решаются общепольничные проблемы. Потом я принимаю больных в реанимационном отделении на перевод, смотрю госпитализированных пациентов.

Я занимаюсь преподавательской деятельностью. Кроме того, наша больница участвует в международных клинических испытаниях. Это такой современный метод получения информации об эффективности методов лечения. Например, кто-то придумал таблетку и говорит, что она эффективна. На слово, конечно же, никто им не поверит – проводят клинические испытания: сначала в пробирках, потом на животных, потом на отдельных людях-добровольцах, на сотнях и, наконец, на тысячах добровольцах по всему миру. Причем важно то, чтобы ни пациент, ни врач не знал, чем он лечит – настоящим препаратом или нет. Только так мы можем уменьшить степень самовнушения.

Преподавание для Вас – дополнительные эмоции, заработок или еще что-то?

Дополнительный заработок, да. Кроме того, мы преподаем не какую-то отвлеченную науку, а конкретное ремесло. Работать преподавателем в медицинском вузе невозможно, не имея реальной клинической практики. С этой точки зрения такое совмещение является оптимальным. С другой стороны, работа со студентами требует регулярной подготовки, переосмысления. И это двигает практикующего преподавателя, развивает его. И польза от этого – и для медицины, и для педагогики. ☺

Материал подготовил
С. Сипатов. Фото автора



«Старости» и новости научной жизни

Зимняя спячка

«Сообщают, что в Псковской губернии, где пища скудна до крайности, крестьяне имеют обыкновение впадать в своего рода зимнюю спячку. Не имея достаточно пропитания, чтобы поддерживать свое существование в течение всего года, они исхищаются половиной его проводить во сне. Обычай этот существует с незапамятных времен. Лишь только выпадает первый снег, все домочадцы собираются вокруг печи, укладываются поудобнее и, забыв про все жизненные заботы, мирно отходят ко сну. Раз в день каждый из них просыпается и съедает кусок черствого хлеба, предусмотрительно заготовленного в достаточном количестве, чтобы продержаться

полгода. Запив свой хлеб глотком воды, они засыпают вновь. По очереди они следят за тем, чтобы огонь в печи не погас. Через шесть месяцев умиротворяющего сна вся семья просыпается, стряхивает оцепенение, высыпает на двор посмотреть, взошла ли трава, и вскоре возвращается к обыденному труду. Местность оживает вплоть до следующей зимы, когда все следы жизни опять пропадают и не слышно ни звука, кроме разве что храпа спящих людей. Такой зимний сон называется лоцкой. Природными философами называл бы этот простой народ Оселок. В мире, где люди задыхаются в безжалостной погоне за властью, славой или богатством, сколь многие

бы сказали про них: O fortunatos nimium sua si bona norint! (О чрепесчур счастливые, если бы земледельцы знали о своем счастье! (лат.)) Сама мысль о том, чтобы на полгода погрузиться в тот сон, который тихо сматывает нити с клубка забот, способна наполнить завистью наши истерзанные души. Мы, обреченные жить в мире, где стенанья и жалобы земной тщеты, едва ли можем представить себе, что значит проводить шесть месяцев каждого года в Нирване, о которой грезили восточные мудрецы, вдали от жизненных потрясений, труда, многочисленных тягот, тревог и лишений человеческого бытия».

British Medical Journal
(1900. Vol. 1. P. 1554)

В библиотеку
специалиста



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY

ВНОК



ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ
ОБЩЕСТВО КАРДИОЛОГОВ

Болезни сердца и сосудов.

*Руководство Европейского общества кардиологов.
Под редакцией А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера,
Патрика В. Серруиса
Перевод с английского
под редакцией чл.-корр. РАМН Е.В. Шляхто*

Презентация руководства состоялась на объединенном стенде Всероссийского научного общества кардиологов и Европейского общества кардиологов 5 октября 2010 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов.

План региональных научно-практических конференций группы компаний «Медфорум» на I квартал 2011 года

Название, тематика мероприятия	Участники	Дата проведения	Место проведения
Охрана здоровья матери и ребенка	Акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, оказывающие помощь детям раннего возраста, КДЛ* * При наличии в программе доклада для данной специальности	26 января	Волгоград
2-й образовательный курс «Лазерная терапия, диагностика и ФДТ в оториноларингологии»	Оториноларингологи, физиотерапевты	3 февраля	МОНИКИ (Москва)
Социально значимые заболевания (Верткин А.Л.)	Семейные врачи, неврологи, эндокринологи, терапевты, врачи скорой помощи, кардиологи, врачи кабинета здоровья, провизоры	Конец февраля – начало марта	Самара
Эффективная фармакотерапия в эндокринологии	Эндокринологи, гинекологи, семейные врачи, терапевты	4 февраля	Санкт-Петербург
Актуальные вопросы дерматовенерологии Секции: «Диагностика в дерматологии»; «Дерматовенерология»; «Онкология в дерматологии»	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, онкологи, КДЛ	4 февраля	Саратов
В рамках дня главного специалиста научно-практическая конференция «Аллергические дерматозы в практике врача-дерматовенеролога»	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, семейные врачи, иммунологи	22 февраля	Самара
Актуальные вопросы взрослой и детской пульмонологии и аллергологии	Детские и взрослые пульмонологи, аллергологи, терапевты, семейные врачи, педиатры	Начало марта	Кемерово
Охрана здоровья матери и ребенка: Соматическая патология и беременность Педиатрия	Акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, КДЛ* * При наличии в программе доклада для данной специальности	1 марта 2 марта	Самара
Кардионеврология	Кардиологи, неврологи, терапевты, семейные врачи	12 марта	Ленинградская область
Инфекции	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи	16 марта	Екатеринбург
Педиатрия	Педиатры, терапевты, семейные врачи	Конец марта	Уфа
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи, КДЛ* * При наличии в программе доклада для данной специальности	24 марта	Уфа

МЕДФОРУМ

Подробную информацию о конференциях можно получить в отделе региональных конференций компании «Медфорум» по телефонам: (495) 234-07-34, 8 (916) 654-77-40; e-mail: forum@webmed.ru



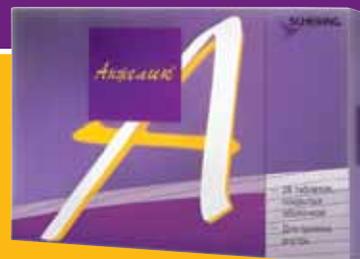
Анжелик®

Пусть легкими будут годы!

Анжелик® – низкодозированная ЗГТ с дроспиреноном

1 мг эстрадиола + 2 мг дроспиренона

- ♡ Купирование менопаузальных симптомов
- ♡ Благоприятное влияние на артериальное давление*
- ♡ Стабильный вес
- ♡ Профилактика остеопороза



* Снижает АД у женщин с мягкой и умеренной гипертензией, не влияет на артериальное давление у женщин с нормотензией (Archer D. J. Reprod. Med. 2007;52(Suppl.2):159-64, Preston Ret al. AmJ Hypertens. 2005;18:797-804).

АНЖЕЛИК® (ANGELIQ®):

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

Показания к применению: Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) при климактерических расстройствах в постклимактерическом периоде, включая вазомоторные симптомы (такие как приливы жара, повышенное потоотделение), нарушения сна, депрессивные состояния, раздражительность, инволюционные изменения кожи и мочеполового тракта, у женщин с неудаленной маткой. Профилактика постменопаузального остеопороза.

Противопоказания: Беременность и лактация, тяжелые заболевания печени, тяжелые заболевания почек в настоящее время или в анамнезе (до нормализации показателей почечной дисфункции), острый артериальный тромбоз или тромбоз эмболия, в том числе приводящие к инфаркту миокарда, инсульту; тромбоз глубоких вен в стадии обострения, венозные тромбозы эмболии в настоящее время или в анамнезе; выраженная гипертриглицеридемия; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Схема приема: По 1 драже ежедневно в течение 28 дней (желательно в одно и то же время), без перерывов между упаковками.

Применение с осторожностью: Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам с такими заболеваниями, как: артериальная гипертензия, врожденные гипербилирубинемии (синдромы Жильбера, Дубина-Джонсона и Ротора), холестатическая желтуха или холестатический зуд во время беременности, эндометриоз, миома матки, сахарный диабет.

Побочное действие: К наиболее часто встречающимся побочным эффектам относятся: прорывные маточные кровотечения и мажущие кровянистые выделения (обычно прекращающиеся в ходе терапии), изменение вагинальных выделений; болезненность, напряжение и/или увеличение молочных желез; гастроинтестинальные нарушения; кожные реакции.

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.

Регистрационный номер: ПН016029/01.
Отпускается по рецепту врача.

Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2

Санкт-Петербург (812) 331 36 00

Ростов-на-Дону (863) 206 20 47

Москва (495) 231 12 00

Казань (843) 267 61 27

Екатеринбург (343) 355 31 76

Новосибирск (383) 222 18 27

Хабаровск (4212) 41 42 29

Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10

www.bayerscheringpharma.ru

09.09-0564-RU