

Современные подходы к лечению пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время являются причиной каждого третьего случая смерти в мире. Согласно данным статистики, в Украине каждую минуту погибает один человек вследствие ССЗ, а количество жителей нашей страны, страдающих ССЗ, составляет около 24 млн человек.

Одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия (АГ). В Украине в 2007 г. было зарегистрировано 11 340 580 лиц, страдающих АГ, что составляет около 24% всего населения Украины. В то же время, согласно результатам некоторых эпидемиологических исследований, распространенность АГ еще выше (до 30-35% в популяции).

Как известно, повышенный уровень артериального давления (АД) приводит к увеличению риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), инсульта, хронической сердечной недостаточности (ХСН). Ситуация усугубляется тем фактом, что среди людей, страдающих АГ, о своем заболевании знают 69% городских жителей и лишь 47% сельских. При этом регулярно принимают антигипертензивную терапию 29% горожан и 12% жителей села, а об эффективном контроле уровня АД можно говорить только у 16 и 6% больных этих категорий соответственно. В то же время диагностировать АГ довольно просто, а многие исследования убедительно доказали, что путем активного выявления и регулярного лечения АГ можно на 40-50% снизить смертность от инсульта и в меньшей степени (на 15-20%) – от ИБС. Таким образом, проблема диагностики и адекватного лечения АГ является чрезвычайно актуальной.

Современная классификация АГ в зависимости от уровня АД приведена в таблице 1.

Категория	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120-129	80-84
«Высокое нормальное» АД	130-139	85-89
АГ I степени	140-159	90-99
АГ II степени	160-179	100-109
АГ III степени	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

При этом следует учитывать, что если уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у пациента соответствует разным категориям, следует ориентироваться на более высокий.

Как отмечалось выше, повышение АД приводит к увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Стратификация риска у пациентов в зависимости от уровня АД указана в таблице 2.

Термины «низкий», «умеренный», «высокий» и «очень высокий» риск указывают на примерный абсолютный риск развития фатального сердечно-сосудистого заболевания <4%, 4-5%, 5-8%, >8% в год.

Следует отметить, что наряду с АГ к факторам риска ССЗ относят также курение, дислипидемию, ожирение, гиподинамию, наличие сахарного диабета (СД), микроальбуминурию, возраст >55 лет для мужчин и >65 для женщин, ССЗ у ближайших родственников.

Целью лечения больных с АГ (табл. 3) является снижение цифр АД <140/90 мм рт. ст. и 130/80 мм рт. ст. у пациентов с СД и нарушением функции почек (в случае

протеинурии >1 г/сут целевой уровень АД не должен превышать 125/75 мм рт. ст.).

Популяция пациентов	Целевое АД, мм рт. ст.
Общая популяция	<140/90
АГ + СД без протеинурии	<130/80
АГ + транзиторная ишемическая атака/инсульт в анамнезе	<130/80
АГ + СД с протеинурией	<125/75
АГ + хроническая почечная недостаточность	<125/75

Немедикаментозное лечение (табл. 4) в качестве монотерапии возможно при уровне АД 140-159/90-99 мм рт. ст. в случае низкого риска развития осложнений (отсутствие поражения органов-мишеней, сопутствующих ССЗ, СД, наличие <3 факторов риска). При недостаточной эффективности немедикаментозного лечения в течение 3-12 мес рекомендовано назначить медикаментозную терапию.

Изменение образа жизни	Среднее снижение АД, мм рт. ст.
Уменьшение массы тела	5-20 на 10 кг уменьшения веса
Отказ от курения	10-15
Следование средиземноморской диете	8-14
Уменьшение соли в пище	2-8
Увеличение физической активности	4-9
Ограничение употребления алкоголя	2-4

Кроме того, необходимо помнить, что модификация образа жизни является обязательным компонентом терапии как пациентов с риском развития АГ, так и больных с повышением АД независимо от его степени.

К препаратам первой линии для лечения больных с АГ относят диуретики, антагонисты кальция пролонгированного действия, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), β-адреноблокаторы.

У большинства пациентов с АГ лечение необходимо начинать постепенно и достигать целевого уровня АД на протяжении

Другие факторы риска и заболевания	АД, мм рт. ст.				
	Нормальное САД 120-129 или ДАД 80-84	«Высокое нормальное» САД 130-139 или ДАД 85-89	I степень АГ САД 140-159 или ДАД 90-99	II степень АГ САД 160-179 или ДАД 100-109	III степень АГ САД >180 или ДАД >110
Нет факторов риска	-	-	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
3 и более факторов риска либо поражение органов-мишеней или СД	Умеренный риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Связанное с АГ клиническое состояние	Высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

нескольких недель. Потребность в моно- или комбинированной терапии, как правило, зависит от исходного уровня АД. У пациентов с АГ I степени вероятность успеха монотерапии достаточно высока, тогда как в случае АГ II и III степени монотерапия эффективна лишь у 25-40% больных. Таким образом, в лечении этой категории больных необходимо рассматривать вопрос о назначении комбинированной терапии.

К преимуществам комбинированной терапии относят:

- влияние препаратов различных классов на разные физиологические системы, вовлеченные в регуляцию АД; потенцирование антигипертензивных эффектов за счет аддитивности или синергизма действия;
- доказанное увеличение количества больных, отвечающих на лечение, до 70-80%;
- нейтрализация контррегуляторных механизмов, направленных на повышение АД;
- уменьшение количества требуемых визитов к врачу;
- возможность более быстрой нормализации АД без увеличения числа побочных эффектов;
- частая потребность в быстром и хорошо переносимом снижении АД и/или достижении низких целевых значений АД в группах высокого риска;
- возможность расширения показаний к назначению;
- ослабление побочных эффектов, поскольку используются более низкие дозы компонентов.

В настоящее время ИБС занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости и смертности населения Украины. Согласно статистическим данным, в Украине в 2007 г. было зарегистрировано около 9 млн пациентов, страдающих этим заболеванием. За последние 10 лет отмечено увеличение смертности от ИБС на 9,3%, заболеваемости и распространенности – соответственно в 2,2 и 1,6 раза. Именно АГ и ИБС являются наиболее частыми причинами развития ХСН. Несмотря на применение современных лекарственных препаратов, направленных на продление жизни больных с ХСН, около 60% мужчин и 45% женщин умирают в течение 5 лет после появления первых клинических симптомов болезни. Таким образом, проблема оптимизации лечения пациентов с АГ и ИБС является уже не только сугубо медицинской, но и социальной.

β-Адреноблокаторы относятся к одной из наиболее часто применяемых групп препаратов в кардиологии, что обусловлено их антиангинальным, антиишемическим и антигипертензивным эффектом. Тем не менее в настоящее время

наблюдается очередная, не первая в сложной истории препаратов этой группы полемика по поводу пользы их применения у больных с АГ.

Дискуссия по поводу целесообразности применения β-адреноблокаторов вызвана прежде всего результатами контролируемых исследований ASCOT и LIFE, а также данными крупных метаанализов. Они свидетельствуют о том, что препараты этой группы уступают по влиянию на жесткие и суррогатные точки диуретикам, антагонистам кальция и БРА. Несмотря на то что эти данные касаются только двух представителей II поколения β-адреноблокаторов (атенолола и метопролола тартрата), скомпрометированной оказалась вся группа.

Дисбаланс нейrogормонов играет ведущую роль в сердечно-сосудистом континууме больных с АГ. Основные патогенетические факторы, приводящие к повышению АД (увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС), сердечного выброса, общего периферического сосудистого сопротивления и регионарного сопротивления почечных артерий), контролирует симпатoadrenalовая система. Поэтому β-адреноблокаторы, способные влиять на ее активность, являются средствами патогенетической терапии АГ и в течение десятилетий были одной из основных групп антигипертензивных препаратов.

β-Адреноблокаторы конкурентно блокируют β-адренорецепторы миокарда, сосудов и других органов и тканей. Блокада β₁-адренорецепторов приводит к снижению сократимости миокарда, ЧСС, уменьшению возбудимости водителя ритма, замедлению скорости проведения импульса по проводящей системе сердца.

На сегодня доказана способность β-адреноблокаторов устранять такие эффекты катехоламинов:

- перенасыщение цитозола кальцием и некроз миоцитов;
- стимуляцию клеточного роста и апоптоза кардиомиоцитов;
- прогрессирование фиброза и гипертрофии миокарда;
- повышение автоматизма миоцитов и фибрилляторное действие;
- гипокалиемию и проаритмическое действие;
- повышенное потребление кислорода миокардом;
- гиперренинемию;
- тахикардию.

Блокируя β₁-адренорецепторы клеток юкстагломерулярного аппарата почек и подавляя тем самым секрецию ренина, β-адреноблокаторы способны оказывать влияние и на активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Снижение ЧСС, удлинение диастолы и времени коронарной перфузии обеспечивают антиишемический эффект препаратов этой группы и их способность улучшать функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) сердца (увеличивать фракцию выброса и уменьшать размеры полости). Антиаритмический эффект β-адреноблокаторов связывают с их способностью уменьшать порог спонтанной деполаризации эктопических водителей ритма и удлинять рефрактерный период атриовентрикулярного узла, а также уменьшать симпатическое влияние на миокард.

Неблагоприятные эффекты β-адреноблокаторов обусловлены их способностью блокировать β₂-адренорецепторы, что характерно для неселективных, а также высоких доз селективных представителей

Продолжение на стр. 34.

Г.В. Дзяк, академик АМН України, заведуючий кафедрой госпитальной терапии № 2, д.м.н., профессор; А.А. Ханюков, к.м.н., Днепропетровская государственная медицинская академия

Современные подходы к лечению пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Продолжение. Начало на стр. 33.

группы. Блокада β_2 -адренорецепторов может приводить к периферической вазоконстрикции, бронхоспазму, гипергликемии и прогрессированию дислипидемии. Влияние некоторых β -адреноблокаторов на метаболизм является существенным недостатком препаратов этой группы. Длительный прием (более 6 мес) неселективных β -адреноблокаторов приводит к повышению уровня триглицеридов и снижению уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, что связывают с их способностью ингибировать липопротеинлипазу с замедлением катаболизма липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов. Влияние на углеводный обмен также реализуется через β_2 -адренорецепторы, которые регулируют секрецию инсулина и глюкагона, гликогенолиз в мышцах и синтез глюкозы в печени. Применение неселективных β -адреноблокаторов при СД 2 типа сопровождается усугублением гипергликемии. Высоко-селективные препараты этой группы не оказывают существенного влияния на показатели как липидного, так и углеводного обмена. Доказано, что β -адреноблокаторы II поколения (бетаксолон, бисопролол и метопролол) по влиянию на углеводный обмен у больных СД 2 типа не отличаются от плацебо. Таким образом, влияние β -адреноблокаторов на метаболизм можно уменьшить при применении высоко-селективных представителей группы.

В настоящее время выделяют три поколения β -адреноблокаторов:

- I поколение (неселективные β -адреноблокаторы) – пропранолол, соталол, тимолол, ацебутолол;
- II поколение (селективные β -адреноблокаторы) – атенолол, бетаксолон, бисопролол, метопролол;
- III поколение (β -адреноблокаторы с дополнительными вазодилатирующими свойствами) – карведилол, лабеталол, небиволол.

β -Адреноблокаторы имеют существенные клинически важные фармакологические особенности. Они различаются селективностью, силой связывания с адренорецепторами, липофильностью, периодом полувыведения, наличием внутренней симпатомиметической активности и дополнительных свойств.

Селективность β -адренорецепторов, как правило, является дозозависимой и при использовании препаратов в высоких дозах снижается или исчезает.

С липофильностью β -адреноблокаторов связывают их способность проникать через гематоэнцефалический барьер, повышать тонус блуждающего нерва и оказывать антифибрилляторное действие.

Клиническая эффективность β -адреноблокаторов при лечении больных с АГ доказана в ряде контролируемых исследований, что позволило включить их в рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2003 г. в качестве препаратов первого ряда. Практически такая же позиция сохранилась и в рекомендациях ЕОК 2007 г. В этом европейские рекомендации принципиально отличаются от рекомендаций Британского общества по артериальной гипертензии (2006) и Американской ассоциации сердца (2007). В рекомендациях ЕОК (2007) были учтены сомнения относительно пользы применения β -адреноблокаторов при лечении пациентов с АГ, высказываемые в связи с результатами двух крупных рандомизированных исследований – ASCOT и LIFE. В этих исследованиях β -адреноблокаторы продемонстрировали менее выраженную по

сравнению с другими антигипертензивными препаратами способность предупреждать инсульт, хотя и были одинаково эффективны в предотвращении коронарных событий и смерти. ЕОК рекомендовала с осторожностью относиться к результатам этих исследований, так как они касаются преимущественно комбинированной терапии тиазидным диуретиком и β -адреноблокатором (в 80% случаев атенололом) и не совпадают с результатами других исследований.

Согласно рекомендациям ЕОК (2007), «...пять основных категорий антигипертензивных средств (диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, БРА и β -адреноблокаторы) подходят для стартовой и поддерживающей терапии АГ». β -Адреноблокаторы предпочтительнее назначать больным с АГ и сопутствующей стенокардией, инфарктом миокарда в анамнезе, сердечной недостаточностью, тахикардией, глаукомой, а также женщинам в период беременности.

Особое внимание в рекомендациях ЕОК уделено необходимости суточного мониторинга АД, что связано с более выраженным повреждением органов-мишеней у пациентов с ночным повышением АД или значительной его вариабельностью на протяжении суток. В связи с этим рекомендуется отдавать предпочтение препаратам, антигипертензивный эффект которых сохраняется более 24 ч при приеме 1 раз в сутки. Такой подход позволит не только упростить схему лечения, но и повысить приверженность к нему.

Периодом полувыведения, достигающим 24 ч, обладает β -адреноблокатор II поколения бетаксолон (Локрен®), что в сочетании с высоким сродством к β_1 -адренорецептору обеспечивает стабильность клинического эффекта препарата на протяжении суток при однократном приеме. Бетаксолон является кардиоселективным β -адреноблокатором, причем в отличие от других представителей группы его селективность сохраняется даже при применении в высоких, не используемых на практике, дозах (до 80 мг/сут). Антигипертензивный эффект 20 мг бетаксола через 24 ч после приема сохраняется практически полностью, в то время как у других препаратов группы (окспренолола, пропранолола, атенолола и соталолола) снижается в 2-3 раза. Эти свойства создают предпосылки для более высокой приверженности к лечению. Доказано, что приверженность к лечению при однократном приеме бетаксола выше, чем при двукратном приеме метопролола тартрата. Клиническая эффективность бетаксола подтверждена в ряде контролируемых исследований. В исследованиях A.V. Chobanian и соавт. (2003), J. Djian и соавт. (1985) и TIBBIS (1999) показано, что антигипертензивный эффект бетаксола зависит от дозы, а монотерапия позволяет достичь целевого уровня АД у 49-89% пациентов с мягкой и умеренной АГ. Высокая эффективность и хорошая переносимость бетаксола была подтверждена В. Grydlewska и соавт. (2003) на основании наблюдения за 6881 пациентом с АГ и/или ИБС, которые получали этот препарат на протяжении 8 нед.

Бетаксолон не влияет на углеводный и липидный обмен, в связи с чем более предпочтителен, чем β -адреноблокаторы I поколения, при лечении АГ у больных с СД, метаболическим синдромом и его компонентами.

Целью нашего исследования стало изучение эффективности селективного β -адреноблокатора Локрен® (бетаксолон,

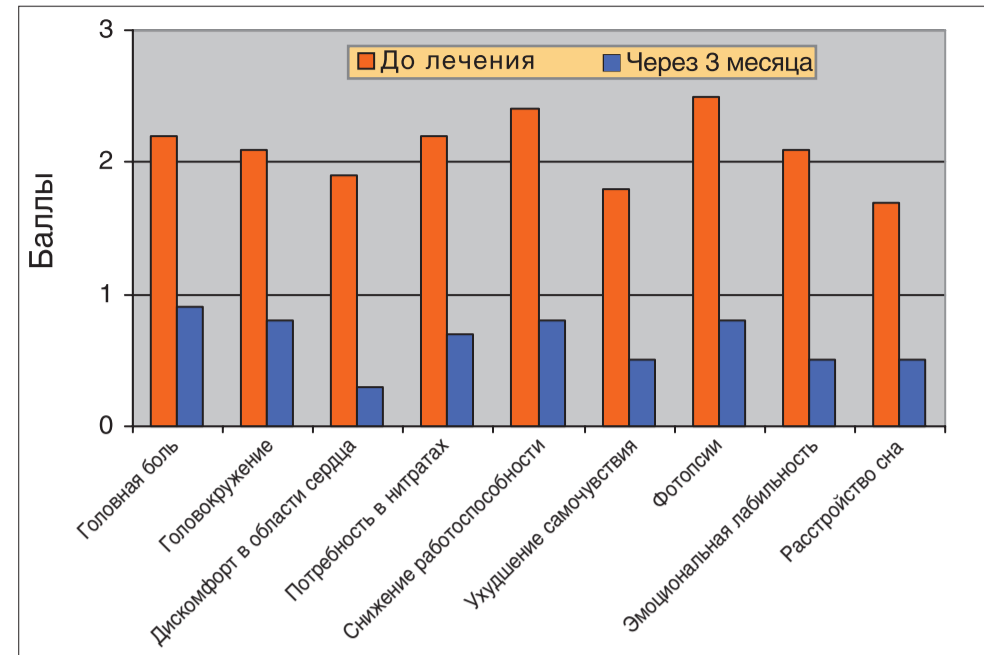


Рис. 1. Изменения клинической симптоматики у включенных в исследование пациентов на фоне лечения

sanofi-aventis, Франция), ингибитора АПФ Тритаце® (рамиприл, sanofi-aventis, Франция) и статина Торвакард® (аторвастин, Zentiva, Чехия) в комплексном лечении пациентов с АГ и ИБС.

Материалы и методы

Обследовано 40 больных с эссенциальной АГ I и II степени и ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия напряжения II-III функционального класса) в возрасте от 42 до 69 лет (средний возраст – 54,2±7,2 года); стаж эссенциальной АГ – 5,2±2,3 года. Диагноз эссенциальной АГ устанавливали при исключении всех причин, которые могли бы вызывать симптоматическую АГ. В исследование не включались пациенты, перенесшие в предыдущие 2 мес острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром, а также больные с пороками сердца, хронической сердечной недостаточностью, декомпенсированным сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, дыхательной недостаточностью, хронической почечной недостаточностью, хроническими заболеваниями печени.

Включенным в исследование пациентам на фоне базисной терапии (аспирин – 75 мг ежедневно после еды; нитраты при необходимости – нитроглицерин сублингвально или в аэрозоле) рекомендовали прием селективного β -адреноблокатора Локрен® в дозе 20 мг ежедневно днем, ингибитора АПФ Тритаце® в дозе 10 мг ежедневно утром и статина препарата Торвакард® в дозе 20 мг однократно вечером.

Оценку эффективности лечения проводили на основе динамики АД («очень хороший» антигипертензивный эффект – через 3 мес лечения АД не превышало 140/90 мм рт. ст.; «хороший» – в конце периода наблюдения САД снижалось на 20 мм рт. ст. и более, а ДАД – на 10 мм рт. ст. и более; «неудовлетворительный» – снижение САД менее чем на 20 мм рт. ст. и/или уменьшение ДАД менее чем на 10 мм рт. ст.), выраженности ишемии миокарда по данным суточного мониторинга ЭКГ, а также субъективных жалоб больного: головная боль, головокружение, фотопсия, боль и дискомфорт в области сердца, потребность в нитратах, общая слабость, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, расстройства сна. Степень выраженности жалоб определяли в баллах по шкале: 0 – отсутствие жалоб, 1 – незначительная выраженность, 2 – умеренная выраженность, 3 – значительная выраженность симптома.

Переносимость назначенного лечения оценивали следующим образом: «отлично» – побочные эффекты в течение периода наблюдения не возникали; «хорошо» – возникали побочные эффекты, не требующие отмены препарата; «неудовлетворительно» – возникли побочные эффекты, требующие отмены лечения.

Всем включенным в исследование пациентам, кроме общего клинического обследования, измеряли АД в кабинете врача (офисное АД); проводили общий анализ крови и мочи; определяли уровни общего холестерина крови, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, аланин- и аспартатаминотрансферазы, креатинина; регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ); выполняли эхокардиографию (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД. Период наблюдения составил 3 мес.

Регистрацию электрокардиограммы проводили на двенадцатиканальном аппарате с компьютерной расшифровкой. Эхокардиографию выполняли с помощью ультразвукового сканнера по общепринятой методике. По данным ЭхоКГ определяли объемы и размеры ЛЖ, толщину задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки в диастолу, рассчитывали фракцию выброса ЛЖ и индекс массы миокарда ЛЖ.

Протокол включал измерение АД каждые 15 мин в течение дня (с 6:00 до 23:00) и каждые 30 мин в ночное время (с 23:00 до 6:00); результаты считали корректными при более чем 50 успешных измерениях на протяжении суток.

В ходе исследования регистрировали среднее суточное САД и ДАД; среднее дневное и ночное САД и ДАД; максимальную, среднюю и минимальную ЧСС в течение суток; количество эпизодов тахикардии (ЧСС более 90 в мин) и брадикардии (ЧСС менее 60 в мин); нарушения ритма сердца и проводимости; количество эктопических сокращений в минуту, час и сутки; время появления и количество эпизодов депрессии сегмента ST, их длительность и выраженность.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы. Определялись значения средней величины (M),

Таблица 5. Динамика уровня АД у включенных в исследование пациентов (M±m)

Показатель	Уровень АД, мм рт. ст.	
	до лечения	через 3 мес
Офисное САД	165,2±4,7	132,4±3,1*
Офисное ДАД	103,3±3,2	81,7±2,8*
Среднее суточное САД	154,2±4,3	123,2±3,5*
Среднее суточное ДАД	98,4±3,2	74,4±3,1*
Среднее дневное САД	162,7±4,8	128,7±3,8*
Среднее дневное ДАД	102,1±3,4	78,1±2,9*
Среднее ночное САД	146,1±3,9	119,5±3,4*
Среднее ночное ДАД	93,4±2,7	69,1±2,2*
ЧСС	78,4±4,1	61,3±2,8*

* Статистически достоверные различия между цифрами АД исходно и через 3 мес наблюдения (p<0,01).

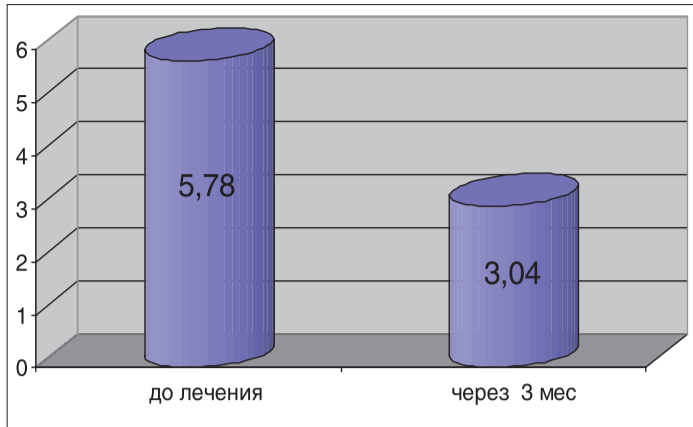


Рис. 3. Изменение индекса атерогенности на фоне лечения

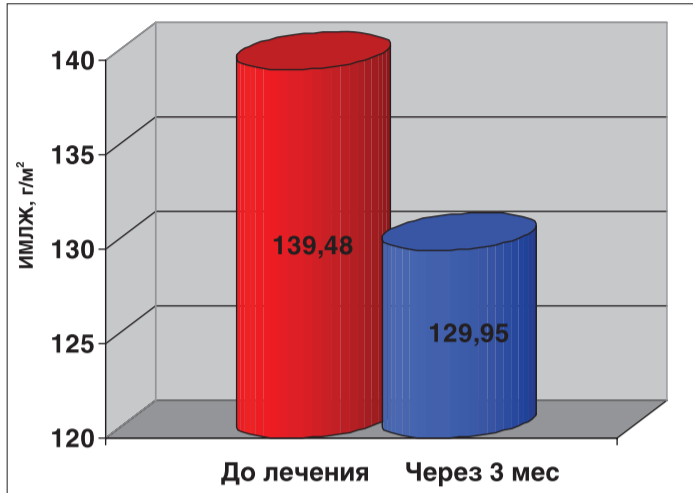


Рис. 2. Динамика индекса массы миокарда ЛЖ

среднеквадратического отклонения (SD), ошибки средней величины (m), критерия достоверности t и значения достоверности p. Для оценки значимости отличий полученных результатов в разных группах больных был использован тест Стьюдента.

Результаты и обсуждение

На фоне рекомендованной терапии наблюдались улучшение самочувствия пациентов, уменьшение интенсивности головной боли и головокружений, фотопсии, ощущение дискомфорта в области сердца, потребности в нитратах, повышение работоспособности, нормализация сна (рис. 1).

Через 3 мес лечения очень хороший эффект антигипертензивной терапии (АД не превышало 140/90 мм рт. ст.) получен у 95% пациентов, хороший (САД снизилось на 20 мм рт. ст. и более, а ДАД – на 10 мм рт. ст. и более) – у 5% больных. Динамика уровня АД по данным измерения офисного давления и по данным суточного мониторирования АД приведена в таблице 5.

В конце периода наблюдения у больных, включенных в исследование, отмечалось недостоверное уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ (рис. 2).

Показатели	До лечения	Через 3 мес
Эпизоды ишемии за сутки	6,4±1,3	0,7±0,2*
Средняя продолжительность болевых приступов, мин	7,2±1,4	2,9±0,7*
Безболевого ишемия миокарда, мин	21,4±3,2	4,8±1,3*
Суммарная суточная продолжительность ишемии, мин	67,5±9,4	6,8±2,1*

* Статистически достоверное различие (p<0,05).

Общий холестерин, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	
До лечения	6,24±0,43	3,62±0,18	2,94±0,11	0,92±0,06
Через 3 мес	4,12±0,21*	2,43±0,09*	1,95±0,07*	1,02±0,08

* Статистически достоверное различие (p<0,05).

По данным суточного мониторинга ЭКГ в конце периода наблюдения отмечалось достоверное уменьшение количества эпизодов ишемии, средней продолжительности болевых приступов, безболевого ишемия миокарда и суммарной суточной продолжительности ишемии (табл. 6).

На фоне проведенной терапии зарегистрировано достоверное уменьшение уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов; выявлена тенденция к повышению уровня липопротеидов высокой плотности (табл. 7).

Кроме того, выявлено достоверное снижение индекса атерогенности в конце периода наблюдения (рис. 3).

Переносимость назначенной терапии в основной группе рассматривалась как отличная у 95% больных (побочные эффекты в течение

периода наблюдения не возникали) и хорошая – у 5% пациентов (сухой кашель умеренной интенсивности).

Выводы

- У пациентов с эссенциальной АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса применение препаратов Локрен® (20 мг/сут) и Тритаце® (10 мг/сут) обеспечило надежный контроль артериального давления: целевой уровень артериального давления через 3 мес лечения наблюдался у 95% пациентов.
- На фоне терапии препаратами Локрен® (20 мг/сут) и Тритаце® (10 мг/сут) наблюдалось достоверное снижение офисного, среднесуточного, а также дневного и ночного САД и ДАД у больных с АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса.
- Применение препаратов Локрен® (20 мг/сут) и Тритаце® (10 мг/сут) у пациентов с АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса достоверно уменьшило количество эпизодов ишемии за сутки, среднюю продолжительность болевых приступов и безболевого ишемия миокарда, суммарную суточную продолжительность ишемии.
- Использование препарата Торвакард® (20 мг/сут) в лечении больных АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса привело к достоверному уменьшению уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, появлению тенденции к повышению уровня липопротеидов высокой плотности.
- Назначение препарата Торвакард® (20 мг/сут) лицам, страдающим АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, способствовало достоверному снижению индекса атерогенности.
- Комплексное лечение больных АГ I и II степени и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса с использованием препаратов Локрен®, Тритаце® и Торвакард® хорошо переносилось пациентами, не приводило к возникновению побочных эффектов, требующих отмены терапии.

Список литературы находится в редакции.

ПРЕС-РЕЛИЗ

Европейська бізнес-асоціація наполягає на ветованні Закону України «Про мораторій на підвищення цін і тарифів на лікарські засоби і виробу медичного призначення»



20 жовтня 2009 року Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про мораторій на підвищення цін і тарифів на лікарські засоби і виробу медичного призначення». Цим законом передбачається встановлення мораторію на підвищення цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення на період фінансової кризи та реалізація зазначеної продукції за цінами, зареєстрованими державою.

Очевидно, що зростання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення пов'язане із стрімкою девальвацією гривні в цьому році. У відносному значенні (щодо вартості у вільноконвертованій валюті) ціни на лікарські засоби більшості європейських виробників не лише не підвищились, а навіть знизились. Таким чином, тимчасове закріплення цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення на рівні 1 липня 2008 року з наступною державною реєстрацією цін призведе до значних втрат суб'єктів підприємницької діяльності у сфері дистрибуції даної продукції.

Передбачуваним наслідком запропонованого законом цінового регулювання може стати зменшення обсягів продажу лікарських засобів і виробів медичного призначення іноземного виробництва, що призведе до скорочення надходжень до державного бюджету, зокрема, від податку на прибуток підприємств. Ще одним із негативних наслідків прийняття закону може стати насичення українського ринку продукцією сумнівного походження та низької якості.

Прогнозований позитивний соціальний ефект, який передбачається досягти шляхом введення Закону України «Про мораторій на підвищення цін і тарифів на лікарські засоби і виробу медичного призначення» в дію, на практиці може бути нівельований створенням дефіцитом на національному ринку лікарських засобів.

Європейська бізнес-асоціація вже звернулася до Президента України з проханням ветоувати даний Закон як такий, що не вирішує нагальних соціальних проблем і потенційно може призвести до кризи на фармацевтичному ринку.

Додаткова інформація тел.: (044)496-06-01, (050)415-75-95 Олена Карцова; e-mail: Elena.Karchova@eba.com.ua.

Інформаційна довідка

Європейська бізнес-асоціація (ЄБА) – неприбуткова організація, що об'єднує близько 750 іноземних і вітчизняних компаній, які працюють в Україні. Основною метою діяльності асоціації є налагодження стосунків між європейськими бізнес-структурами та представниками влади в Україні для співпраці щодо створення сприятливих умов ведення бізнесу та залучення прямих іноземних інвестицій в економіку України.

Детальну інформацію про Європейську бізнес-асоціацію можна отримати на сайті www.eba.com.ua.

ІНФОРМАЦІЯ

ВОЗ представила рекомендації по боротьбі з Н1Н1

Експерти Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представили рекомендації в отношении стратегий применения вакцин против высокопатогенного гриппа А/Н1Н1 с целью противодействия пандемии.

Експерти отметили, что на сегодняшний день регламентирующими органами лицензированы для использования различные противопандемические вакцины, включая живые ослабленные вакцины и инактивированные вакцины как с адьювантами, так и без них. Консультативная группа ВОЗ рекомендовала вводить разовую дозу вакцины взрослым и подросткам старше 10 лет при условии, что это соответствует указаниям регламентирующих органов. При этом, по сообщению ВОЗ, данные по иммуногенности среди детей старше 6 месяцев и младше 10 лет являются ограниченными, ввиду чего необходимы дополнительные исследования. В тех случаях, когда государственные структуры избрали в качестве приоритета раннюю вакцинацию детей, рекомендовано вводить в приоритетном порядке одну дозу вакцины возможно большему количеству детей. Члены консультативной группы подчеркнули необходимость проведения дальнейших исследований с целью определения схемы дозировок, которые будут эффективны для иммунодефицитных лиц.

В настоящее время проводятся клинические исследования в отношении одновременного введения сезонной и пандемической вакцин гриппа, однако группа приняла к сведению рекомендацию Центров США по борьбе с болезнями и их профилактике не вводить одновременно живую ослабленную сезонную вакцину гриппа и живую ослабленную пандемическую вакцину. В соответствии с рекомендациями экспертов сезонную и пандемическую вакцины можно вводить одновременно при условии, что обе вакцины являются инактивированными или одна из них является инактивированной, а другая – живой ослабленной. Не обнаружено фактических данных о том, что рекомендованное одновременное введение вакцин повысит риск побочных реакций.

Експерти рассмотрели предварительные результаты мониторинга лиц, получивших противопандемические вакцины, и не обнаружили свидетельств необычных побочных реакций. Были зафиксированы сообщения о ряде побочных эффектов после вакцинации, однако они соответствуют наблюдаемым при использовании сезонных вакцин, отличающихся высокими показателями безопасности. Хотя первые результаты обнадеживают, следует продолжать мониторинг побочных реакций.

Относительно применения вакцин у беременных комитет отметил, что исследования разного вида вакцин на экспериментальных животных не выявили свидетельств прямых или косвенных неблагоприятных последствий для фертильности, беременности, развития эмбриона или плода, родов или постнатального развития. Исходя из этих данных и существенно большего риска серьезных последствий у беременных, заразившихся пандемическим вирусом, группа рекомендовала применять у беременных любую лицензированную вакцину при условии, что государственный регулирующий орган не установил никаких конкретных противопоказаний.

<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/429690/cat/51>