

В номере

актуальная тема

Гендлин Г., Борисов С., Мелехов А. и др.
Современные антикоагулянты в профилактике развития инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий 2

Сулимов В., Мороз Е.

Резистентность к антитромбоцитарным препаратам у пациентов перед элестивным стентированием коронарных артерий 8

Синопальников А., Романовских А.

Рекомендации по ведению взрослых пациентов с инфекциями нижних дыхательных путей 11

новое в медицине

Сусеков А.

Коррекция липидных нарушений у больных сахарным диабетом типа 2 в соответствии с современными международными стандартами и рекомендациями 19

лекция

Струтынский А., Баранова А., Бородин С. и др.

Вегетативная регуляция функций сердечно-сосудистой системы при гипертоническом кризе и остром мозговом инсульте 23

Тихомирова И.

Синдром нарушения носового дыхания у детей: диагностика и выбор лечебной тактики 26

Баранов А.

Тоннельные невропатии: обоснование патогенетической терапии 31

фармакология

Шишкова В.

Баланс метаболической нейтральности и эффективности антигипертензивной терапии 37

Дупляков Д., Горбачева О., Головина Г.

Лечение синдрома постуральной ортостатической тахикардии и неадекватной синусовой тахикардии 42

Струтынский А., Каракин А., Баранова А. и др.

Длительная терапия моксонидином больных артериальной гипертензией и абдоминальным ожирением 46

Добмейер Т.

Актуальность и опыт более чем 40-летнего применения диметиндена малеата 51

Соколов С.

Аллапинин® и современные подходы к лечению нарушений ритма сердца 55

Левин Я., Магомедова К.

Фармакологическое пособие при инсомнии 60

М. Шаров, О. Фищенко, Шестель Е.

Применение пролонгированной формы антиконвульсантов в период экзacerbации тригеминальной невралгии 65

Путилина М.

Комбинированная нейропротекторная терапия при цереброваскулярных заболеваниях 69

Колина И.

Место комбинированных антигипертензивных препаратов в нефропротективной терапии 73

Минаков Э., Астахова М.

Влияние триметазидина на ремоделирование левого желудочка при Q-инфаркте миокарда на фоне сахарного диабета 77

Бадочкин В.

Значение локальной терапии НПВП в клинической практике 81

Григорьева И., Сергеев А., Манина И. и др.

Иммунопатология и биохимические основы терапии atopических состояний 86

из практики

Шишкова В., Ременник А.

Уровень адипонектина у пациентов с метаболическим синдромом, перенесших ОНМК 92

Стаценко М., Шилина Н.

Терапия после инфаркта миокарда у пациентов с аффективными расстройствами и сахарным диабетом типа 2 94

Тимербаева С.

Неэффективность лечения и иммунорезистентность в ботулинотерапии 98

Комиссаренко И., Левченко С., Сильверстова С., Косачева Т.

Терапия при дивертикулярной болезни толстой кишки и гиперхолестеринемии 102

Пилипович А.

Биоэлектрическая активность головного мозга у пациентов с болезнью Паркинсона 107

здравоохранение

Свиридова Т., Орлова Т.

Сравнительный анализ моделей здравоохранения в мире 112

Алленов А., Никифоров С., Медведская Д.

Болезни системы кровообращения: эпидемиологическая ситуация в Свердловской области 116

Главный редактор
академик РАМН И.Н. ДЕНИСОВ

Редакционная коллегия:
профессор Е.Н. БЕЛЯЕВ
академик РАМН В.Т. ИВАШКИН
академик РАМН Ф.И. КОМАРОВ
член-корреспондент РАМН В.И. МАКОЛКИН
академик РАМН Н.А. МУХИН
(заместитель главного редактора)
член-корреспондент РАМН Г.А. ОНОПРИЕНКО
профессор Г.М. ПЕРФИЛЬЕВА
академик РАМН В.И. ПОКРОВСКИЙ
академик РАМН А.Н. РАЗУМОВ
академик РАМН А.М. СТОЧИК
академик РАМН В.Д. ФЕДОРОВ
академик РАМН В.П. ФИСЕНКО
(заместитель главного редактора)
канд. фарм. наук Г.В. ШАШКОВА
профессор К.И. ГРИГОРЬЕВ

Редакционный совет:
академик РАМН А.А. БАРАНОВ
член-корреспондент РАМН В.М. БЕЗРУКОВ
профессор Б.С. БРИСКИН
профессор П.Г. БРЮСОВ
доктор медицинских наук Р.М. ГРИГОРЯН
член-корреспондент РАМН А.П. ГРОМОВ
академик РАМН И.И. ДЕДОВ
академик РАМН Н.Ф. ИЗМЕРОВ
профессор Ф.В. КОНДРАТЬЕВ
академик РАМН А.Ф. КРАСНОВ
доктор медицинских наук М.М. КУЗЬМЕНКО
академик РАМН В.Г. КУКЕС
академик РАМН М.А. МЕДВЕДЕВ
академик РАМН Р.Г. ОГАНОВ
академик РАН и РАМН Р.В. ПЕТРОВ
академик РАМН Г.А. РЯБОВ
академик РАМН Г.М. САВЕЛЬЕВА
профессор В.К. ТАТОЧЕНКО
академик РАМН Б.Л. ЧЕРКАССКИЙ
академик РАМН В.И. ЧИССОВ
академик РАМН А.Г. ЧУЧАЛИН
профессор В.И. ШУМСКИЙ

E-mail: redvrach@rusvrach.ru

Редакция: (499) 246-8486

Секретариат: (499) 246-8190, (495) 789-92-72

Отдел рекламы: (499) 246-8402

Отдел подписки: (499) 246-7983

Web-site: www.rusvrach.ru

Адрес редакции:

119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17
1 этаж

Для корреспонденции:

119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17
1 этаж

Подписной индекс по каталогу
«Роспечать» 71425

Решением Президиума ВАК журнал «Врач» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Журнал зарегистрирован Комитетом РФ по печати.

Регистрационный номер 0110326 от 23.02.93.

Выходит ежемесячно

Полное или частичное воспроизведение или размножение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения Издательского дома «Русский врач»

Редакция не имеет возможности возвращать рукописи

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет



Издатель: Издательский дом «Русский врач»
Генеральный директор Г. Зольникова

НОМЕР ГОТОВИЛИ:

Директор по маркетингу и рекламе В. Моисеева

Ответственный секретарь Н. Емельянова

Редакторы Г. Суворова, В. Шестопалова

Корректор М. Карнович

Верстка Н. Емельянова

Набор Т. Пониткова

Сдано в набор 20.01.12. Подписано в печать 05.04.12.

Формат 60х90/8. Бумага мелованная 80 г/м².

Печать офсетная. Печ.л. 15.

Тираж 14 000. Заказ 8. Отпечатано в ООО «Офсет Принт».
127550, Москва, Дмитровское ш., д. 39, корп. 1.

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Г. Гендлин, доктор медицинских наук,
С. Борисов, кандидат медицинских наук,
А. Мелехов, кандидат медицинских наук,
А. Анисимова, доктор медицинских наук, **К. Анисимов**
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва
E-mail: avmelekhov@gmail.com

Кардиоэмболические инсульты (КЭИ), на долю которых приходится около 20% всех ишемических поражений головного мозга, представляют собой один из важных аспектов проблемы инсульта. Адекватная профилактика КЭИ у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) возможна только при назначении пероральных антикоагулянтов, из которых наиболее широко применяется варфарин. Однако его применение сопряжено с рядом трудностей: нежелательные взаимодействия с лекарственными препаратами и пищевыми продуктами, узкое терапевтическое окно и т.д. Альтернативой ему является дабигатран, который не уступает варфарину в снижении риска инсульта у лиц с ФП, однако в дозе 150 мг/сут он чаще варфарина вызывает массивные желудочно-кишечные кровотечения. Прямой ингибитор фактора Ха ривароксабан в исследовании ROCKET продемонстрировал большую, чем у варфарина, эффективность в снижении риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и внемозговой эмболии у пациентов с ФП, а по показателям безопасности он не отличался от варфарина. Таким образом, ривароксабан может стать перспективной альтернативой варфарину в профилактике ОНМК у лиц с ФП.

Ключевые слова: инсульт, фибрилляция предсердий, CHADS₂, варфарин, дабигатран, ривароксабан.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) принадлежат к числу важных медико-социальных проблем. По данным Американской ассоциации сердца, инсульт встречается у 2,7% мужчин и 2,5% женщин старше 18 лет, и с возрастом его частота увеличивается [1]. Ежегодно инсульт развивается не менее чем у 795 тыс. человек, причем у 610 тыс. из них он является первичным и только у 185 тыс. (около 25%) — повторным. В США каждые 40 с у кого-либо возникает ОНМК и каждые 4 мин наступает летальный исход от него [1].

Заболеваемость инсультом в России в 2001–2003 гг. среди лиц старше 25 лет составила $3,48 \pm 0,21$ на 1000 населения в год [2]. Учитывая, что 30-дневная летальность при инсульте — 35%, а в течение года умирают около 50% больных с ОНМК, актуальность этой проблемы не вызывает сомнений [3].

Одним из значимых аспектов проблемы инсульта является кардиоэмболический инсульт (КЭИ). По данным А. Фонякина и соавт., в наши дни КЭИ составляют около 20% всех ишемических поражений головного мозга, тогда как в середине XX века их доля не превышала 8% [4]. Более

частое выявление КЭИ связано с совершенствованием методов диагностики эмбологенной кардиальной патологии и прежде всего — чреспищеводной эхокардиографии, благодаря чему к кардиоэмболическим стали относить инсульты, ранее считавшиеся криптогенными [5].

Спектр кардиальной патологии, которая может стать причиной КЭИ, достаточно широк: на сегодня описано более 20 заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), являющихся причиной эмболических осложнений [6]. Эти заболевания можно разделить на 3 группы: патология камер сердца, клапанная патология и парадоксальная эмболия [7]. Наиболее частая причина КЭИ — фибрилляция предсердий (ФП); по данным исследования ATRIA, с этим нарушением сердечного ритма ассоциируется не менее 15% инсультов [8]. К другим распространенным причинам кардиоцеребральной эмболии относятся постинфарктный кардиосклероз, хроническая ревматическая болезнь сердца (прежде всего — ревматический митральный стеноз), протезированные клапаны сердца, пролапс митрального клапана с миксоматозной дегенерацией створок [6, 9], далее — инфекционный эндокардит, сенильный кальциноз клапанов сердца, дилатационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца с правым и левым сбросом и др.

Важной с практической точки зрения представляется стратификация риска развития кардиогенных эмболий. Выделяют 3 группы риска [10]:

- группа высокого риска: пациенты с ревматическими пороками клапанов сердца, а также пациенты с протезированными клапанами; в этой группе наиболее высок риск у лиц с митральным стенозом, ФП и эмболическими событиями в анамнезе; к этой же группе относятся пациенты с пристеночным тромбозом левых отделов сердца;
- группа среднего риска: пациенты с дилатационной кардиомиопатией, неревматическими пороками клапанов сердца при наличии у них ФП;
- группа низкого риска: пациенты с пролапсом митрального клапана, гипертрофической кардиомиопатией, неосложненным инфарктом миокарда [10].

Своевременная и правильная диагностика эмбологенной патологии ССС крайне важна, поскольку кардиоцеребральная эмболия представляет собой не завершённое состояние, а продолжающийся патологический процесс. Только раннее выявление эмбологических состояний и своевременное начало профилактических мероприятий могут снизить риск развития КЭИ. Таким образом, профилактика КЭИ — задача не только неврологов, но и кардиологов, и кардиохирургов, которые первыми сталкиваются с эмбологенной патологией сердца задолго до развития инсульта.

Несомненно, основой профилактики кардиоцеребральных эмболий являются меры по лечению эмбогенных состояний ССС. В ряде случаев источник эмболии (вегетации при инфекционном эндокардите, миксома, врожденные пороки сердца и др.) может быть устранен хирургическим путем, в других ситуациях необходимо назначение адекватной медикаментозной терапии (правильный подбор антиаритмиков при пароксизмальной форме ФП).

Однако радикальное устранение эмбологенного состояния чаще всего невозможно, и на первый план в профилактике КЭИ выходит терапия, направленная на коррекцию гемостаза. Ведущую роль в ней играют пероральные антикоагулянты. Показано, что адекватная анти-