

Кардосал — инновационный сартан с непревзойденной эффективностью в снижении АД

24 сентября состоялась лонч-конференция препарата Кардосал – инновационного блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА), представляемого на украинском рынке компанией «Берлин-Хеми Менарини». В портфеле кардиологических препаратов «Берлин-Хеми Менарини» – такие эффективные лекарственные средства, как ингибитор АПФ Берлиприл, бета-адреноблокаторы Корвитол и Небилет, блокатор кальциевых каналов Леркамен, диуретик Трифас, статин Вабатин, а теперь и представитель еще одного класса БРА – Кардосал.

Лекарственное средство для врача является, прежде всего, инструментом в его непростой работе, и усилия сотрудников представительства «Берлин-Хеми Менарини» в Украине направлены на то, чтобы обеспечить специалиста инструментом, достойным его профессионализма. Имея полную и достоверную информацию о продуктах компании и познакомившись на собственном опыте с их преимуществами, врач обретает уверенность, что назначаемый препарат приведет к необходимому результату лечения. Кроме того, среди пациентов врач укрепляет собственный авторитет квалифицированного специалиста, которому можно доверить заботу о своем здоровье.

Специалисты знают компанию «Берлин-Хеми Менарини» как производителя качественной и эффективной фармацевтической продукции, обеспечивающей врачей взвешенной информацией о каждом новом препарате, выводимом на рынок нашей страны. Знакомство с Кардосалом не стало исключением: организаторы мероприятия сделали все необходимое, чтобы предоставить специалистам объективную информацию о препарате из уст авторитетных ученых, успевших изучить Кардосал в клинической практике.

Весьма символично, что презентация препарата проходила в дни проведения X Национального конгресса кардиологов Украины. Благодаря этому компании удалось собрать одновременно ведущих кардиологов и терапевтов из всех уголков Украины, чтобы предоставить им информацию о препарате Кардосал, подтвержденную результатами контролируемых исследований и проверенную богатым клиническим опытом его применения.



Руководитель отдела симптоматических гипертензий Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко

открыл конференцию докладом «Место инновационного блокатора рецепторов ангиотензина II в лечении артериальной гипертензии».

– В XXI веке сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей

причиной смерти населения Украины. В большинстве развитых стран кардиологические заболевания также лидируют в общей структуре смертности, однако благодаря широкомасштабным профилактическим мероприятиям в течение последних 25 лет наблюдается неуклонное снижение их удельного веса. Доказано, что назначение современных антигипертензивных средств позволяет достичь снижения риска ССЗ и их осложнений на 20–25%, риска инсульта – на 40–45%, а в группе высокого риска – даже на 50%. Такую разницу можно легко объяснить.

Артериальная гипертензия (АГ) имеет непосредственное отношение к формированию практически всех механизмов развития инсульта. Так, наряду с гиперхолестеринемией АГ считается важнейшим фактором поражения сосудов головного мозга. В то же время в возникновении кардиоваскулярных событий АГ имеет опосредованное значение через ремоделирование сосудов и миокарда левого желудочка.

Таким образом, современная стратегия профилактики и лечения ССЗ заключается во влиянии на все факторы риска и, в частности, на АГ *per se*. Какова же ситуация с контролем АГ в Украине? В городской популяции эффективность терапевтических мероприятий достигает 20%, а в сельской – <10%. Для сравнения: в странах Евросоюза этот показатель составляет 20–25%, а в США – около 30%. Это свидетельствует о недостаточной эффективности мероприятий и средств, которые применяются сегодня в кардиологии. В связи с этим в настоящее время во всем мире ведется поиск более эффективных молекул, разрабатываются новые препараты, в том числе и комбинированные, в состав которых входят известные, хорошо зарекомендовавшие себя антигипертензивные средства.

Определяющее значение в снижении сердечно-сосудистого риска имеет достижение целевого уровня артериального давления (АД). У больных с АГ этот показатель составляет $\leq 140/90$ мм рт. ст.; у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, а также с высоким и очень высоким риском поражения органов-мишеней (инсульт, инфаркт миокарда (ИМ), почечная дисфункция, протеинурия) целевой уровень АД должен быть $< 130/80$ мм рт. ст. Следует отметить, что у больных АГ на фоне СД 2 типа с протеинурией ≥ 1 г/сут по рекомендациям Американской диабетической ассоциации (2006) необходим более жесткий

контроль АД (целевой уровень АД $< 120/70$ мм рт. ст.).

Лекарственные средства для лечения АГ начали применять в медицинской практике около 60 лет назад. В 1990-х гг. их арсенал пополнился БРА. Механизм действия препаратов этой группы основан на их способности блокировать рецепторы ангиотензина II 1 типа, предупреждая негативные эффекты активации ренин-ангиотензиновой системы (РАС) в организме. Применение данных лекарственных средств угнетает вазоконстрикцию, способствует уменьшению высвобождения альдостерона, вазопрессина и катехоламинов, снижению пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки и степени гипертрофии миокарда.

Существует несколько принципиальных отличий в действии БРА и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) – другой группы препаратов, модулирующих активность РАС. Во-первых, в организме есть альтернативные пути образования ангиотензина II, не связанные с действием АПФ. Поэтому блокада РАС при применении ингибиторов АПФ всегда будет неполной, тогда как БРА обеспечивают блокаду на уровне рецепторов, поэтому их действие не зависит от путей образования ангиотензина II. Во-вторых, в отличие от ингибиторов АПФ БРА не влияют на брадикинин, что способствует снижению частоты развития побочных эффектов, характерных для ингибиторов АПФ (сухого кашля, ангионевротического отека и др.).

Следует отметить, что в настоящее время для длительного лечения АГ используются несколько классов антигипертензивных препаратов. По данным последнего метаанализа (W.J. Elliot et al., 2009), все они обладают примерно одинаковой эффективностью в снижении риска кардио- и цереброваскулярных событий (табл. 1). Однако наряду с эффективностью терапии всегда необходимо учитывать другой ее показатель – безопасность.

Эффект терапии для всех антигипертензивных препаратов дозозависимый, снижение систолического АД (САД) составляет в среднем 8–10 мм рт. ст. при применении препаратов в стандартных терапевтических дозах. Частота побочных реакций тоже дозозависима для всех классов препаратов, однако для БРА зависимость имеет несколько отличительный от других гипотензивных средств характер – при увеличении дозы она возрастает незначительно.

Таким образом, БРА имеют следующие преимущества перед ингибиторами АПФ:

- эквивалентное снижение АД *per se*;
- более полная блокада РАС;
- лучшая переносимость;
- большая приверженность пациентов к терапии.

На мировом рынке лекарственных средств представлено уже несколько оригинальных молекул БРА. Каждая

из них имеет свои фармакокинетические и фармакодинамические характеристики. Сегодня в Украине появился оригинальный препарат из класса сартанов – Кардосал (олмесартана медоксомил). Чем же он может быть полезен в нашей клинической практике? Ответ на этот вопрос вытекает из характеристик препарата.

Олмесартана медоксомил – пролекарство. После приема внутрь непосредственно в ЖКТ олмесартана медоксомил гидролизуются в олмесартан. Олмесартан не метаболизируется при помощи системы цитохрома P450, что позволяет успешно комбинировать его с лекарственными средствами, для метаболизма которых необходимо участие этой системы. Абсорбция олмесартана осуществляется в тонком кишечнике. Абсолютная биодоступность составляет 26%. После однократного приема препарата в дозе 20 мг у здоровых лиц период полувыведения составляет 12–18 ч, что существенно превышает аналогичный показатель для большинства других представителей этого класса лекарственных средств. Экскреция олмесартана происходит в основном с калом (60%) и с мочой (40%). Стабильность концентрации олмесартана в плазме крови достигается уже через несколько дней постоянного приема.

Олмесартан обладает уникальным механизмом связывания с AT_1 -рецепторами ангиотензина II. Посредством домена «двойной» цепи (double chain domain) препарат осуществляет контакт с двумя участками рецептора, содержащего гидроксид- (ОН-) и карбокси- (α -COOH-) группы. Остальные представители класса сартанов обычно связываются исключительно только с участком рецептора, содержащим ОН-группу. Этот механизм блокады рецептора ангиотензина II позволяет олмесартану реализовывать более пролонгированное ингибирующее влияние в отношении гипертензивных эффектов ангиотензина II, что отличает препарат от других представителей этого класса лекарственных средств. Олмесартан способен оказывать достаточно выраженный антигипертензивный эффект на протяжении 24 ч после однократного приема.

Олмесартан, как и все БРА, оказывает дозозависимый антигипертензивный эффект. Применение его в суточных дозах 10–80 мг вызывает снижение диастолического АД (ДАД) на 12–15 мм рт. ст., САД – на 17–21 мм рт. ст. соответственно (Н.А. Punzi, 2009). К настоящему времени установлено, что в стандартных дозах олмесартан вызывает снижение АД в большей степени, чем другие представители этого класса лекарственных средств. Так, в двойном слепом контролируемом рандомизированном клиническом исследовании, включающем 588 больных с мягкой и умеренной АГ, по способности снижать АД олмесартан превосходил лосартан, валсартан и ирбесартан (на 11,3/11,5 мм

рт. ст. по сравнению с 9,5/8,2 мм рт. ст.; 8,4/7,9 мм рт. ст. и 11/8,9 мм рт. ст. соответственно; $p < 0,005$) (S. Oraril et al., 2001). Необходимо отметить, что длительное применение ольмесартана в когорте пациентов с АГ позитивно отражалось на динамике не только офисного, но и суточного АД (J. Redon, M.J. Fabia, 2009; рис.).

Помимо выраженного гипотензивного действия, получены доказательства наличия у ольмесартана противовоспалительной активности. Так, в исследовании EUTOPIA (European Trial on Olmesartan and Pravastatin in Inflammation and Atherosclerosis) было проведено сопоставление противовоспалительной активности ольмесартана и правастатина у пациентов с АГ высокого кардиоваскулярного риска (D. Fliser et al., 2004). Оказалось, что применение ольмесартана способствует достоверному снижению маркеров провоспалительной активности: концентраций в плазме крови С-реактивного протеина, фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина-6, а также моноцитарного хемотаксического протеина-1. Монотерапия правастатином не отражалась на динамике интенсивности воспалительной реакции.

В исследовании VIOS (Vascular Improvement with Olmesartan medoxomil Study) ольмесартан в отличие от атенолола индуцировал регресс васкулярного ремоделирования независимо от выраженности антигипертензивного эффекта (R.D. Smith et al., 2008). В этом же исследовании оценивали влияние препаратов на центральное аортальное давление как маркер эффективности антигипертензивной терапии, в результате чего была еще раз подтверждена высокая эффективность препарата в снижении АД.

В настоящее время подводятся результаты большого международного исследования MORE (The Multicenter Olmesartan Atherosclerosis Regression Evaluation) по оценке влияния ольмесартана на атеросклеротическое поражение сонных артерий у больных АГ с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. У больных исходно и через 2 года лечения проводят ультразвуковое исследование сонных артерий с определением показателей, характеризующих, по современным представлениям, развитие атеросклеротического процесса (толщина комплекса интима-медиа, объем атеросклеротических бляшек).

Таким образом, результаты исследований позволяют нам судить о наличии у ольмесартана вазопротекторной активности, обуславливающей возможность прерывать сосудистый континуум на различных его этапах.

! Ольмесартан отличается благоприятным профилем безопасности и хорошей переносимостью в широком диапазоне доз. Большинство побочных эффектов, зарегистрированных при проведении исследований, не оказывали существенного влияния на приверженность пациентов к лечению.

При потребности ольмесартан можно применять в комбинации с гидрохлортиазидом или антагонистами кальция. Для достижения целевого уровня АД у части пациентов нередко требуется применение трех антигипертензивных лекарственных препаратов. Использование комбинации ольмесартан (20 мг/сут) + гидрохлортиазид (12,5-25 мг/сут) + амлодипин (5-10 мг/сут) в большинстве

случаев позволяло достичь целевых цифр АД у пациентов с тяжелой АГ (J.M. Neutel et al., 2004). При этом пропорция больных, достигших целевого уровня АД $\leq 140/\leq 90$ мм рт. ст. и $\leq 130/\leq 85$ мм рт. ст., при применении тройной и двойной комбинации на основе ольмесартана составила 93,3 и 87,7% соответственно. Таким образом, комбинации ольмесартана с гипотензивными препаратами других классов в контролируемых клинических испытаниях продемонстрировали преимущества в отношении достижения контроля АД у пациентов с тяжелой АГ. В ближайшем будущем фиксированные комбинации ольмесартан+гидрохлортиазид и ольмесартан+гидрохлортиазид+амлодипин могут появиться и в Украине.

Хотя с момента внедрения в клиническую практику БРА прошел сравнительно небольшой срок (около 15 лет), преимущества данных препаратов очевидны. Проведены десятки контролируемых испытаний БРА при различных показаниях, и негативных результатов при применении этих лекарственных средств практически не было получено. Почему же мы недостаточно широко их применяем? Вероятно, это можно объяснить их низкой доступностью для населения Украины (в том числе и по ценовым показателям) по сравнению с другими гипотензивными средствами. Выводя на рынок оригинальный препарат Кардосал, компания «Берлин-Хеми Менарини» делает БРА более доступными для населения нашей страны.



Вице-президент Украинской ассоциации нефрологов, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов ознакомил присутствующих с аспектами лечения АГ у пациентов с заболе-

ваниями почек:

– Патология почек – большая междисциплинарная проблема, объединяющая специалистов разных направлений. Распространенность заболеваний почек значительно возросла. Так, в США около 17% населения старше 20 лет страдает данной патологией. Существует тесная взаимосвязь между АГ и функциональным состоянием почек. Как известно, почки являются и «жертвой», и «виновником» АГ. Основной причиной, уменьшающей продолжительность жизни пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), являются сердечно-сосудистые заболевания (Weiner et al., 2004; табл. 2). Ежегодно от первичных сердечно-сосудистых событий вследствие несвоевременного выявления нарушений функции почек в мире умирает около 1 млн человек.

Выбор препаратов для лечения АГ у пациентов с ХБП невелик. К ним относят ингибиторы АПФ, БРА, а также, возможно, прямые ингибиторы ренина. По данным обзора Кокрановского сотрудничества (2008), ни один из этих классов не обладает значительными преимуществами перед другими. В рекомендациях Европейского общества кардиологов (2006) предлагается следующий алгоритм ведения пациента с АГ при ХБП. Если САД менее чем на

20 мм рт. ст. выше уровня 130/80 мм рт. ст., показан БРА или ингибитор АПФ. Если прирост АД выше целевых цифр изначально ≥ 20 мм рт. ст., назначается комбинация блокатора РАС и антагониста кальция или тиазидного диуретика (титруя дозу последнего). Если через 2-3 недели такого лечения АД не достигло целевых цифр, следует добавить тиазидный диуретик первой группе

пациентов и антагонист кальция или β -блокатор – второй. Если давление не нормализовано и при такой схеме лечения, рекомендуется добавить блокатор альдостерона, а также антагонист кальция (тем, кто уже получает антагонист кальция, назначается второй препарат этого класса, но другой фармакологической группы). Если же и такая терапия не помогает нормализовать АД (по результатам контроля через 2-3 нед), в схему лечения можно добавить вазодилататор (гидралазин, миноксидил) или направить пациента к узкому специалисту (гипертензиологу).

В настоящее время определены цели лечения АГ и тактика применения препаратов для достижения этих целей. Почему наше внимание привлечет препарат Кардосал?

Во-первых, это самый мощный антигипертензивный препарат среди БРА.



Цитатой современности следует признать высказывание А. Маскаула (2009): «Абсолютная значимость независимого от снижения АД эффекта ренопротекции при блокаде РАС намного меньше, чем эффект от самого снижения АД». Доказательная база ольмесартана указывает на его преимущества перед другими БРА в плане достигаемой степени снижения АД. При этом клинически значимой особенностью действия ольмесартана является его продолжительность: препарат не снижает своей эффективности даже к концу суток, тем самым обеспечивая надежный контроль АД в наиболее опасные часы – ранним утром, когда действие большинства других антигипертензивных средств существенно ослабляется.

Продолжение на стр. 28.

Кардосал®
Ольмесартан

инновационный сартан

Непревзойденная эффективность в снижении АД

Кардосал® 40 мг
28 таблеток, круглых, обалюминированных

Кардосал® 20 мг
28 таблеток, круглых, обалюминированных

Кардосал® 10 мг
28 таблеток, круглых, обалюминированных

P.C. №: UA/3433/01/01, №: UA/3433/01/02, №: UA/3433/01/03 от 26.06.07

По лицензии Daiichi Sankyo Europe GmbH

BERLIN-CHEMIE MENARINI

Кардосал — инновационный сартан с непревзойденной эффективностью в снижении АД

Продолжение. Начало на стр. 26.

Во-вторых, Кардосал влияет на все звенья кардиоренального континуума:

- эффективно снижает АД (S. Oparil et al., 2001; H.R. Brunner et al., 2003; K. Arakawa, 2006);
- снижает уровень маркеров воспаления (EUTOPIA, D. Fliser et al., 2004);
- замедляет ремоделирование сосудов (VIOS, R.D. Smith et al., 2008);
- предупреждает развитие атеросклероза (MORE).

К настоящему времени установлена высокая эффективность БРА в отношении предотвращения возникновения и прогрессирования ХБП у пациентов с АГ благодаря снижению АД. Вместе с тем изучается собственно ренопротекторный потенциал ольмесартана. Исследование ROADMAP (Randomised Olmesartan And Diabetes MicroAlbuminuria Prevention) — первое испытание, в котором определяют способность ольмесартана в высоких дозах (40 мг/сут) ограничивать возникновение и прогрессирование диабетической



болезни почек у пациентов с СД 2 типа независимо от наличия АГ или других факторов кардиоваскулярного риска (H. Haller et al., 2006). В качестве первичной конечной точки используется частота возникновения микроальбуминурии, а вторичной конечной точки — частота фатальных и нефатальных кардиоваскулярных событий.

Возвращаясь к алгоритму терапии, необходимо отметить, что при недостижении поставленных целей лечения может потребоваться комбинированная терапия. В нефрологии часто назначается комбинация сартана и антагониста кальциевых каналов. Среди последних препаратом выбора является лерканидипин (Леркамен), селективно дилатирующий дистальную часть артериального русла и поэтому проявляющий ренопротекторные свойства. В отличие от большинства антагонистов кальция лерканидипин расширяет не только приводящие, но и отводящие артериолы и тем самым предупреждает повреждение клубочков и собирательных трубочек. В исследовании DIAL лерканидипин показал значительное снижение уровня экскреции альбумина по сравнению с исходным уровнем, причем не отмечалось статистически значимых различий по сравнению с рамиприлом. В исследовании ZAFRA при применении лерканидипина у пациентов с ХБП обнаружено улучшение функции почек, которое проявлялось в повышении клиренса эндогенного креатинина, а также уменьшение протеинурии при добавлении его к ингибиторам АПФ.

Таким образом, Кардосал — многообещающий препарат с выраженным антигипертензивным и ренопротекторным действием. При заболеваниях почек он может применяться как в монотерапии, так и в комбинации (в частности, оптимальной следует признать комбинацию с Леркаменом).

Подготовил **Олег Мазуренко**
Фото автора

Медицина регионов • На пульсе событий

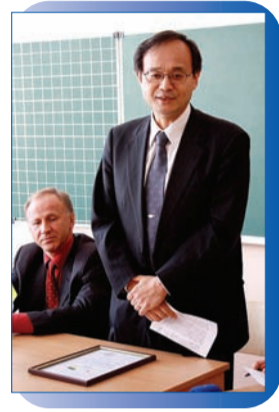


В АР Крым реализован благотворительный грант правительства Японии

22 октября в АР Крым с участием Чрезвычайного и Полномочного Посла Японии в Украине Идзавы Тадаши состоялась церемония передачи нового медицинского оборудования Советской центральной районной больницы (ЦРБ). В торжественном мероприятии также приняли участие министр Совета министров АР Крым Анатолий Рогозенко, заместитель министра здравоохранения АР Крым Таир Мусаев, главный врач Советской ЦРБ Светлана Меркулова и представители местных органов власти.

Оборудование для Советской ЦРБ было закуплено в рамках японской правительственной программы гуманитарной помощи «Кусаноне», направленной на поддержку инициатив неправительственных и некоммерческих организаций. Сумма гранта на модернизацию оснащения родильного отделения больницы составила 57 349 долларов; за эти средства приобретены аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных, блок интенсивной терапии, аппаратура для отделения детской хирургии, другое оборудование, применение которого позволит значительно улучшить эффективность медицинского обслуживания новорожденных и рожениц.

Грант, выделенный Советской ЦРБ, — один из первых, реализованных в АР Крым в рамках программы «Кусаноне» в текущем году. В настоящее время в Посольстве Японии в Украине находится на рассмотрении ряд проектов, представленных другими районами автономии.



В г. Луцке начал работу диагностический офтальмологический центр

9 октября в г. Луцке открылся новый диагностический офтальмологический центр. В церемонии открытия центра принял участие глава областной госадминистрации Николай Романюк, он поздравил коллектив медицинского учреждения с началом работы. Следует отметить, что офтальмологический центр оснащен самым современным оборудованием, которое позволит луцким медикам оказывать пациентам помощь на европейском уровне. Так, кроме высокотехнологического диагностического оборудования, позволяющего определять заболевания на ранней стадии развития, здесь будут использоваться новейшие технологии хирургического лечения катаракты, глаукомы и диабетической ретинопатии.

Таким образом, с открытием центра жители региона получают доступ к качественной диагностике и лечению, и, что немаловажно, получение специализированной медицинской помощи теперь будет для них менее затратным, чем в других учреждениях подобного профиля.

В г. Днепрпетровске проведена неделя борьбы с инсультом

В период с 29 октября по 5 ноября Главное управление здравоохранения Днепрпетровской областной госадминистрации запланировало проведение недели борьбы с инсультом. Мероприятие приурочено к Всемирному дню борьбы с инсультом. Как известно, одним из главных факторов развития этого опасного заболевания является повышенное артериальное давление. В связи с этим в рамках акции в лечебно-профилактических учреждениях, а также в ряде аптек организованы измерение артериального давления и бесплатные консультации для всех желающих; распространение листовок и памяток, посвященных данной проблеме.

29 октября, в первый день мероприятия, на открытом форуме специалисты консультировали население в отношении факторов риска развития сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии, рассказывали о современных методах профилактики и лечения, обучали правилам измерения артериального давления, самопомощи и т. д. Предпринимаемые врачами и организаторами здравоохранения меры крайне актуальны, поскольку исследования показывают, что большинство украинцев не следят за артериальным давлением, не занимаются профилактикой и не получают адекватного лечения по этому поводу.

В г. Виннице состоялось совещание, посвященное профилактике эпидемии гриппа

29 октября в г. Виннице под председательством главы областной госадминистрации В. Жердецкого состоялось совещание, посвященное профилактике гриппа и других ОРВИ, в котором приняли участие руководители управлений и служб области. На совещании были рассмотрены пути и методы профилактики развития эпидемии в регионе.

Как показала практика, низкая готовность общества к сезонному повышению заболеваемости гриппом и другими ОРВИ в Тернопольской, Ивано-Франковской и Львовской областях привела к тому, что эпидемия в данных регионах приобрела угрожающий характер. Так, в октябре текущего года в указанных областях от пневмонии и осложнений ОРВИ умерли 22 человека, 90 человек госпитализировано; при этом все зафиксированные случаи смерти связаны с поздним обращением за медицинской помощью.

Ожидаемое ухудшение эпидемической ситуации в Винницкой области требует принятия срочных профилактических мер. В настоящее время санитарно-эпидемиологическая служба области проводит постоянный мониторинг эпидемической ситуации по гриппу и другим ОРВИ, уровень заболеваемости по области и областному центру анализируется ежедневно.

В настоящее время уровень заболеваемости в регионе на 17% ниже эпидемического порога и соответствует сезонным показателям за аналогичный период прошлого года. По результатам лабораторных исследований, среди населения области циркулируют вирус парагриппа, аденовирусы, а также РС-вирусы.

В перечне основных рекомендуемых мер профилактики — введение карантина в школах и других учебных заведениях в начале эпидемии либо в случае локальных вспышек заболеваемости, а также вакцинопрофилактика. В соответствии с рекомендациями ВОЗ приоритетным заданием на ближайшее время является иммунизация населения Украины от гриппа, позволяющая предотвратить серьезные осложнения и летальные исходы заболевания. В настоящее время руководство области принимает меры с целью обеспечить доступ жителей к вакцинации против гриппа. Необходимость срочной закупки вакцин тем более актуальна, что прививки нужно сделать не позднее чем за 14 дней до начала эпидемии. В первую очередь, в вакцинации нуждаются пенсионеры и дети-сироты, проживающие в пансионатах и домах-интернатах.

Среди актуальных вопросов — создание в медицинских учреждениях резерва антибиотиков и других медикаментов, используемых в лечении сезонных инфекций и их осложнений, что позволит встретить возможную эпидемию во всеоружии. Все участники совещания согласились с тем, что для предотвращения тяжелых последствий в случае развития эпидемии необходимо проведение масштабной разъяснительной работы среди населения.

Подготовила **Катерина Котенко**

Таблица 1. Эффективность различных антигипертензивных препаратов по сравнению с диуретиками

Класс препаратов	Предупреждение цереброваскулярных осложнений		Предупреждение кардиоваскулярных осложнений	
	ОР	95% ДИ	ОР	95% ДИ
Ингибиторы АПФ	1,17	1,07-1,29	0,92	0,81-1,05
БРА	1,10	0,96-1,26	1,11	0,94-1,31
Бета-адреноблокаторы	1,22	1,11-1,35	1,03	0,92-1,15
Антагонисты кальция	1,01	0,92-1,10	0,99	0,89-1,10
Плацебо	1,55	1,44-1,77	1,19	1,07-1,32

Примечания: ОР — относительный риск, ДИ — доверительный интервал.

Таблица 2. Причины смерти больных с хронической болезнью почек

События	Частота событий, %	
	Скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м ²	Скорость клубочковой фильтрации ≥60 мл/мин/1,73 м ²
Кардиоваскулярные	10,1	5,3
Инсульт	7,5	2,8
Общая смертность	23,0	8,1
Все осложнения	30,1	13,2

Таблица 3. Показатели АД и тактика лечения АГ при ХБП

Категория	САД мм рт. ст.	ДАД мм рт. ст.	Терапия
Целевое давление	100-125 (130)	60-75 (80)	Наблюдение/ продолжение ранее проводимой терапии
АГ 1 ст.	130-149	>90?	Монотерапия ингибиторами АПФ/БРА или прямыми ингибиторами ренина
АГ 2 ст.	150-169	>100?	Комбинация с диуретиком или антагонистом кальция