

больше (в среднем на 2 таблетки) в группах на стандартной терапии ИМ (особенно у пожилых пациентов). В группах лечения милдронатом не было зафиксировано тяжелых повторных ангинозных приступов, в отличие от групп сравнения (у 3 пациентов с ОИМ с зубцом Q и у 1 пациента с ОИМ без зубца Q развилась ранняя постинфарктная стенокардия).

Анализ качества жизни выявил недостоверное повышение показателей, ограничивающих социальную активность, и уменьшение слабости, повышение переносимости физической нагрузки, улучшение памяти у пациентов в основных группах.

Таким образом, наши исследования дополнили ранее установленные эффекты милдроната. Несомненно, что препарат является перспективным и достаточно эффективным средством цитопroteкции при заболеваниях, где имеется ишемия тканей. Среди них, безусловно, основное место занимают сердечно-сосудистые заболевания, в частности, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда. Вместе с тем милдронат не является средством скорой помощи, но, несомненно, его следует включать в схемы лечения больных с ишемизацией тканей, так как он обеспечивает экономное использование клетками кислорода, что очень важно при ИМ. Учитывая безопасность и хорошую переносимость препарата, его также можно использовать с целью улучшения когнитивных функций головного мозга и при повышенных физических нагрузках.

Выводы:

- включение в комплексную терапию ОИМ милдроната позволяет ускорить динамику ЭКГ;
- повышает качество жизни пациентов;
- терапия милдронатом не выявила случаев аллергических реакций и хорошо переносится больными.

© Н.С.Волчкова, С.Ф.Субханкулова, 2009

УДК 616.1-084

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА ВОЛЧКОВА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

САИДА ФАРИДОВНА СУБХАНКУЛОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии и семейной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Реферат. В данной статье отражены сведения о раннем выявлении сердечно-сосудистых заболеваний, факторах риска и их профилактике.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, факторы риска.

PREVENTION OF CARDIO-VASCULAR DISEASES

N.S. VOLCHKOVA, S.F. SOUBKHANKULOVA

Abstract. In given article data on early revealing cardio-vascular diseases, risk factors and their preventive maintenance are reflected.

Key words: cardio-vascular diseases, prevention, risk factors.

В последние годы наметилась тенденция к снижению смертности населения России, однако в целом ее уровень продолжает оставаться одним из самых высоких в Европе. Отмечается существенное увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в трудоспособном возрасте, которая увеличилась у мужчин с 53 до 61%, а у женщин с 61 до 70%. Основной причиной значительного роста этих показателей остаются ишемическая болезнь сердца

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов, Г.П. Опыт применения препарата милдронат для лечения острого инфаркта миокарда / Г.П. Арутюнов, Д.В. Дмитриев, А.С. Мелентьев / Клиническая геронтология. — 1996. — № 1.
2. Дамброва, М. Биохимические механизмы действия милдроната в условиях ишемического стресса / М. Дамброва, Д. Дайя, Э. Лиепиньш [и др.] // Врачебное дело. — 2004. — № 2.
3. Карпов, Р.С. Клиническая эффективность и безопасность милдроната при лечении хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца / Р.С. Карпов, О.А. Кошельская, А.В. Врублевский // Кардиология. — 2000. — № 6. — С.69—74.
4. Сергиенко, И.В. Антиангинальная и антиишемическая эффективность милдроната в комплексном лечении больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения / И.В. Сергиенко, В.В. Малахов, В.Г. Наумов // XII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: тез. — 2005. — С.544.
5. Сорока, Н.Ф. Эффективен ли милдронат в комплексном лечении сердечной недостаточности у больных ИБС? / Н.Ф. Сорока, О.В. Ласкина, А.М. Борис [и др.] // Рецепт. — 2000. — Т. 5, № 14. — С.131—134.
6. Ярохно, Н.Н. Эффективность метаболической терапии в комплексном лечении инфаркта миокарда / Н.Н. Ярохно, А.А. Рифель, А.А. Бураков [и др.] // Бюллетень СО РАМН. — 2006. — № 3. — С.107—112.
7. Skarda, I. Modulation of myocardial energy metabolism with mildronate — an effective approach in the treatment of chronic heart failure / I. Skarda, D. Klinecare, V. Dzerve [et al.] // Proc. Latvian. Acad. Sci., Sect. B. — 2001. — Vol. 55, № 2/3. — P.73—79.
8. Vetra, A. Combined treatment of neurologic patients: enhancement of early rehabilitation results due to inclusion of mildronate / A. Vetra, M. Sefere, I. Skarda [et al.] // Proc. Latvian. Acad. Sci., Sect. B. — 2001. — Vol. 55, № 2/3. — P.80—85.

пациенты»), которые имеют те или иные факторы риска (ФР), требующие врачебного вмешательства, и при общении с которыми имеются принципиальные отличия от общения с больными людьми.

Для осуществления вторичной профилактики необходимо выявлять уже заболевших людей и затем использовать все имеющиеся методы лечения, направленные на замедление прогрессирования заболевания и снижение риска осложнений.

Под **факторами риска** (ФР) понимают различные биологические характеристики человека (уровень липидов, глюкозы, мочевого кислоты в крови, АД, масса тела) и особенности его образа жизни (курение, низкая физическая активность, переизбыток, злоупотребление алкоголем), приводящие к увеличению риска развития заболеваний.

Для улучшения профилактических мероприятий при каждом обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение врачу необходимо собрать информацию о ФР. С помощью краткого опроса о привычках, а также при измерении АД, роста и массы тела можно выявить лиц с тремя основными ФР (курение, повышение АД, ожирение).

Проведение, кроме того, дополнительных методов обследования, таких как исследование крови на содержание липидов (как минимум общего холестерина, а наиболее целесообразно — ХС ЛВП и триглицеридов), уровня глюкозы позволит более полно выявить группы риска по развитию ССЗ.

Особое внимание следует уделить лицам с наследственной предрасположенностью к различным заболеваниям, особенно у тех, кто имеет ФР.

Комитет экспертов ВОЗ сформулировал наиболее важные **факторы риска** для развития ССЗ:

1. Дислипидемия (повышенный уровень холестерина и особенно ХС ЛПНП, низкий уровень ХС ЛВП, повышенный уровень триглицеридов).
2. Артериальная гипертензия.
3. Гипергликемия и сахарный диабет.
4. Ожирение.
5. Низкая физическая активность.
6. Наследственная предрасположенность.

Приоритетные группы для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике:

1. Больные с атеросклерозом коронарных, периферических и церебральных сосудов.
2. Пациенты группы высокого риска, имеющие:
 - а) множественные факторы риска, определяющие вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$ в течение 10 лет (или при экстрополяции на 60-летний возраст по таблице SCORE);
 - б) резко повышенный уровень одного фактора риска: холестерин ≥ 8 ммоль/л (320 мг%), холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг%), АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.;
 - в) сахарный диабет I и II типа с микроальбуминурией.
3. Близкие родственники больных с ранними сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДИСЛИПИДЕМИЯ

Нарушения липидного обмена, главное проявление которого — повышение уровня холестерина в крови

(особенно ХС ЛПНП) — основной фактор развития атеросклероза и ИБС [10].

Целевые (оптимальные) уровни липидов крови

Т а б л и ц а 1

| Липидные параметры | Ммоль/дл | Мг/дл |
|--------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Общий холестерин | <5,0 | <190 |
| ХС ЛПНП | <3,0 | <115 |
| ХС ЛВП | >1,0 (у мужчин) >1,2 (у женщин) | >40 (у мужчин) >46 (у женщин) |
| ТГ | <1,7 | <150 |

Немедикаментозная коррекция дислипидемии

Немедикаментозные меры предусматривают назначение диеты, коррекцию веса, повышение физической активности, отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя и др.

Рекомендуется потреблять не более 2000 калорий в сутки. Пищу желательно принимать не реже 4—5 раз в день, распределяя ее по калорийности рациона примерно так: завтрак до работы — 30%, второй завтрак — 20%, обед — 40%, ужин 10%. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2—3 часа до сна.

Медикаментозная терапия дислипидемии

Медикаментозную терапию нужно начинать у лиц с высоким и очень высоким риском развития фатальных осложнений одновременно с немедикаментозными мероприятиями по профилактике.

В настоящее время влияние на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и риск развития этих осложнений доказан только для статинов. Снижение уровня холестерина на 1 ммоль/л при лечении статинами в течение 5 лет приводит к снижению риска смерти на 25—30%, а у больных сахарным диабетом — на 22—37% [5].

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Артериальная гипертензия (АД 140/90 мм рт.ст. и выше) — патологическое состояние, которое наряду с курением и дислипидемией является основным фактором риска ИБС. Повышение АД отмечают примерно у 40% взрослого населения России. Около четверти больных не знает об имеющемся у них заболевании, а лечатся эффективно не более 15% больных. Четверть больных не лечилась никогда, хотя имели многолетнюю историю повышения АД [8, 9].

Согласно последним рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, профилактическое вмешательство требуется начинать:

- Если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертензии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД.
- Если индекс массы тела Кетле равен 29,0 и более.
- Если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл (или 6,5 ммоль/л) и более; уровень триглицеридов (ТГ) достигает 200 мг/дл (или 2,3 ммоль/л), и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл (или

1 ммоль/л) и ниже у мужчин и 43 мг/дл (или 1,1 ммоль/л) и ниже у женщин.

- При регулярном курении даже по одной сигарете в сутки.

- При низкой физической активности, т.е. когда более половины рабочего времени приходится сидеть, а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т.п. занимают менее 10 часов в неделю.

В общей популяции целевое АД, которое позволит снизить смертность от мозговых инсультов и ИБС, должно составлять <140/90 мм рт.ст. При отсутствии симптомов решение о необходимости антигипертензивной терапии зависит не только от уровня АД, но и общего сердечно-сосудистого риска и наличия поражения органов-мишеней.

Таблица 2

Немедикаментозные методы снижения АД и их эффективность

| Вид изменения | Рекомендации | Эффективность снижения АД, мм рт.ст. |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| Снижение повышенной массы тела | Поддержание нормальной массы тела | 5—20 |
| Диета | Овощи, фрукты (300 г/сут), нежирные молочные продукты, уменьшение потребления насыщенных жиров | 8—14 |
| Уменьшение потребления натрия | Потребление поваренной соли с пищей менее 3,8 г | 2—8 |
| Физическая активность | Регулярная аэробная физическая активность (ходьба, плавание — не менее 30 мин в день 5 раз в нед) | 4—9 |
| Алкоголь | Не более 20—30 г этанола в день. Для женщин и людей с низким весом доза в 2 раза меньше | 2—4 |

При неэффективности немедикаментозных методов воздействия прибегают к гипотензивной терапии.

Цели гипотензивной терапии:

- Предупредить возникновение поражения органов-мишеней и способствовать их обратному развитию (гипертрофия миокарда, поражение сосудов клетчатки, почек и др.).

- Уменьшить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (инсульт, ИМ, аритмии, сердечная недостаточность) и увеличить продолжительность жизни больных АГ.

- Адекватная гипотензивная терапия снижает риск развития ИМ на 20—25%, инсульта на 35—40%, сердечной недостаточности — на 50%.

- Целевой уровень АД составляет менее 140/90 мм рт.ст., а у больных сахарным диабетом и патологией почек, ИБС и мозговым инсультом — менее 130/80 мм рт.ст.

- Достижение этих целей требует коррекции всех модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемии, СД), а также лечения всех ассоциированных клинических состояний — ИБС, ХСН, нефропатии и т.д.

- Снижение АД менее 110/70 мм рт.ст. не рекомендуется.

На выбор препарата оказывают влияние многие факторы:

- Наличие факторов риска у больного.
- Поражение органов-мишеней.
- Ассоциированные клинические состояния, поражения почек, СД.

- Непереносимость препарата и возможные противопоказания к различным группам препаратов.

- Социально-экономический фактор (стоимость лечения).

Ингибиторы АПФ и БРА доказали свою эффективность в уменьшении ГЛЖ, а также микроальбуминурии и снижении функции почек. Из всех иАПФ только рамиприл и периндоприл продемонстрировали существенное снижение вероятности развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечно-сосудистой смерти, ХСН, нефропатии не только у больных артериальной гипертонией, но и у лиц с нормальным АД.

Для β-блокаторов доказана высокая эффективность по снижению риска ССО у больных АГ. Бесспорным показанием для назначения β-блокаторов является вторичная профилактика у кардиологических больных, перенесших инфаркт миокарда. Кроме того, β-блокаторы назначают больным АГ в сочетании со стабильной стенокардией, ХСН, тахиаритмией, глаукомой и беременностью. Предпочтение отдается высокоселективным, липофильным β-блокаторам — бисопрололу, метопрололу, а также карведилолу, мебивололу, имеющим дополнительное сосудорасширяющее свойство.

Антагонисты кальция и тиазидовые диуретики имеют преимущество при назначении больным изолированной систолической артериальной гипертонией и АГ пожилого возраста. Таким пациентам рекомендуется назначение препаратов с длительным 24-часовым действием для приема 1 раз в сут.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

При нарушении углеводного обмена определяется глюкоза крови натощак и через 2 ч после приема 75 г глюкозы — оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). При выявлении повышенного уровня глюкозы натощак необходим **повторный тест**. Пациенты, у которых уровень глюкозы натощак колеблется между 6,1 и 7 ммоль/л или после ОГТТ составляет от 7,8 до 11,1 ммоль/л, входят в группу риска по развитию диабета в будущем.

У пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе модификация образа жизни позволяет предотвратить или задержать развитие сахарного диабета (СД).

Адекватный метаболический контроль у больных сахарным диабетом I и II типа предупреждает развитие микрососудистых осложнений и может способствовать профилактике сердечно-сосудистых осложнений. У больных сахарным диабетом II типа лечение начинают с немедикаментозных методов (диета, снижение избыточной массы тела и увеличение физической активности).

Если эти меры не приводят к необходимому снижению гипергликемии, добавляют сахароснижающие средства. Рекомендуются цели лечения сахарного диабета II типа приведены в *табл. 3*.

Т а б л и ц а 3

| | ЕИ | Цель |
|--------------------------------|--|--|
| Гликозилированный гемоглобин | HbA1c (%) | ≤6,5 |
| Уровень глюкозы в плазме крови | натощак — ммоль/л (мг/дл) после еды — ммоль/л (мг/дл) | <6,0 (110) <7,5 (135) |
| Артериальное давление | мм рт.ст. | ≤130/80 |
| Общий холестерин | ммоль/л (мг/дл) | <4,5 (175) — муж. <4,0 (155) — жен. |
| ХС ЛПНП | ммоль/л (мг/дл) | <2,5 (100) — муж. <2,0 (80) — жен. |

Первичная профилактика СД

Первичная индивидуальная профилактика — это, прежде всего, беседы врача со здоровыми людьми, особенно с членами семей, где имеются больные сахарным диабетом;

- эффективная профилактика энтеровирусной инфекции, вируса краснухи, кори (имеющие тропность к поджелудочной железе);
- улучшение экологии и условий труда;
- борьба с гиподинамией, переизбытком и т.д.

Вторичная профилактика СД

Вторичная профилактика направлена на пациентов с факторами риска и предупреждение у них развития СД. Врачи всех специальностей должны направлять своих пациентов на определение уровня глюкозы в крови, знать ранние клинические проявления СД, а также болезни и состояния, при которых он развивается:

- ожирение, панкреатит, холецистит, гепатит;
- наличие близких родственников, больных диабетом;
- крупноплодная беременность.

Третичная профилактика СД

Предусматривает раннюю диагностику СД, предупреждение прогрессирования болезни (развитие ангиопатий), АГ и ИБС.

ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА

Профилактика ожирения, или снижение избыточной массы тела, имеют важное значение. Больным с ожирением (ИМТ >30 кг/м²), или избыточной массой тела (ИМТ 25—30 кг/м²), а также пациентам с абдоминальным ожирением (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин) необходимо добиться ее снижения.

Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает, прежде всего, комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не контролирующих свой рацион, в два-три раза чаще развивается избыточная масса тела [6].

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных диет. Пациенты с избыточной массой тела, когда еще нет клинической формы ожирения, уже нуждаются в квалифицированных диетических рекомендациях с использованием психотерапевтических подходов, так как чаще всего эти лица не имеют достаточной мотивации к снижению веса. Коррекция пищевого рациона должна сводиться к сниже-

нию потребления углеводов и животных жиров. Суточную калорийность следует ограничить 1800—2000 ккал. Лицам с клиническими формами ожирения (индекс массы тела 29,0 и выше) необходимо более значительное уменьшение калорийности: до 1200—1800 ккал в сут с назначением одного-двух разгрузочных дней (кефирных, творожных, яблочных) в неделю.

Однако при недостаточной эффективности немедикаментозного лечения, возникает необходимость в медикаментозной или даже хирургической коррекции массы тела.

Для лечения ожирения в настоящее время рекомендованы препараты орлистат и сибутрамин.

КУРЕНИЕ

Наиболее распространенным фактором риска среди трудоспособного населения, особенно у мужчин, является курение [1,2].

Диагностику степени никотиновой зависимости осуществляют при помощи балльного теста Фагерстрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

| Вопрос | Ответ | Баллы |
|---|------------------------|-------|
| Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету? | В течение первых 5 мин | 3 |
| | В течение 6—30 мин | 2 |
| Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где оно запрещено? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |
| От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? | Первая утром | 1 |
| | Все остальные | 0 |
| Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | 10 или меньше | 0 |
| | 11—20 | 1 |
| | 21—30 | 2 |
| | 31 и более | 3 |
| Вы курите чаще в первые часы после пробуждения утром, чем в течение последующего дня? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |
| Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |

Степень никотиновой зависимости определяют по сумме баллов:

- 0—2 — очень слабая зависимость;
- 3—4 — слабая зависимость;
- 5 — средняя зависимость;
- 6—7 — высокая зависимость;
- 8—10 — очень высокая зависимость.

Все курильщики должны получить профессионально убедительный совет о необходимости полного отказа от курения любых разновидностей табака.

На этом пути реализуйте принцип пяти «А»:

A — ASK (осведомляйтесь): систематически выявляйте курильщиков при каждой возможности.

A — ASSES (определите): определите степень никотиновой зависимости пациента и его готовность отказаться от курения.

A — ADVISE (советуйте): недвусмысленно посоветуйте курильщику отказаться от курения.

A — ASSIST (содействуйте): помогите больному в прекращении курения с помощью поведенческого кон-

сультирования, никотинзаместительной терапии или другого медикаментозного лечения.

A — ARRANGE (договаривайтесь): запланируйте последующие контрольные визиты.

Необходимо объяснить, что отказ от курения приносит пользу независимо от стажа курения в любом возрасте, снижая смертность и заболеваемость, в том числе и сердечно-сосудистую, даже в возрасте старше 60—65 лет. Иногда приходится прибегнуть к седативной и другой симптоматической терапии, а в случаях физиологической зависимости — к специфическому медикаментозному лечению [4].

АЛКОГОЛЬ

По данным ВОЗ, опасно употребление более 8 л алкоголя в год, каждый лишний литр сокращает продолжительность жизни у мужчин на 11 мес, а у женщин на 4 мес. В России среднее употребление алкоголя на душу населения составляет 14—15 л в год [2, 7].

Избыточное употребление способствует быстрому прогрессированию ИБС, прежде всего, за счет потенцирования других факторов риска. В частности установлено, что злоупотребление алкоголем приводит к повышению массы тела, уровню триглицеридов крови и повышению АД. При ИБС повышается вероятность внезапной смерти, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии. Доказано, что зависимость между количеством употребляемого алкоголя и смертности от ИБС носит U-образный характер: смертность наиболее высока у лиц, не употребляющих алкоголь и злоупотребляющих им. Согласно рекомендациям ВОЗ, ежедневное употребление алкоголя у мужчин не должно превышать 30 г/сут, а у женщин — 15 г/сут.

Однако, учитывая широкую распространенность алкоголизма в России, рекомендации приема алкоголя даже в умеренных дозах в советах врача неуместны.

НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Низкая физическая активность — важная проблема здоровья современного общества. Известно, что низкая физическая активность является фактором риска ИБС, АГ, СД, остеопороза [1].

Режим и методы повышения физической активности следует выбирать совместно с пациентом, учитывая реальные условия его труда, быта, сложившиеся стереотипы. Физическая активность должна сопровождаться положительными психоэмоциональными установками и не обременять пациента. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

- до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;
- от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ;
- старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки после проведения пробы с физической нагрузкой.

Необходим самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как «180 – возраст в годах». Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки.

Физические нагрузки следует выполнять по крайней мере по 30 мин 4—5 раз в нед, хотя более умеренная активность также приносит пользу для здоровья.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Известно, что стрессы (социальные, бытовые, профессиональные и пр.) могут влиять на возникновение и обострение ИБС, способствовать появлению или усилению других факторов риска (усиление курения, переживания, стресс-индуцированной артериальной гипертонии).

Пациентам часто не удается улучшить свой образ жизни, однако им не следует отказываться от новых попыток. Повышенное внимание следует уделить пациентам с низким социально-экономическим положением; одиноким пожилым людям; лицам, испытывающим стрессы в семье и на работе; склонным к депрессивным реакциям.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для оценки общего риска смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет рекомендуется использовать систему SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation — Систематическая оценка коронарного риска). Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечно-сосудистых осложнений $\geq 5\%$ [8].

Когда врачу следует определять кардиоваскулярный риск?

- Если больной просит об этом.
- Если на консультации:
 - курящий человек средних лет;
 - имеется абдоминальное ожирение;
 - имеется один или более ФР (>АД, >ХС или > глюкозы в крови);
 - имеется наследственная отягощенность;
 - имеются симптомы возможного наличия ССЗ.

В каких случаях следует назначать другие кардиопротективные средства?

Помимо антигипертензивных, гиполипидемических и сахароснижающих средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике может быть использована ацетилсалициловая кислота (75—150 мг/сут) фактически у всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При непереносимости препарата может быть рекомендован клопидогрел по 75 мг/сут, который предупреждает следующую сердечно-сосудистую катастрофу после перенесенного инфаркта или приступа нестабильной стенокардии [1, 7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В повседневные задачи врачей входит не только эффективное лечение больных с уже имеющейся патологией, которое обеспечивает профилактику осложнений, но и раннее выявление «здоровых пациентов», имеющих факторы риска и планирование на этой основе профилактических мероприятий. Неотъемлемой частью мероприятий по профилактике ССО должно стать повышение образовательного уровня пациентов. При принятии решения в отношении конкретного больного личный опыт врача имеет огромное значение, однако оно не должно противоречить Международным и Российским рекомендациям, отраженным в настоящей статье.

Люди, которые хотят быть здоровыми

- 0 3 5 140 5 3 0
- 0 — не курят;
- 3 — ходят по 3 км в день или занимаются умеренной физической нагрузкой по 30 мин в день;
- 5 — употребляют 5 порций овощей и фруктов в день;

140 — имеют уровень систолического АД < 140 мм рт.ст.;

5 — имеют общий холестерин < 5 ммоль/л;

3 — имеют ХС ЛПНП < 3 ммоль/л;

0 — не страдают сахарным диабетом или избыточным весом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков, Ю.Н. Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Рабочая тетрадь врача: рекомендации / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов. — М., 2006. — 53 с.
2. Карпов, А.М. Самозащита от саморазрушения / А.М. Карпов. — М.: Мед-Пресс, 2005. — С.60—84.
3. Крулев, К.А. Заболевания сердца и сосудов. Профилактика и лечение / К.А. Крулев. — СПб.: Питер Пресс, 2008. — 157 с.
4. Левшин, В.Ф. Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 7, № 14. — С.917—921.
5. Марцевич, С.Ю. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов / С.Ю.Марцевич, Н.П.Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2009. — № 4. — С.80—84.
6. Недогода, С.В. Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I. Снижение веса и нормализация артериального давления / С.В. Недогода, И.Н. Барыкина, У.А. Брель, Л.В. Бутрина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 5. — С.105—115.
7. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 211 с.
8. Шальнова, С.А. Артериальная гипертония и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонии / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.В. Константинов [и др.] // Consilium Medicum. — 2007. — № 9 (11). — С.31—34.
9. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 6. — 30 с. (прил. 2).
10. Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — № 6. — 54 с. (прил. 3).

© Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, С.М. Ищенко, 2009

УДК 616.248-085.234(Biasten)+615.032.23

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА БИАСТЕН В КАЧЕСТВЕ ЕДИНОГО ИНГАЛЯТОРА

НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ ОВСЯННИКОВ, канд. мед. наук, главный пульмонолог г. Омска, зав. пульмонологическим отделением МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»
НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА БАГИШЕВА, канд. мед. наук, врач-пульмонолог, МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»
СЕРГЕЙ МИХАЙЛОВИЧ ИЩЕНКО, зам. генерального директора ЗАО «Пульмомед», Омск

Реферат. Цель исследования — изучение эффективности, переносимости и удобства применения комбинированного препарата *биастен* у 36 пациентов, страдающих бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести, при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии. Исследование включало клиническую и функциональную оценку симптомов. Доказано, что использование единого ингалятора *биастен* в эквивалентных дозах значительно сокращает выраженность одышки, кашля, частоту приступов удушья, улучшает показатели ОФВ1 при хорошей переносимости препарата.

Ключевые слова: бронхиальная астма, концепция «единого ингалятора», эффективность лечения.

EFFICIENCY AND SAFETY OF APPLICATION OF DOMESTIC COMBINED PREPARATION *BIASTEN* AS THE UNIFORM INHALER FOR THERAPY OF THE BRONCHIAL ASTHMA

N. V. OVSYANNIKOV, N. V. BAGISHEVA, S. M. ISHCENKO

Abstract. Studying of efficiency, shipping and convenience of application of a preparation of the combined preparation of *biasten* at 36 patients, easy bronchial asthma easy, average and heavy severity level at its use as a uniform inhaler for basic and symptomatic therapy was a research objective. Research included a clinical and functional estimation of symptoms. It is proved that use of a uniform inhaler of *biasten* in adequate doses considerably reduces expressiveness of a short wind, cough, frequency of attacks of asthma, improves indicators ОФВ1 at good shipping of a preparation.

Key words: a bronchial asthma, the concept of «a uniform inhaler», efficiency of treatment.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, тяжелым социальным и экономическим бременем, ложащимся на плечи общества [5]. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн больных БА [6]. Иммунное воспаление, являющееся главным механизмом патогенеза БА, обуславливает возникновение симптомов

этого заболевания. Контроль над степенью выраженности воспаления обеспечивает контроль над симптомами, а значит и «контроль БА». Это новое понятие задачи терапии предложено в редакции GINA 2006 г.

Вопросы рациональности терапии, направленной на обеспечение контроля БА, становятся все более актуальными, поскольку увеличение распространен-