

ефекта – на протязі всіх 3 мес лікування. При індивідуальному аналізі ні в одному із випадків не було помічено різкого зниження рівня АД. Примічально, що у пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком (тобто з супутніми ІБС, СД і ХБП) фозіноприл також оказував плавне і м'яке антигіпертензивне діяння. Так, серед цих пацієнтів теж не було випадків надмірно швидкого зниження АД; крім того, ні в одному випадку не було досягнуто рівня АД <120/70 мм рт. ст., що важливо з урахуванням феномена J-кривої, про яку говориться вище.

Нами проведено аналіз антигіпертензивної ефективності фозіноприла у окремих категоріях пацієнтів (для цього використовували критерій  $\chi^2$  Пірсона). Антигіпертензивна ефективність проведеної терапії виявилася порівнянимою у осіб у віці  $\geq 65$  і <65 років; у пацієнтів, які мали супутні хронічну ІБС, СД 2 типу і ХБП (всі  $\chi^2$  не більше 8,5; всі  $p > 0,05$ ).

Побічні ефекти лікування (здебільшого транзиторні і помірні за вираженістю) помічені в 13 (4,1%) випадках; вони включали сухий кашель (в 6 випадках), головний біль (6 випадків), головний біль (5 випадків), слабкість (у 4 пацієнтів) і біль у епігастрії (у 1 пацієнта, який мав супутню виразкову хворобу дванадцятипалої кишки). Необхідно зауважити, що встановлено чітку зв'язку між останніми ефектами і прийомом саме фозіноприла, оскільки всі ці особи отримували комбіновану антигіпертензивну терапію. Лише в 3 (0,9%) випадках місце передчасної відмови фозіноприла (в 1 випадку – з-за кашлю, в 1 випадку – з-за слабкості; ще в 1 випадку більший прийом препарату самостійно без вказівки причини).

Терпимість препарату за оцінкою пацієнтів виявилася дуже доброю в 145 випадках (46,2%), доброю – в 147 (46,8%), задовільною – в 20 (6,4%) і незадовільною – в 2 випадках (0,6%).

#### Висновки

1. Застосування лікування, заснованого на фозіноприлі (Фозикард, Actavis), протягом 3 мес у пацієнтів з АГ (в 68,9% випадків – в якості монотерапії) асоціювалося з отриманням стійкого і плавного антигіпертензивного ефекту. Участвовавши в дослідженні широкий колектив лікарів загальної практики достатньо добре знає про фозіноприл і використовує адекватні дози препарату (в середньому близько 14 мг/сут); використання статинів і аспірину в лікуванні АГ продовжує залишатися недостатнім.

2. Лікування, засноване на фозіноприлі, сприяло досягненню цільових цифр АД в 93,6% випадків.

3. Антигіпертензивний ефект лікування був чітко помітним (зниження систолического АД в середньому на  $29,9 \pm 13,3$  мм рт. ст., діастолічного АД – на  $15,9 \pm 8,1$  мм рт. ст.), але плавним і м'яким – без епізодів різкого зниження. У осіб похилого віку, а також у пацієнтів з супутніми хронічними ІБС, СД 2 типу і ХБП лікування, засноване на фозіноприлі, продемонструвало виражений і плавний антигіпертензивний ефект.

4. Лікування добре переносилося (побічні ефекти помічені лише в 4,1% випадків, передчасна відмова фозіноприла мала місце в 0,9% випадків). Дуже хороша або хороша переносимість лікування за оцінкою пацієнтів мала місце в 93% випадків.

## ПРЕСС-РЕЛИЗ

**Компанія «Берінгер Інгельхайм» підтверджує безпеку телмісартану, доведену результатами досліджень за участю 50 тис. пацієнтів, і категорично не погоджується з публікацією Sipahi et al. (Lancet Oncology, червень 2010 р.)**

Інгельхайм, 14 червня 2010 р. Телмісартан, блокатор рецепторів ангіотензину II (БРА), – один із найбільш досліджених препаратів у світі. Цей засіб вивчався у клінічних дослідженнях за участю більш ніж 50 тис. пацієнтів. Профіль безпеки препарату підтверджує також тривалий період його застосування, що становить 34,5 млн пацієнто-років. Переконливі дані щодо безпеки препарату для пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком було отримано в трьох довготривалих дослідженнях впливу терапії на прогноз: ONTARGET, PROFESS і TRANSCEND; спостереження за деякими пацієнтами тривало впродовж 5 років. Після ретельної оцінки даних досліджень було зроблено висновок про те, що терапія телмісартаном не пов'язана з підвищенням ризику розвитку онкопатології.

В метааналізі Sipahi і співавторів стверджується, що БРА, які застосовують для лікування артеріальної гіпертензії, призводять до незначного збільшення ризику розвитку онкологічних захворювань. Висновки авторів базуються на даних дослідження групи комбінованого лікування телмісартаном та інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) раміприлом і не стосуються груп лікування кожним препаратом окремо.

Безпека та здоров'я пацієнтів української ваги для компанії «Берінгер Інгельхайм». Компанія постійно проводить моніторинг показників безпеки всіх своїх лікарських препаратів. Первинні дані комплексного внутрішнього аналізу показників безпеки, проведеного «Берінгер Інгельхайм», суперечать висновкам щодо зростання ризику розвитку злоякісних новоутворень, наведених Sipahi і співавторів.

До всіх досліджень телмісартану<sup>1</sup> залучали пацієнтів із факторами ризику серцево-судинних ускладнень через вік та супутні захворювання. Зокрема, в дослідженні ONTARGET із залученням понад 25 тис. пацієнтів, не показано статистично значимої різниці у захворюваності на злоякісні пухлини під час лікування телмісартаном порівняно з терапією раміприлом. У дослідженні TRANSCEND за участю 6 тис. пацієнтів відмінність також не досягла рівня значимості. У PROFESS – ще одному масштабному дослідженні за участю понад 20 тис. пацієнтів – у групі прийому телмісартану зареєстровано меншу кількість випадків злоякісних новоутворень порівняно з групою плацебо. Таким чином, з огляду на аналіз усіх трьох досліджень впливу телмісартану на розвиток злоякісних пухлин не спостерігалось.

У дослідженні ONTARGET у групі комбінованого лікування телмісартаном і раміприлом спостерігалось незначне зростання ризику розвитку злоякісних пухлин. У рамках нашої політики відкритості результати досліджень ONTARGET, TRANSCEND і PROFESS опубліковано для ретельного вивчення регулюючими органами ще 2008 року. Важливо зазначити, що в інструкції до препарату телмісартан не рекомендовано комбінувати його прийом з інгібіторами АПФ, до яких належить раміприл.

Телмісартан – один із найбільш вивчених у клінічних дослідженнях антигіпертензивних препаратів. Результати всіх досліджень цього препарату було оприлюднено. Засіб широко застосовується як препарат для зниження артеріального тиску та захисту пацієнтів від важких серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт міокарда та інсульт.

<sup>1</sup> Саме в ONTARGET не було отримано статистично значимих підтверджень різниці в кількості злоякісних новоутворень серед пацієнтів, яких лікували телмісартаном, і тих, хто отримував раміприл (BP 1,05; 95% ДІ 0,94; 1,16). У TRANSCEND різниця також не була суттєвою (BP 1,17; 95% ДІ 0,97; 1,41). У дослідженні PROFESS лікування плацебо показало більшу кількість онкологічних захворювань, ніж серед пацієнтів, що приймали телмісартан (BP 0,92; 95% ДІ 0,79; 1,05).

**dia**thera®  
Індикатор ИГД-02 "ПРА"

Унікальність  
Якість  
Комфорт

Измерение внутриглазного давления через веко

- Без контакта с роговицей
- Без риска инфицирования
- Без анестезии
- Без стерилизации



Свидетельство о государственной регистрации МЗ Украины № 6933/2007

«МЕДТЕХСНАБ»

г. Киев  
тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
РЯЗАНСКИЙ  
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД  
тел.: +7 (4912) 29-84-53  
факс: +7 (4912) 29-85-16  
e-mail: info@grpz.ru  
www.grpz.ru

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

# Причина кровотечений у молодого мужчины

**Пациент 29 лет** поступил в отделение неотложной терапии с жалобами на кровоточивость десен, кровотечения из носа и места пункции локтевой вены.

**При осмотре** – сине-багровые пятна небольшого размера на коже передней брюшной стенки, петехиальная сыпь и кровоподтеки на груди и ногах.

**Данные объективного осмотра:** артериальное давление – 94/62 мм рт. ст., тахикардия (ЧСС – 100 уд/мин), температура тела – 37,7 °С. Пациент встревожен, контактен, ориентация во времени и пространстве не нарушена. В последние несколько дней больной отмечал нарастающую общую слабость, появление кровоподтеков при любом незначительном ударе и периодические носовые кровотечения. Со стороны слизистых оболочек кровоточивости не выявлено (помимо слизистой оболочки полости рта), лимфаденопатия отсутствует. Печень и селезенка нормальных размеров. Прием каких-либо лекарственных препаратов в последнее время отрицает.

**Результаты лабораторных анализов:** гематокрит – 24%, гемоглобин – 61 г/л, количество лейкоцитов крови –  $5 \times 10^9$ /л, тромбоцитов –  $30 \times 10^9$ /л.

### Вопросы

1. Каков диагноз у данного пациента?
2. Какую терапию необходимо назначить больному?

Ответы и обсуждение на стр. 43.



# Организация аллергологической помощи детскому населению Австрии

**Интересные факты по итогам стажировки в отделении детской пульмонологии и аллергологии Университетской клиники г. Граца (Австрия) на заседании научно-практической конференции аллергологов, проходившей с 12 по 13 мая в г. Виннице, представила доцент кафедры пропедевтики педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук Виктория Анатольевна Клименко.**

— На сегодняшний день организация современной медицинской помощи в Австрии основывается на создании крупных медицинских центров с обеспечением рациональной транспортировки больных. Университетская клиника г. Граца — одна из крупнейших в Европе, ее коечный фонд рассчитан на 2 тыс. пациентов. Учреждение предоставляет медицинскую помощь населению федеральной земли Штирия (около 1 млн 600 тыс. человек) и курирует 22 подведомственных госпиталя. Наиболее важной составляющей успеха функционирования столь сложной структуры является ее оптимальная организация.

В соответствии с рабочим графиком прием специалистов в клинике длится с 8:00 до 16:00 (перерыв с 12:00 до 13:00), обход проводится 2 раза в день (в 9:00 и 14:00), в 13:30 — общее совещание. Фактически в стационаре на 20 пациентов приходится 1 опытный и 4 начинающих врача; кроме этого, всех больных ежедневно осматривает профессор. Сотрудники клиники специализируются в пульмонологии, аллергологии, бронхологии и оториноларингологии одновременно, каждый из докторов говорит по-английски и владеет навыками работы на компьютере.

Одна из особенностей организации лечебного процесса в аллергологическом отделении клиники заключается в том, что пациентам практически никогда не назначаются строгие элиминационные диеты; также больные практически без ограничений могут употреблять фрукты и цветные напитки. Это возможно благодаря тому, что всем детям в раннем возрасте проводится определение специфических IgE к пищевым продуктам, а дети грудного возраста получают смеси на основе белка высокой степени гидролиза.

Как у врачей, так и у пациентов отсутствует необоснованный страх перед применением глюкокортикоидов (ГКС), поэтому довольно широко назначаются ингаляционные ГКС (флутиказон и будесонид, беклометазон не используется), зачастую длительными курсами (до 2 лет без перерыва). В то же

время пролонгированные  $\beta_2$ -агонисты начинают применять длительными курсами только при бронхиальной астме (БА) III степени тяжести. В период обострения БА используются ГКС внутривенно или перорально (на приеме у врача) в течение 1 нед с последующей коррекцией дозы базисной терапии; широко назначается антагонист лейкотриеновых рецепторов монтелукаст. С целью предупреждения развития ГКС-индуцированной гастропатии дети до 6 лет получают сопроводительную терапию сукральфатом, а после 6 лет — ингибитором протонной помпы омепразолом.

Купирование приступа БА у ребенка грудного возраста проводится в соответствии со следующими положениями (M. Silvermann, 1995).

- В раннем возрасте  $\beta$ -адренорецепция несовершенна (не доказана клиническая эффективность салбутамола в возрасте до 1,5 лет, поэтому в указанный период он не должен использоваться); ответ на  $\beta_2$ -агонисты повышается с течением времени.

- При вирусных инфекциях отмечается снижение регуляции, осуществляемой  $\beta$ -рецепторами.

- При использовании первой дозы салбутамола происходит усиление гипоксемии и снижение показателей функции внешнего дыхания (изменение рН, осмолярности).

- Воздействие ипратропия бромида на холинорецепторы (мускариновые) теоретически обосновано.

- Основным преимуществом адреналина в таких ситуациях является  $\beta$ -рецепторный эффект, обуславливающий уменьшение отека бронхов, однако повторное его введение может привести к развитию синдрома рикошета.

Крайне важное значение придается предупреждению полипрагмазии. К примеру, схема лечения пневмонии, в том числе сегментарной, состоит из назначения больному антибактериального препарата цефалоспориновой группы II поколения (цефуросима) в течение 5 дней в/в, затем



проводится контрольная рентгенография, и пациент начинает получать препарат этой же группы (цефактор), но перорально, на протяжении 5 дней в сочетании с пробиотиком. Считается, что 3 антибиотика необходимо назначать только больным муковисцидозом.

Существуют особенности и при проведении специфической иммунотерапии (СИТ). В случаях СИТ подкожным методом аллергены вводятся пациенту по 1 мл 1 р/нед на амбулаторном приеме аллерголога (4 разведения по 5 доз).

Сублингвальная СИТ осуществляется по следующей схеме: 1-я неделя — 1 капля в день; 2-я неделя — 1 капля 2 р/день; с 3-й недели — 1 капля 3 р/день в течение 3 мес (больной осматривается врачом 1 раз в 3 месяца). Довольно перспективной представляется пероральная СИТ, ее клиническая эффективность была доказана при апробации (на фармацевтический рынок тот препарат еще не поступил).

В завершение хотелось бы отметить, что условия, созданные в клинике (материально-техническое обеспечение, высококвалифицированные специалисты), позволяют пациенту прожить в отделении реанимации на аппарате экстракорпорального кровообращения в ожидании донорского сердца больше года, что является довольно длительным сроком. В то же время уход за больным на дому в Австрии также осуществляется на очень высоком уровне, благодаря чему пациент с миопатией в течение последних 4 лет большую часть времени находится дома на личном аппарате искусственной вентиляции легких и поступает в стационар лишь 2 раза в год на плановую санацию трахеобронхиального дерева.

Подготовил **Антон Проїдак**



В.А. Клименко

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

## Причина кровотечений у молодого мужчины

Вопросы на стр. 35.

**Ответы**

У пациента идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП). Термин «идиопатический» означает, что причина заболевания неизвестна. У больных с ИТП снижение количества тромбоцитов приводит к появлению множественных кровоподтеков и кровотечений. При очень низком содержании тромбоцитов в крови возникают тяжело купирующиеся носовые, кишечные кровотечения и кровоизлияния в другие жизненно важные органы.

В большинстве случаев ИТП происходит преждевременное разрушение тромбоцитов. Это состояние известно также как аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура. ИТП может быть острой или хронической. Острая форма развивается в первую очередь у детей, как правило, после вирусной инфекции. Хроническая форма встречается в возрасте от 20 до 50 лет, чаще у женщин. В отличие от острой при хронической ИТП связь с какими-либо предшествующими событиями, как правило, отсутствует. Полагают, что обе формы этого заболевания возникают в результате аутоиммунного ответа, при котором вырабатываются аутоантитела к тромбоцитам. Организм человека воспринимает эти нагруженные антителами тромбоциты как чужеродные, поэтому макрофаги ретикулоэндотелиальной системы селезенки и печени их фагоцитируют, в результате чего количество тромбоцитов быстро снижается.

Сыпь в виде петехий и пурпуры может быть единственным клиническим признаком заболевания. Нередко при ИТП возникают носовые кровотечения, кровоточивость десен; появляются гематомы, а также может удлиняться менструальный цикл. Могут наблюдаться акроцианоз, боль в суставах и парестезии. Лихорадка, спленомегалия, увеличение лимфатических узлов обычно не характерны для ИТП, поэтому при наличии у больных данных симптомов необходимо рассмотреть возможность других вариантов диагноза.

Уровни тромбоцитов при хронической ИТП, как правило, находятся в диапазоне  $30-70 \times 10^9/\text{л}$ . Научные данные свидетельствуют о том, что только у 5% взрослых с этой патологией происходит спонтанная ремиссия.

В большинстве случаев у взрослых пациентов с ИТП наблюдается незначительная тромбоцитопения. Этот диагноз устанавливается лишь по результатам лабораторных тестов.

Заболеваемость хронической ИТП составляет примерно 1 на 10 тыс. человек. Болезнь часто протекает волнообразно. Тяжелая тромбоцитопения может потребовать назначения высоких доз глюкокортикостероидов, проведения спленэктомии или внутривенных инъекций иммуноглобулина. За исключением случаев возникновения угрожающих жизни кровотечений, переливание тромбоцитарной массы не рекомендуется, потому что после этого тромбоциты быстро разрушаются.

Пациенту была назначена терапия глюкокортикостероидами. Препараты этого класса эффективно повышают количество тромбоцитов приблизительно у 80% больных. Они подавляют фагоцитарную активность макрофагов в ретикулоэндотелиальной системе, в частности в селезенке, тем самым продлевая длительность жизни тромбоцитов. Также эффективным является внутривенное введение иммуноглобулина. Как правило, он назначается один раз в сутки в течение 5 дней. Такая терапия повышает количество тромбоцитов быстрее, чем глюкокортикостероиды, но имеет высокую стоимость. В большинстве случаев иммуноглобулин используют у пациентов, которые не отвечают на другую терапию. Еще одним вариантом лечения является плазмаферез. К сожалению, все вышеуказанные методы терапии ИТП, как правило, носят временный характер. Даже при хорошем ответе больного на лечение после его прекращения возникают рецидивы заболевания.

После 4 дней терапии глюкокортикостероидами уровень тромбоцитов у пациента продолжал снижаться, уровень артериального давления достиг 90/58 мм рт. ст., ЧСС — 120 уд/мин, частота дыхания повысилась до 26 в минуту. Появился отек коленных суставов, возобновились носовые кровотечения.

Больной был переведен в хирургическое отделение для проведения спленэктомии. Этот метод позволяет достичь ремиссии у 65–95% пациентов. С целью временно повысить уровень тромбоцитов больному был назначен иммуноглобулин и предоперационное переливание тромбоцитарной массы.

После спленэктомии состояние пациента удовлетворительное. В течение последующих 2 лет рецидивов заболевания у него не возникло.

[www.medscape.com](http://www.medscape.com)

Подготовила **Ольга Татаренко**