

**Таблица 2.** Время от начала ОКС до поступления в стационары различного типа и началом ТЛТ в 2002 и 2005 гг. (только для больных, поступивших в первые 24 ч от начала болевого приступа)

| Показатель  | Тип стационара    |        |          |
|---|-------------------|--------|----------|
|   | КБ                | МБ     | ЦРБ      |
| Время от начала развития болевого приступа до поступления (медиана), мин. | 190               | 210    | 240      |
| Время от развития болевого приступа до ТЛТ (среднее значение), мин.       | 237,9±17,7        | 273±48 | 315±35,3 |
| Время от момента поступления в стационар до начала ТЛТ (медиана), мин.    | 47 <sup>1,2</sup> | 63     | 75       |

<sup>1</sup> – p<0,05 при сравнении показателей КБ и МБ; <sup>2</sup> – p<0,05 при сравнении показателей КБ и ЦРБ

### Анализ клинической практики

#### Pharmacoeconomic analysis of myocardial infarction reperfusion therapy / Фармакоэкономический анализ реперфузионной терапии инфаркта миокарда (с. 7)

О.В. Решетько и соавторы провели фармакоэкономический анализ тромболитической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ в кардиологических отделениях стационаров Саратова и Саратовской области. Выявлена зависимость между особенностями терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и типом стационара: в клинической больнице тромболитическая терапия была проведена всем пациентам, не имеющим противопоказаний и поступившим в необходимые сроки от момента развития болевого приступа; в муниципальной и центральных районных больницах тромболитическая терапия проводилась единичным пациентам.

**Таблица 3.** Динамика АД и ЧСС у больных с АГ 2-й степени на фоне назначения рамиприла (n=567)

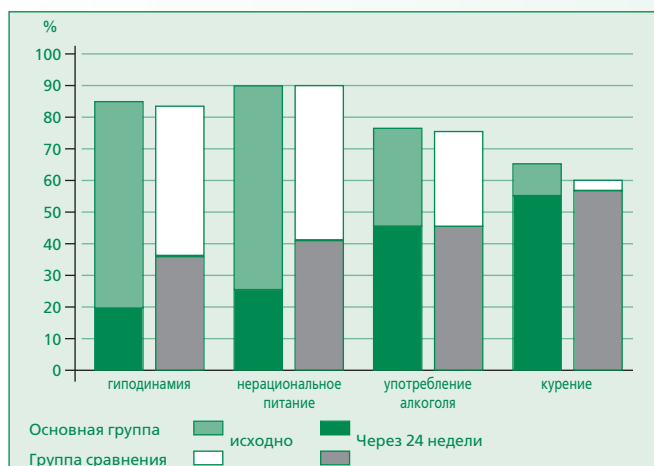
| Параметр       | Исходно       | 4 недели      | 8 недель       |
|----------------|---------------|---------------|----------------|
| САД, мм рт.ст. | 160,13 ± 0,54 | 133,92 ± 0,38 | 125,88 ± 0,29* |
| ДАД, мм рт.ст. | 90,13 ± 0,45  | 74,24 ± 0,35  | 68,93 ± 0,34   |
| ЧСС, уд/мин    | 74,24 ± 0,35  | 72,53 ± 0,22* | 69,51 ± 0,32*  |

\* p < 0,001 по сравнению с исходными значениями

### Оригинальные исследования

#### Исследование ОПТИМИСТ (с. 13)

И.А. Велижанова и соавторы оценили эффективность и безопасность рамиприла в лечении пациентов различных групп риска сердечно-сосудистых осложнений в реальной клинической практике. В открытое неконтролируемое многоцентровое исследование включено 998 пациентов с АГ, сочетанием АГ с ИБС или ИБС с высоким нормальным АД. Авторы показали, что при назначении рамиприла в качестве компонента комбинированной терапии целевой уровень АД был достигнут у 69,4% пациентов с высоким и у 64,8% с очень высоким кардиоваскулярным риском.



**Рисунок 2.** Факторы риска в исследуемых группах через 24 недели терапии

#### КАМЕЛИЯ – внедрение в практику (с. 19)

В исследовании Г.И. Нечаевой и Е.Н. Логиновой сравнивались антигипертензивный и метаболический эффекты сочетанной терапии (прием карведилола в сочетании с проведением «Школы пациента с артериальной гипертензией») с таковыми при монотерапии карведилолом у молодых пациентов АГ 1-2-й степени с избыточной массой тела и ожирением. В группе сочетанной терапии отмечено более значимое уменьшение проявлений факторов риска, чем в группе монотерапии, а также более значимое снижение индекса массы тела. Авторы делают вывод о целесообразности обучения пациентов наряду с фармакотерапией.

Таблица 1. АД, СРПВ и индекс аугментации (M±SD) исходно и через 12 недель лечения

| Показатель         | Исходные данные (n=22) | Через 12 недель (n=22) |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| САД (мм рт.ст.)    | 153,1±4,2              | 130,7±4,5*             |
| ДАД (мм рт.ст.)    | 90,5±4,2               | 81,5±3,9*              |
| АД ср. (мм рт.ст.) | 111,5±2,7              | 97,9±2,3*              |
| ПАД (мм рт.ст.)    | 62,6±2,8               | 49,2±2,7*              |
| ЧСС (в мин)        | 67,6±1,9               | 68,2±2,0               |
| PWV (м/с)          | 10,8±0,3               | 9,9±0,2*               |
| Aix80 (%)          | 23,3±3,2               | 15,1±1,9*              |

\*p<0,05 по сравнению с исходными показателями

### Органопротективные эффекты комбинации лизиноприл/ гидрохлортиазид (с. 25)

Е.А. Рябихин и М.Е. Можейко изучили влияние комбинированного препарата, содержащего лизиноприл и гидрохлортиазид, на показатели офисного АД, морфо-функциональные параметры левого желудочка, эластические свойства магистральных артерий и качество жизни у 30 пациентов, страдающих АГ. Продемонстрированы нормализация АД, тенденция к обратному развитию гипертрофии левого желудочка ЛЖ и улучшение эластических свойств сосудов, а также нейтральность в отношении углеводного и липидного обмена.

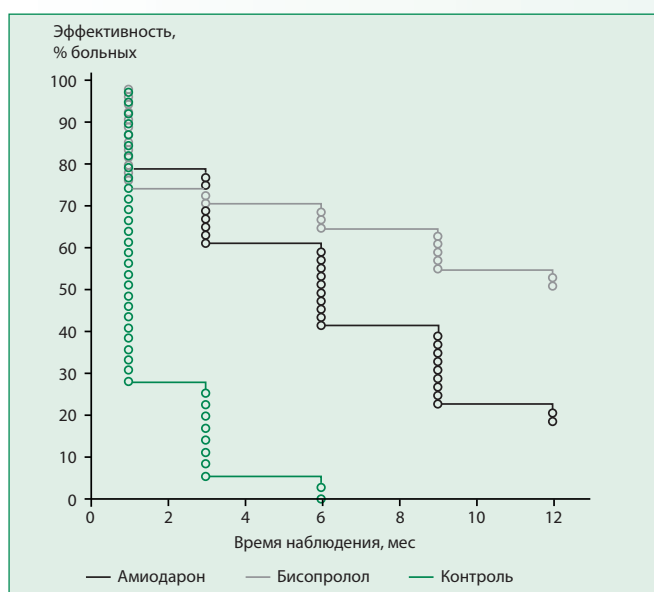


Рисунок 2. Кривые Каплана-Майера сохранения эффективности ААТ к 12 месяцу наблюдения

### Лечение желудочковой экстрасистолии при метаболическом синдроме (с. 29)

В.М. Провоторов и М.И. Глуховский сравнили антиаритмическую эффективность амиодарона и бисопролола у 146 пациентов с желудочковой экстрасистолией на фоне метаболического синдрома. Показано, что при терапии желудочковой экстрасистолии в течение 9-12 месяцев бисопролол имеет преимущество перед амиодароном. Авторы отмечают, что необходимо регулярное повторное обследование в связи с возможным развитием рефрактерности и появлением побочных явлений.

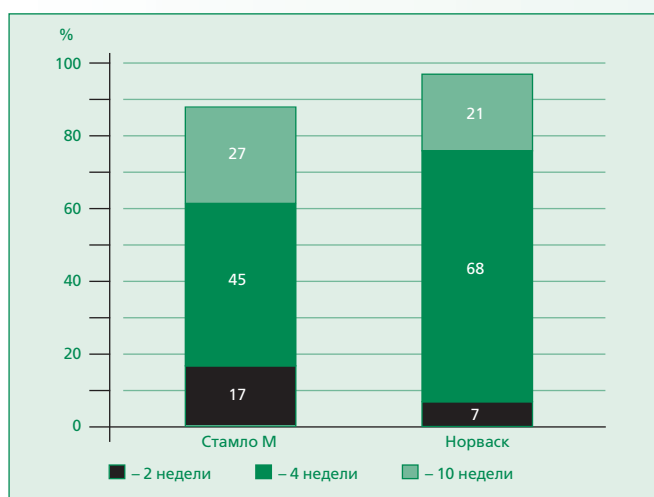


Рисунок 3. Доля пациентов, достигших целевого АД на визитах (%)

### Оригинальный и дженерический амлодипин – достижение целевого уровня АД (с. 35)

С.Ю. Марцевич и соавторы оценили возможность достижения целевого АД при лечении новым дженерическим амлодипином (Стамло М) в сравнении с оригинальным амлодипином (Норваск) при монотерапии и в комбинации с ингибитором АПФ и диуретиком у больных АГ 1-2-й степени. Авторы показали, что дженерик амлодипина является эффективным и безопасным антигипертензивным препаратом, не уступающим по клинической эффективности оригинальному препарату.

### **Резистентность к ацетилсалициловой кислоте и повышенный риск тромботических осложнений (с. 41)**

Н.В. Пучиньян и соавторы оценили риск повторных тромботических осложнений у 200 больных ОКС с недостаточно сниженной агрегацией тромбоцитов на фоне приема ацетилсалициловой кислоты. Показано, что сохранение повышенного уровня индуцированной агрегации тромбоцитов позволяет выявить среди больных ОКС лиц, имеющих повышенный риск повторных тромботических событий.

#### *Точка зрения*

### **Консенсус Международной Федерации Диабета по метаболическому синдрому (с. 47)**

М.Н. Мамедов представляет основные положения опубликованного в 2006 г. консенсуса Международной Федерации Диабета, посвященного определению метаболического синдрома, и комментарии к нему.

#### *Смежные проблемы кардиологии*

### **Статины и урсодезоксихолевая кислота (с. 51)**

И.Н. Григорьева и Ю.М. Поздняков анализируют результаты комбинированного лечения статинами и урсодезоксихолевой кислотой желчнокаменной болезни, неалкогольной жировой болезни печени, неалкогольного стеатогепатита и гиперхолестеринемии.

#### *Актуальные вопросы клинической фармакологии*

### **Малые дозы ацетилсалициловой кислоты и вторичная профилактика (с. 55)**

Н.А. Дмитриева и С.Н. Толпыгина приводят данные доказательной медицины, подтверждающие эффективность ацетилсалициловой кислоты в кардиологической практике. Особое внимание уделено дженерическим препаратам ацетилсалициловой кислоты, применение которых в последнее время существенно возросло.

### **Дженерики статинов — эффективность и безопасность (с. 59)**

В.П. Воронина и соавторы акцентируют внимание читателей на необходимости применения статинов в целях первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и рассматривают вопрос о возможности рационального выбора между оригинальным препаратом или дженериком с учетом эффективности и побочного действия.

#### *Экспериментальная фармакология*

### **Экспериментальная фармакотерапия сочетанных метаболических нарушений (с. 63)**

А.А. Усанова и соавторы изучили влияние эналаприла, дигоксина, атенолола и дилтиазема на показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма при нарушении углеводного и липидного обмена в эксперименте на мышах. Авторы показали, что на фоне сочетанных метаболических нарушений повышается токсичность дигоксина, дилтиазема, атенолола, а эналаприла — не меняется. Последний препарат обладал антиоксидантным эффектом. Атенолол оказывал прооксидантное действие в миокарде и почках, дилтиазем — в почках. Сделан вывод о преимуществах эналаприла при наличии сочетанных метаболических нарушений.

#### *Рекомендации по лечению*

### **Европейские рекомендации по лечению инфаркта миокарда (с. 68)**

Перевод Рекомендаций Европейского общества кардиологов по лечению инфаркта миокарда со стойким подъемом сегмента ST 2008 года с комментариями экспертов Р.М. Линчака и В.С. Попова.