

Редакционная статья

Исследование «КАМЕЛИЯ» (с. 7)

В редакционной статье С.Ю. Марцевича и соавторов подводятся основные итоги многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования КАМЕЛИЯ, целью которого была сравнительная оценка эффективности и безопасности двух схем терапии больных АГ и ожирением/повышенной массой тела, основанных, соответственно, на карведилоле и метопрололе.

Parameter	Value
Age, years	55,3±0,6
Men, %	98,3
Moderate COPD, n (%)	74 (31,8)
Severe and very severe COPD, n (%)	159 (68,2)
Body mass index, kg/m ²	25,2±0,3
Duration of smoking, years	37,5±0,8
Smoking index, pack /years	43,9±1,4
Duration of cough, years	18,8±0,06
Duration of dyspnea, years	7,4±0,3
Systolic BP, mm Hg	139,1±1,5
Diastolic BP, mm Hg	87,1±0,9
VC (% from proper)	64,3±1,3
FVC (% from proper)	47,3±1,4
FEV ₁ (% from proper)	43,2±1,3

Table 1. Clinical description of examined patients (n=233)

Показатель	Исходно	ПЭКС	Комбинированная терапия
Количество			
ПФП за месяц	2,14±0,85	1,86±0,73	0,71±0,78 ^{ab}
a- p<0,001 (по сравнению с исходным значением),			
b- p<0,001 (по сравнению с ПЭКС)			

Таблица 2. Среднее количество ПФП в месяц до имплантации ПЭКС, на фоне постоянной электрокардиостимуляции в режиме AAI (1 месяц) и на фоне комбинированной терапии (2 месяца)

Группа	САД (мм рт.ст.)		ДАД (мм рт.ст.)	
	Исходно	Через 12 нед	Исходно	Через 12 нед
A	162±10,2	131,0±15,6*	93,6±7,2	79,1±10,9*
B	157,8±15,8	122,6±16,7*	91,5±10,3	74,1±12,5*
C	157,8±13,2	115,8±15,4*A	90,5±10,4	69,2±8,8*A
D	161,9±17,5	123,7±14,9*	95,9±10,5	74,4±11,6*

Таблица 2. АД в процессе лечения различными антигипертензивными комбинациями (M±SD)

казов от лечения, связанная с побочными эффектами, была наибольшей в группах индапамида ретард/амлодипина и амлодипина/бисопролола. Наиболее часто отказ от лечения был связан с периферическими отеками, кашлем и сердцебиением.

Оригинальные исследования

A role of cardiovascular disorders in COPD/

Место кардиоваскулярной патологии при ХОБЛ (с. 9)

Н.А. Кароли и А.П. Ребров изучили частоту встречаемости и особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Оказалось, что ХОБЛ ассоциируется с артериальной гипертензией в 62,2% случаев, ишемической болезнью сердца — в 27%, атеросклерозом сонных артерий — в 43,6% и хронической сердечной недостаточностью — в 23,6% случаев.

Соталол при синдроме тахи-брадиаритмии на фоне постоянной электрокардиостимуляции (с. 17)

В исследовании Т.Н. Новиковой оценивалась эффективность комбинированной терапии (соталол на фоне постоянной электрокардиостимуляции в режиме AAI) при двух способах фиксации предсердного электрода — в задненижней части межпредсердной перегородки и в области ушка правого предсердия. Показано, что назначение соталола на фоне постоянной электрокардиостимуляции достоверно уменьшает количество пароксизмов фибрилляции предсердий независимо от точки фиксации предсердного электрода.

Переносимость комбинированной антигипертензивной терапии (с. 21)

С.В. Мальчикова и Е.И. Тарловская сравнили переносимость различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией. 140 больных с анамнезом неэффективной антигипертензивной терапии были рандомизированы в 4 группы, получавшие терапию индапамидом ретард/периндоприлом; индапамидом ретард/амлодипином; амлодипином/лизиноприлом и амлодипином/бисопрололом в течение 12 недель. Частота от-

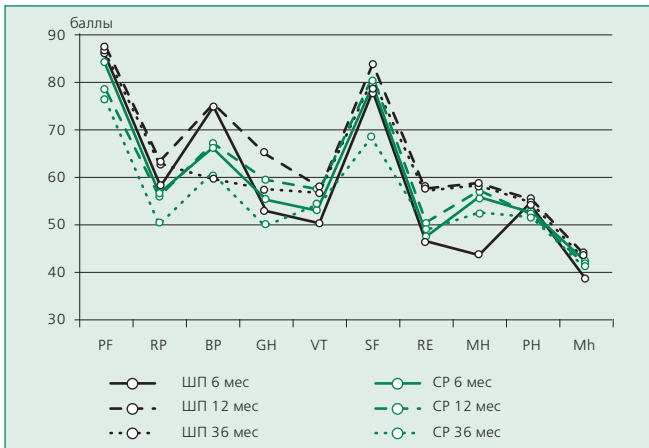


Рисунок. Динамика показателей шкалы опросника качества жизни MOS SF-36 через 6, 12 и 36 месяцев после профилактических мероприятий

Сердечно-сосудистые факторы риска и качество жизни при АГ: результаты профилактического консультирования (с. 25)

М.И. Шупина оценила динамику показателей качества жизни у 114 пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией, прошедших обучение в «Школе здоровья», в сравнении со стандартной немедикаментозной терапией. Автором продемонстрировано, что немедикаментозная коррекция факторов риска является эффективным способом контроля АГ у лиц молодого возраста. Высокая эффективность обучающей программы «Школа здоровья» позволяет рекомендовать ее для широкого применения у больных АГ молодого возраста.

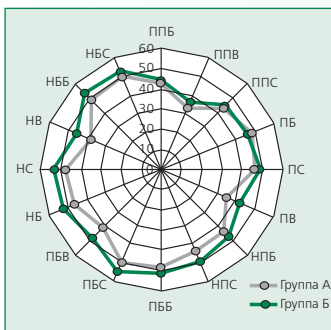


Рисунок. Сегментарная ФВ после реваскуляризации миокарда

Профилактика систолической дисфункции миокарда ЛЖ при ОКС с подъемом сегмента ST (с. 33)

В работе А.Л. Аляви и соавт. изучалось влияние биофлавоноида кверцетина на систолическую дисфункцию левого желудочка у 60 больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, подвергшихся реваскуляризации миокарда. Обнаружено, что раннее назначение кверцетина положительно влияет на систолическую функцию левого желудочка и предотвращает постреперфузионные осложнения.

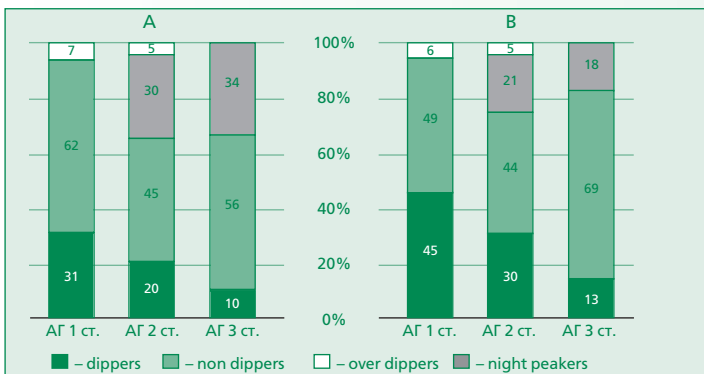


Рисунок. Суточные типы АД у больных ХГН в зависимости от степени тяжести АГ (в %). А — до лечения; В — в результате лечения

Комбинированная антигипертензивная терапия ренопаренхиматозной артериальной гипертензии (с. 39)

Н.Ю. Боровкова и соавт. продемонстрировали хорошую эффективность и безопасность комбинированной антигипертензивной терапии на основе рамиприла, метопролола тартрата, амлодипина безилата, рилменидина у 136 больных артериальной гипертензией с хроническим гломерулонефритом, имеющих сохранную функцию почек.

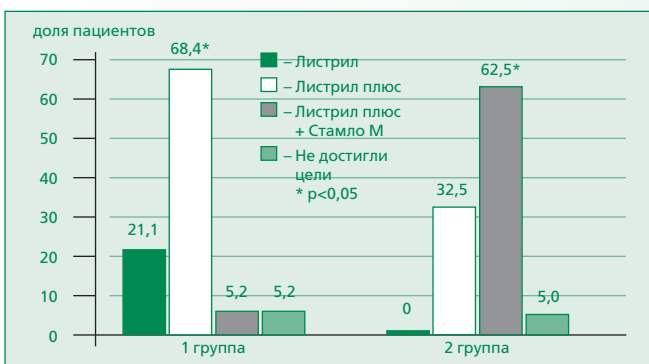


Рис. 2. Доля пациентов, достигших целевого АД в ходе проводимой терапии

Клинико-экономический анализ эффективности лечения артериальной гипертензии (с. 45)

Л.А. Хаишева и соавт. провели клинико-экономический анализ лечения артериальной гипертензии (АГ) у 78 пациентов и показали, что экономически более целесообразно для достижения целевого АД лечение АГ 1 ст. При лечении АГ 2 ст. начинать с назначения фиксированной низкодозовой комбинации гипотензивных препаратов или низкодозовой комбинации с добавлением антагониста кальция.

Препарат	Болюс	Поддерживающая инфузия
Эсмолол	500 мкг/кг в течение 1 минуты, далее 50 мкг/кг/мин в течение 4 минут	60-200 мкг/кг/мин
Метопролол	2,5-5 мг в течение 2-х минут, всего 3 болюса	Отсутствует
Атенолол	5-10 мг (1 мг/мин)	Отсутствует
Пропранолол	0,15 мг/кг	Отсутствует

Таблица 2. Схемы применения БАБ с антиаритмической целью в соответствии с рекомендациями ESC [12]

Актуальные вопросы клинической фармакологии Метопролол и карведилол в терапии инфаркта миокарда (с. 51)

В обзоре Б.Н. Гарифуллина и соавт. анализируются результаты крупных рандомизированных контролируемых исследований бета-адреноблокаторов в терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и обобщены данные исследований, сравнивавших влияние метопролола тартрата и карведилола на патогенез инфаркта миокарда, а также предложены возможные показания и схемы назначения карведилола в остром периоде инфаркта миокарда.

Эффективность бисопролола при артериальной гипертензии с сопутствующей сердечно-легочной патологией (с. 58)

В работе Г.Н. Гороховской и М.М. Петинной рассматривается применение бета-адреноблокаторов в современной кардиологической практике, особенно их преимущества в лечении больных артериальной гипертензией, ассоциированной с ишемической болезнью сердца. Обсуждаются особенности применения бисопролола, обусловленные его фармакокинетикой и фармакодинамикой. Представлены его преимущества у больных хронической сердечной недостаточностью и хронической обструктивной болезнью легких.

Фактор риска
Факторы высокого риска • Анамнез осложнений язвенной болезни • Сопутствующий прием непрямым антикоагулянтов • Сопутствующий прием кортикостероидов • Сопутствующий прием антитромбоцитарных препаратов, включая низкие дозы АСК Факторы среднего риска • Пожилой возраст (старше 60-65 лет)* • Анамнез язвенной болезни • Подтвержденная инфекция <i>Helicobacter pylori</i> до начала терапии НПВП • Ранние сроки от начала приема НПВП • Высокие дозы НПВП • Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (особенно – сердечно-сосудистых)

Гастроэнтеропатии, связанные с приемом ацетилсалициловой кислоты (с. 65)

В обзоре А.Л. Комарова обсуждаются вопросы гастроэнтерологической безопасности терапии ацетилсалициловой кислотой у больных атеротромбозом. Представлены конкретные практические рекомендации, позволяющие снизить риск желудочно-кишечных осложнений.

Таблица 1. Факторы риска желудочно-кишечного кровотечения и перфорации при приеме НПВП

Методы исследования

Стресс-эхокардиография с добутамином (с. 73)

М.А. Саидова обсуждает возможности стресс-эхокардиографии с добутамином, представляет протоколы проведения пробы, основные показания и противопоказания к исследованию.

Точка зрения

Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов (с. 80)

С.Ю. Марцевич и Н.П. Кутишенко определяют понятие первичной профилактики и анализируют роль статинов в предупреждении осложнений у лиц с отсутствием сердечно-сосудистых заболеваний, кратко упоминая отдельные рандомизированные контролируемые исследования, в которых изучалась роль статинов в первичной профилактике. Кроме того, авторы затрагивают вопрос о соответствии дженериков статинов оригинальным препаратам.

Битва титанов: ингибиторы АПФ и сартаны (с. 85)

Л.Н. Малай и соавт. обсуждают вопрос: что лучше применить в конкретной клинической ситуации – иАПФ или АРА? Авторы, сравнивая эти два класса лекарственных средств по целому ряду показателей (особенности механизма действия, зарегистрированные показания для каждой из групп препаратов, накопленная к настоящему времени доказательная база клинических исследований, стоимость и переносимость лечения), четко определяют место иАПФ и АРА в современной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Рекомендации по лечению

Европейские рекомендации по сердечной недостаточности (с. 93)

Перевод Рекомендаций Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2008 года (окончание) с комментариями эксперта – профессора Ж.Д. Кобалава.