

риферической крови с $6,8 \pm 2,7$ до $4,2 \pm 1,7$ г/л, увеличение времени агрегации тромбоцитов с $4,2 \pm 1,8$ до $4,6 \pm 2,0$ с, увеличение насыщения тканей кислородом с $40,1 \pm 5,2$ до $49 \pm 7,3$ мм рт. ст., прирост дистанции безболевого ходьбы с $52 \pm 10,1$ до $77,4 \pm 12$ м.

Таким образом, уже на ранних этапах лечения Весел Дуэ Ф позволяет уменьшить перемежающуюся хромоту, улучшить реологию крови, так как препарат стимулирует фибринолиз, снижает адгезию тромбоцитов и лейкоцитов к интиме сосудов, оказывает антитромботическое и ангиопротективное действие. При длительном приеме Весел Дуэ Ф снижает уровень фибриногена в крови, дает умеренные гиполипидемический и антисклеротический эффекты. Препарат Весел Дуэ Ф оказывает комплексное действие, влияя на состояние стенки сосуда и систему гемостаза. Хорошая переносимость препарата Весел Дуэ Ф и отсутствия аллергических реакций позволяет проводить длительное и безопасное лечение.

Литература

- Gaddi A., Galetti C., Illuminati B. et al. Meta analysis of some results of clinical trails of sulodexide therapy in peripheral occlusive artferial disease // J. Int. Med. Res. – 1996; 24: 389–406.
- Harenberg J. Review of pharmacodinamics pharmacokinetics and therapeutics properties of sulodexide // Med. Res. Rev. – 1998; 18: 1–2.
- Levin M. E. Prevention and treatment of diabetic foot wounds // J. Wound ostomy Continence Nurs. – 1998; 25 (3): 129–146.
- Иванцова Т. М. и др. Профилактика ранних сосудистых осложнений при микрохирургических операциях на конечностях. – СПб, 2001.
- Дедов И. И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Сахарный диабет. – 1998: 167–21.
- Кошкин В. М. Амбулаторное лечение атеросклеротических поражений сосудов нижних конечностей // Ангиол. и сосудист. хир. – 1998; 1: 106.
- Семенова И. В., Чугунова Л. А., Ильин А. В. и др. Влияние гликозаминогликанов на течение диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии у больных сахарным диабетом 2 типа // Сахарный диабет. – 2010; 2.
- Токмакова А. Ю., Анциферов М. Б., Дедов И. И. Медикаментозная терапия ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом 2 типа // Сахарный диабет. – 1999; 1.

COMBINATION TREATMENT IN PATIENTS WITH OBLITERATING DISEASES OF LOWER EXTREMITY ARTERIES WITHOUT CRITICAL ISCHEMIA

Professor **A. Pokrovsky**, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor **V. Dan**, MD; Professor **A. Zotikov**, MD; **A. Baskayeva**; **A. Zybin**; **S. Dzigasov**

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow

The efficacy of sulodexide (Vessel Due F) was evaluated in the combination treatment of 20 patients with chronic obliterating disease of lower extremity arteries without critical ischemia. No allergic reactions to the drug were noted. All patients reported intermittent claudication relief just on day 7. Positive changes were confirmed by a control blood rheology study. There was a shorter platelet aggregation, increased tissue oxygen saturation, and longer pain-free walk distance.

Key words: Vessel Due F (sulodexide), chronic diseases of low extremity arteries, chronic lower limb ischemia, glycosaminoglycans.

ТЕРАПИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОРГАНИЧЕСКИМИ НИТРАТАМИ И ИВАБРАДИНОМ (КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ)

Е. Соляник, кандидат медицинских наук,
Е. Елисева, доктор медицинских наук, профессор,
Б. Гельцер, член-корреспондент РАМН, профессор
ВлГМУ, Владивосток
E-mail: yes.vlad@yandex.ru

Сравнительный клиничко-экономический анализ выявил определенные экономические преимущества ивабрадина (лечение им обходится дешевле, чем пролонгированными и обычными формами органических нитратов). По влиянию на качество жизни также предпочтительно применение ивабрадина, поскольку при использовании обычных форм высвобождения органических нитратов, особенно с худшими фармакокинетическими параметрами, не происходит достоверного улучшения параметров качества жизни.

Ключевые слова: клиничко-экономическая характеристика, органические нитраты, ивабрадин, стабильная стенокардия.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКИМИ НИТРАТАМИ И ИВАБРАДИНОМ

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается наиболее острой медицинской проблемой в большинстве стран мира, поскольку уже несколько десятилетий является основной причиной смертности населения [1]. Коэффициенты смертности от ИБС в нашей стране как у мужчин, так и у женщин в 3 раза превышают среднеевропейские показатели [2, 3]. Стабильная стенокардия (СС) – основное проявление хронически протекающей ИБС. СС встречается у женщин в возрасте 45–54 лет в 0,5–1% случаев, а в возрасте 65–74 лет – до 15%, у мужчин – соответственно в 2,5 и 20% случаев. В большинстве европейских стран распространенность СС составляет 20–40 тыс. на 1 млн населения [1, 4].

В Российской Федерации, по эпидемиологическим данным, около 10 млн человек трудоспособного возраста страдают ИБС [5]. Стенокардия как первая манифестация ИБС встречается у 50% больных [6]. Исследования, выполненные в России, свидетельствуют о том, что проводимое лечение не соответствует современным стандартам, бывает ошибочным выбор группы антиангинальных препаратов, используются клинически незначимые дозировки лекарственных средств; кроме того, часто применяют нерациональную комбинированную терапию большим количеством антиангинальных средств [7, 8].

Основными негативными социальными параметрами любого заболевания являются распространенность (число больных), уровень смертности и объем расходуемых средств [9]. Значительные финансовые потери государства и затраты

индивидуума диктуют необходимость определить не только медицинские, но и экономические приоритеты при лечении сердечно-сосудистых заболеваний [10]. Это возможно лишь на основе использования объективных подходов и критериев оптимальности и рациональности фармакотерапии путем комплексной оценки клинической и экономической эффективности лекарственных средств [11, 12]. Появление новых технологий в медицине как результат постоянного совершенствования знаний приводит к неуклонному удорожанию медицинских услуг при ограниченных возможностях их финансирования.

Разрешение данного противоречия на современном этапе возможно только путем разработки формализованных подходов к выбору вариантов распределения недостаточных ресурсов: приоритетными должны считаться вмешательства, безопасность и экономическая целесообразность применения которых наиболее очевидны [13, 14]. Медикаментозное лечение СС – одна из наиболее «ресурсоемких» областей современной кардиологии [15]. К препаратам антиангинального действия относят β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты и нитратоподобные препараты, а также миокардиальные цитопротекторы [16].

В последние годы в качестве антиангинального препарата успешно применяют ингибитор I_1 -каналов ивабрадин [17]. Помимо антиишемического действия, существует накопленная доказательная база по влиянию ивабрадина на прогноз [18], что послужило причиной его включения в список рекомендованных антиангинальных препаратов для долгосрочного лечения СС [16].

По выраженности антиангинального эффекта нитраты в среднем не уступают препаратам других групп или даже превосходят их [19, 20]. В Кооперативной программе по изучению антиангинальных препаратов [21] показано, что у пациентов с СС I и II ФК нитраты по эффективности по крайней мере не уступают β -адреноблокаторам и антагонистам кальция. При назначении нитратов при СС напряжения улучшается переносимость физической нагрузки, снижается количество приступов стенокардии, значимо повышается качество жизни (КЖ) больных; не случайно эта группа антиангинальных средств остается приоритетной в лечении данного заболевания [5].

С учетом изложенного выше в клинико-экономический анализ были включены 2 программы терапии – с использованием «рутинных» и инновационных антиангинальных препаратов для определения финансовых приоритетов и оптимизации медикаментозного вмешательства при СС, в том числе с позиций экономической целесообразности.

Экономическую эффективность программ определяли в открытом простом исследовании параллельных групп с учетом антиангинальной терапии. В нем участвовали 259 пациентов. В 1-й группе (n=130) в качестве антиангинальной терапии использовали органические нитраты – изосорбида динитраты (ИСДН) и изосорбида-5-мононитраты (ИСМН) пролонгированной формы высвобождения (ПФ); во 2-й группе (n=129) для коррекции ангинозной составляющей СС применяли ИСДН и ИСМН обычной формы высвобождения (ОФ); в 3-й группе (n=112) пациенты в качестве антиангинальной терапии получали ивабрадин. Группы были сопоставимы по клинико-демографическим параметрам. В случае, если затраты и результаты различались по времени, проводили дисконтирование. Для определения экономических потерь, связанных с недоста-

Кораксан 7,5 мг

Ивабрадин



улучшает прогноз
пациентов с ХСН*

SHIFT

Комбинированная
первичная
конечная точка**

Смертность
от ХСН

Госпитализация
по поводу ХСН

Снижение относительного риска

-18%

p < 0,0001

-26%

p < 0,014

-26%

p < 0,0001

** Сердечно-сосудистая
смертность +
госпитализация
по поводу СН

6,5 тыс. пациентов

На фоне самой
современной терапии:
9 из 10 пациентов
получали ББ и иАПФ



* K.Swedberg, M.Komajda, M.Bohm, J.S Borer, I.FordLancet, A.Dubost-Brama, G.Lerebours, L.Tavazzi, on behalf of the SHIFT investigators, Lancet, Published online August 29, 2010.



Москва 113054, Павелецкая площадь д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01

точным назначением современных лекарственных средств (ЛС), использовали методику, основанную на расчете недопроизведенной за дни болезни продукции (новую стоимость), выплаты пособий за счет средств социального страхования, затрат на лечение [22].

Экономические потери, связанные с недостаточным назначением современных ЛС (П), определяют как разность между ущербом, отмеченным при лечении традиционными «рутинными» ЛС (Ут), и тем, который был при использовании современных ЛС (Ус). Для расчета потерь при амбулаторном лечении ущерб рассчитывали по формулам:

$$Ут = (Д+Б) \times Тк \times 0,75 \times Р + (А \times П1 \times Ч \times Х1);$$

$$Ус = (Д+Б) \times Тк' \times 0,75 \times Р + (А \times П2 \times Ч \times Х2),$$

где Тк и Тк' – средняя продолжительность пребывания на больничном листе, А – средняя стоимость 1 дня амбулаторного посещения, П1 и П2 – среднее число посещений поликлиники больным за время пребывания на больничном листе при лечении соответственно традиционными и новыми ЛС, Х1 и Х2 – стоимость льготного и бесплатного отпуска соответствующих ЛС.

Выплаты по листкам временной нетрудоспособности рассчитывали, исходя из данных Приморского отделения Фонда социального страхования на период наблюдения. Данные о национальном доходе, производимом 1 работающим за рабочий день, взяты из отчета в отделении Госкомстата по Приморскому краю за соответствующий период. Для оценки КЖ больных применен метод анкетирования с использованием визуальной аналоговой «Шкалы состояния пациента», составленной на основе Сиэтлского опросника качества жизни больных стенокардией (Seattle Angina Questionnaire) [9, 11]. КЖ оценивали в баллах от 1 до 10, где 1 балл – самое плохое самочувствие, которое пациент может себе представить; 10 баллов – самое хорошее его самочувствие. Кроме того, всем исследуемым предлагали ответить на ряд вопросов, включающих параметры, определяющие КЖ больных СС по нескольким направлениям: «Активность», «Повседневная жизнь», «Самооценка», «Психологический дискомфорт». Дизайн исследования состоял в определении самочувствия пациента по визуальной аналоговой шкале в начале терапии, а также через 1 и 3 мес. Данные о больном документировал врач. Статистический анализ проводили с помощью программ Statistica for Windows и Statistica V.6, представляя данные в виде средних арифметических значений и ошибки средней ($M \pm m$). Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$. Исследование одобрено независимым междисциплинарным комитетом по Этической экспертизе ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СС ОРГАНИЧЕСКИМИ НИТРАТАМИ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ВЫСВОБОЖДЕНИЯ И ИВАБРАДИНОМ

Чтобы определить перспективы применения ивабрадина в терапии СС, в том числе с учетом экономической целесообразности, сравнили затраты при лечении амбулаторных больных с использованием ПФ (типичная практика) и с применением ивабрадина как ЛС с принципиально новым механизмом действия. В условиях поликлиники экономические потери возрастают в несколько раз, в первую очередь за счет более длительного пребывания пациента на больничном листе в связи с заболеванием и потерями государства при отсутствии больного на рабочем месте за период болезни.

С учетом всех составляющих ущерб при применении нитратов ОФ в амбулаторных условиях составил 26 611 776 руб., при назначении ПФ – 15 778 378 руб. Экономический эффект (Уо/Уп) составил 1,69 руб. Ущерб при использовании ивабрадина в качестве основного антиангинального препарата с учетом всех составляющих оценен в 14 927 567 руб., экономический эффект (по соотношению Уо/Уп) с группой ПФ, на первый взгляд, был не столь значителен – 1,02 руб., т.е. на 1 руб. затрат при лечении ивабрадином приходилось 1,02 руб. при лечении ПФ, но суммарно повлекло дополнительные расходы в 850 811 руб. При сравнении экономического ущерба при использовании ивабрадина и нитратов ОФ выяснилось, что затраты составили соответственно 1,0 и 1,71 руб., в связи с чем экономический ущерб возрос на 11 684 209 руб. Таким образом, использование нитратов ОФ даже по сравнению с ПФ экономически нецелесообразно и с этой точки зрения неприемлемо по сравнению с использованием в программе антиангинальной терапии инновационного препарата ивабрадина.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Все исследуемые показатели были объединены в 4 наиболее значимых критерия, характеризующих состояние пациентов (в баллах): их активность (АК), самооценка (СЦ), повседневная жизнь (ПЖ), психологический дискомфорт (ПД). Для характеристики ПД анализировали степень выраженности расстройства, подавленности, раздражительности из-за болезни. При оценке ПЖ учитывали количество приступов стенокардии. Для определения АК учитывали частоту возникновения ангинозных приступов при подъеме по лестнице, медленной ходьбе, ходьбе быстрым шагом, поднятии тяжестей, выполнении легкой и тяжелой домашней работы. Среднюю продолжительность

приступов и среднюю длительность пути без приступа рассчитывали как критерий СЦ. Все показатели оценивали при включении в исследование, через 1 и 3 мес наблюдения при приеме как ПФ (1-я группа), так и ОФ (2-я группа) (см. таблицу).

При анализе данных в 1-й месяц наблюдения отмечено равномерное увеличение показателя АК в обеих группах, но через 3 мес более выраженная поло-

Показатели КЖ больных СС на фоне приема нитратов разных форм высвобождения

Показатель	До лечения		Через 1 мес		Через 3 мес	
	ПН	ОФ	ПН	ОФ	ПН	ОФ
АК	3,4±0,21	3,1±0,18	4,7±0,21	4,4±0,18	6,2±0,18*	5,0±0,18*
ПЖ	4,2±0,18	4,1±0,19	5,1±0,18	4,6±0,18	5,8±0,18*	4,8±0,18
СЦ	3,8±0,21	3,7±0,19	5,6±0,18	4,0±0,18	7,5±0,16**	4,3±0,17
ПД	3,5±0,21	3,5±0,20	4,4±0,21	4,5±0,19	6,2±0,24*	4,7±0,21*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ по сравнению с исходным показателем.

жительная динамика наблюдалась при лечении ПФ (рост показателя из 1,5 балла по сравнению с предыдущим), чем при применении нитратов ОФ (рост на 0,6 балла).

Оценка больными своих возможностей в повседневной жизни также была более выражена в 1-й группе, хотя различий между этими показателями через 1 мес не было, а статистически значимой разница стала к концу 3-го мес (см. таблицу). Эти данные свидетельствуют о более продолжительном действии ПФ, чем нитратов ОФ высвобождения.

Обращает на себя внимание индекс СЦ, который достиг максимального уровня ($7,5 \pm 0,16$ балла) у больных 1-й группы к исходу 3-го месяца, причем у больных 2-й группы он был почти в 2 раза меньше. Психологический дискомфорт, который ощущали пациенты в связи с заболеванием, был значительно выражен в обеих группах. Ощущения психоэмоциональной стабильности были оценены пациентами 1-й группы лишь в $3,5 \pm 0,21$ балла, а через 3 мес – в $6,2 \pm 0,24$ балла, что свидетельствует об уменьшении степени выраженности ПД. Во 2-й группе повышение составило лишь $4,7 \pm 0,21$ балла.

У пациентов, получавших для коррекции ангинозной составляющей СС ивабрадин (3-я группа), также зарегистрировано достоверное улучшение показателей по всем изучаемым параметрам: показатель АК возрос через 3 мес наблюдения на 93%, СЦ – на 71%, ПЖ – на 82%. Явления психологического дискомфорта, связанного с клиническими симптомами болезни, уменьшились на 75%. Таким образом, применение ивабрадина в антиангинальной терапии СС по влиянию на КЖ не уступало терапии с использованием органических нитратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

При сравнительном анализе параметров КЖ выявлены преимущества антиангинальной терапии с использованием ивабрадина, особенно выраженные при сравнении с группой пациентов, получавших нитраты ОФ (соответственно достоверное увеличение всех изучаемых параметров и практически отсутствие таких различий (рис. 1).

При сравнении параметров КЖ у пациентов, получавших ПФ, выявлено наиболее достоверное улучшение показателей, связанных с купированием явлений психологического дискомфорта, в группе ивабрадина этот показатель был несколько ниже (рис. 2). В то же время при оценке ПЖ преимущество имел ивабрадин (рост показателя с 3,6 до 6,63 балла; $p < 0,05$), без достоверных изменений в группе ПФ.

В целом улучшение параметров КЖ отмечено при применении в качестве антиангинальной терапии как ПФ, так и ивабрадина. Использование нитратов ОФ в долгосрочной антиангинальной терапии СС нецелесообразно с позиций как клинической, так и экономической эффективности. Для рационального использования выделяемых государством средств необходим выбор экономически обоснованного препарата, определяемого на основании клинико-экономического исследования.

Применение в антиангинальной терапии СС ПФ достоверно повышает КЖ по всем анализируемым параметрам. Использование органических нитратов короткого и умеренно пролонгированного действия для длительного лечения при СС с позиций оценки КЖ менее целесообразно. Применение в антиангинальной терапии ивабрадина достоверно повышает параметры КЖ через 3 мес лечения (особенно улучшаются показатели активности) и лишь незначительно уступает ПФ в уровне снижения ПД.

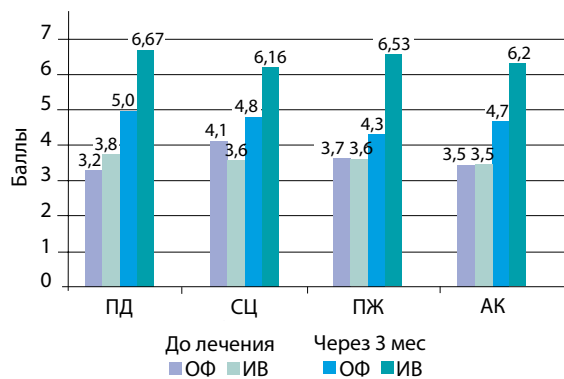


Рис. 1. Комплексная оценка КЖ в группах пациентов, получавших ОФ и ивабрадин (ИВ)

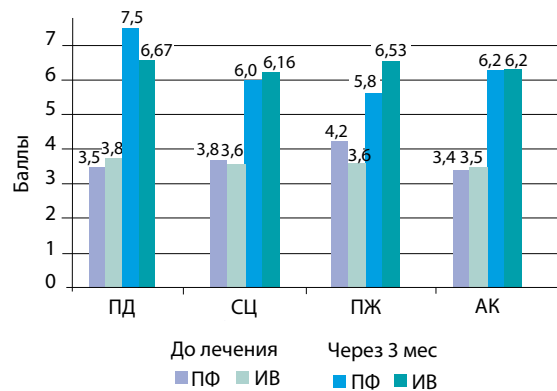


Рис. 2. Комплексная оценка КЖ в группах пациентов, получавших ПФ и ивабрадин (ИВ)

Литература

- 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for Management of Patients with Chronic Stable Angina. A Report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines Writing Group Develop the Focused Update of the 2002 Guidelines for Management of Patients with Chronic Stable Angina // *Circulation*. – 2007; 116: 2762–2772.
- Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний // *Кардиология*. – 2007; 12: 4–9.
- Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б и др. Особенности популяции, диагностика, вторичная профилактика и антиангинальная терапия у пациентов с диагнозом стабильная стенокардия // *Кардиоваск. терапия и профилактика*. – 2006; 1: 49–55.
- Eastaugh J., Calvert M., Freemantle N. Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients // *Family Practice*. – 2005; 22: 43–50.
- Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б и др. Диагностика, вторичная профилактика и терапия стабильной стенокардии по данным исследования ATP // *Кардиоваск. терапия и проф.* – 2006; 5: 50–54.
- Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование ATP – Angina Treatment Pattern) // *Кардиология*. – 2003; 5: 9–15.
- Затейщиков Д.А. Какими должны быть Российские национальные рекомендации // *Кардиология*. – 2007; 11: 40–43.

8. Сизова Ж.М., Шик Е.В., Захарова В.Л. и др. Современная фармакотерапия стабильной стенокардии: возможности и перспективы применения никорандила // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010; 4: 455–460.

9. Gross C., Anderson G., Powe N. The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease // N. Engl. Med. J. – 1999; 340: 1881–1887.

10. Терпов С.Ф., Малаховская М.В. Оценка экономической эффективности медицинских вмешательств // Экономика здравоохранения. – 2004; 4 (83): 17–22.

11. Косарев В.В., Лотков В.С., Бабанов С.А. Значение фармакоэкономических исследований в рациональном использовании лекарственных средств // Пробл. соц. гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2005; 1: 46–49.

12. Косарев В.В., Бабанов С.А. Фармакотерапия ишемической болезни сердца: в фокусе цитопротекторы // Рус. мед. журн. – 2011; 19 (4): 248–252.

13. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. Экономический фактор при принятии решений о применении медицинских технологий // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2008; 3: 3–8.

14. Багирова В.Л., Колганова Н.А., Раздобарин К.А. Актуальность фармакоэкономических исследований для оптимизации рынка лекарственных препаратов // Рос. биомед. журн. – 2005; 6: 500–507.

15. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Медикаментозное лечение стенокардии: надежды и разочарования // Рус. мед. журн. – 2002; 10 (19): 855–861.

16. Оганов Р.Г. Национальные клинические рекомендации: сборник. – М.: Силиция-Полиграф, 2010. – 592 с.

17. Лопатин Ю.М. Ивабрадин в лечении больных стабильной стенокардией: уроки исследования BEAUTIFUL // Кардиология. – 2010; 1: 78–83.

18. Fox K., Ford L., Steg P. et al. Ivabradine for patients with stable coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Lancet. – 2008; 37: 807–816.

19. Стуров Н.В., Сидоренко Б.А. Преимущественная эффективность ретардированных форм нитратов в кардиологической практике // Трудный пациент. – 2006; 4 (5): 11–14.

20. Семенова Ю.Э., Алимова Е.В., Дмитриева Н.А. и др. Оптимизация назначения антиангинальных препаратов: рандомизированное сравнительное изучение изосорбида-5-мононитрата пролонгированного действия в сравнении с изосорбидом динитратом у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией напряжения // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2005; 4: 41–45.

21. Марцевич С.Ю. Современные взгляды на терапию нитратами больных ишемической болезнью сердца // Сердце. – 2003; 2: 88–90.

22. Лопатин П.В., Жумбаев Н.Ж. Методика расчета экономического потерь, связанных с отсутствием современных лекарственных средств // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2000; 1: 103–104.

STABLE ANGINA THERAPY WITH ORGANIC NITRATES AND IVABRADINE: CLINICAL AND ECONOMIC COMPARISONS

E. Solyanik, Candidate of Medical Sciences; **Professor E. Eliseyeva**, MD; **Professor B. Geltser**, Correspondent Member of the Russian Academy of Medical Sciences

Vladivostok State Medical University, Vladivostok

A comparative clinicoeconomic analysis has revealed certain economic advantages of ivabradine (treatment with the latter is less expensive than that with sustained-release and usual formulations of organic nitrates). In terms of its effect on quality of life, ivabradine is also more preferred since there is no significant improvement of quality-of-life indices with worse pharmacokinetic parameters when usual release organic nitrate formulations are used.

Key words: clinical and economic characteristics, organic nitrates, ivabradine, stable angina.

ИБС У ЖЕНЩИН: НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗ

О. Лошакова

РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань

E-mail: oloshakova@gmail.com

У женщин с хронической ишемической болезнью сердца установлено статистически значимое влияние на возникновение гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий таких факторов риска, как пожилой возраст, наличие сахарного диабета, нарушенная гликемия натощак/нарушение толерантности к глюкозе, раннее наступление менопаузы.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, факторы риска, коронарный атеросклероз, неизменные коронарные сосуды.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смерти в развитых странах мира. При этом в последние годы отмечается рост как заболеваемости женщин ИБС, так и их смертности от нее. По данным ВОЗ, в 2004 г. ИБС лидировала среди причин смерти: с ней был связан 21% летальных исходов у мужчин и 23% – у женщин [1]. В Европе около 55% всех женских смертей обусловлено сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), главным образом ИБС и инсультом [4]. Несмотря на определенные особенности развития и течения ИБС, с каждым годом выявляют все больше женщин молодого возраста, страдающих этим заболеванием [6]. Между тем риск развития ССЗ у женщин недооценивается: бытует мнение, что женщины «защищены» от атеросклероза и ишемии миокарда [6, 8]. В развитых странах наметилась устойчивая тенденция к снижению смертности от ССЗ мужчин, тогда как этого не происходит у женщин. По данным Фрамингемского исследования, 40% всех коронарных событий у женщин заканчиваются фатально, причем в 67% случаев внезапной смерти не предшествует коронарный анамнез [2]. С 1960 г. по настоящее время смертность от ИБС у женщин снизилась, но в меньшей степени, чем у мужчин (на 20 и 30% соответственно) [2]. Ряд проспективных исследований показал, что ИБС, в частности инфаркт миокарда (ИМ), у женщин протекает тяжелее и имеет более неблагоприятный отдаленный прогноз, чем у мужчин [9]. Однако, с другой стороны, у женщин чаще, чем у мужчин, встречаются неизменные и малоизмененные коронарные сосуды (по данным коронароангиографии) и соответственно чаще предполагается наличие синдрома Х [10]. С учетом вышесказанного целью нашей работы было изучить факторы риска (ФР), клинико-инструментальные особенности, годичный прогноз у женщин с хронической ИБС в зависимости от наличия и выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий.