

Литература

1. Агаджанова А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности // Рус. мед. журн. – 2003; 1 (11): 3–6.
2. Бакотина И.В. Клинико-морфологические особенности формирования хориона у пациенток с неразвивающейся беременностью. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2005; с. 151.
3. Бескоровайная Т.С., Полтавец Н.В., Блинец Е.А. и др. Роль антигенов II класса главного комплекса гистосовместимости в привычном невынашивании беременности // Пробл. репрод. – 2006; 2: 46–54.
4. Колесникова И.К. Состояние иммунитета на системном уровне и в эндометрии у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков инфекционного и гормонального генеза. Дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2004; с. 151.
5. Левкович М.А. Значение иммунологических маркеров у беременных с фетоплацентарной недостаточностью и инфекцией для прогнозирования перинатального поражения ЦНС новорожденного // Мед. иммунол. – 2006; 8 (2–3): 313–4.
6. Левкович М.А. Иммунологические механизмы угрозы прерывания беременности // Аллергол. и иммунол. – 2009; 10 (2): 247.
7. Левкович М.А., Орлов В.И., Дударева М.В. Анализ секреции цитокинов при угрозе прерывания беременности различного генеза // Рос. аллергол. журн. – 2008; 1 (1): 153–4.
8. Методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ № 355. ПД/610, М., 2006.
9. Радзинский В.Е., Милованова А.П., Ордянец И.М. и др. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. М., 2004.
10. Clark D., Chaouat G. Loss of surface CD200 on stored allogeneic leukocytes may impair anti-abortion effect in vivo // AJRI. – 2005; 53: 13–20.
11. Clark D., Wong K., Banwatt D. et al. CD200-dependent and nonCD200-dependant pathways of NK cell suppression by human IVIG // J. Assist. Reprod. Genet. – 2008; 25 (2–3): 67–72.
12. Gondek D., Lu L., Quezada S., Sakaguchi S. et al. Cutting edge: contact-mediated suppression by CD4⁺ CD25⁺ regulatory cells involves a granzyme B-dependent, perforin-independent mechanism // J. Immunol. – 2005; 174: 1783–6.
13. Gorczyński R., Chen Z., Clark D. et al. Structural and functional heterogeneity in the CD200R family of immunoregulatory molecules at the fetomaternal interface // Am. J. Reprod. Immunol. – 2004; 52: 147–63.
14. Gutierrez G., Gentile T., Miranda S. et al. Asymmetric antibodies: a protective arm in pregnancy // Chem. Immunol. Allergy. – 2005; 89: 158–68.
15. Saito S., Shiozaki A., Sasaki Y. et al. Regulatory T cells and regulatory natural killer (NK) cells play important roles in fetomaternal tolerance // Semin. Immunopathol. – 2007; 29 (2): 115–22.
16. Saygili-Yilmaz E., Yildiz S., Erman-Akar M. et al. Reproductive outcome of septate uterus after hysteroscopic metroplasty // Gynecol. Obstet. – 2003; 268 (4): 289–92.
17. Stiker R., Winger E. Update on treatment of immunologic abortion with lowdose intravenous immunoglobulin // Am. J. Reprod. Immunol. – 2005; 54 (6): 390–6.
18. Takeshit T. Diagnosis and treatment of recurrent miscarriage associated with immunologic disorders: Is paternal lymphocyte immunization a relic of past? // J. Nippon. Med. Sch. – 2004; 71 (5): 308–13.
19. Shiina T., Hosomichi K., Inoko H. et al. The HLA genomic loci map: expression, interaction, diversity and disease // J. Hum. Genet. – 2009; 54 (1): 15–39.

THE IMMUNOGENETIC REASONS OF EARLY REPRODUCTIVE LOSSES

D. Ajrapetov, Candidate of Medical Sciences; **Professor I. Ordijants MD**
Peoples' Friendship University of Russia, Russia, Moscow

Full discrepancy of HLA-genotypes favorably for pregnancy development. The married couples having general alleles system HLA of a class II, have a risk miscarriage pregnancy, possibly, connected with absence of the blocking antibodies formed in the beginning of pregnancy to fatherly antigens HLA.

Key words: miscarriage; an abortion; genes HLA.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

А. Карлов, Н. Карлова, кандидат медицинских наук,
Е. Золозова, кандидат медицинских наук,
Е. Саютина, кандидат медицинских наук,
В. Чигинева, кандидат медицинских наук
РМАПО
E-mail: dr_owl@land.ru

Обсуждается влияние антигипертензивной терапии на качество жизни больных артериальной гипертензией в сочетании с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей и коронарных артерий. Эффективная терапия не только снижает артериальное давление до целевого уровня, но и улучшает качество жизни пациентов, увеличивает толерантность к нагрузкам.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мультифокальный атеросклероз, ИБС, хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, амлодипин, бисопролол, лизиноприл, качество жизни.

Мультифокальный атеросклероз – термин, относящийся к особой категории пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением нескольких сосудистых бассейнов, определяющий исходную тяжесть заболевания, затрудняющий выбор адекватной лечебной тактики [1]. Одним из частых проявлений мультифокального атеросклероза является поражение артерий нижних конечностей (АНК). В России это состояние включают в группу хронических облитерирующих заболеваний АНК (ХОЗАНК). В англоязычной литературе применяют термин PAD (Peripheral Arterial Disease), под которым нередко подразумевается поражение не только АНК, но также брахиоцефальных и почечных артерий. В большинстве ситуаций ХОЗАНК сочетается с ИБС.

Лечение больных с артериальной гипертензией (АГ) и мультифокальным атеросклеротическим поражением, в частности при одновременном поражении коронарных артерий и АНК часто вызывает трудности у терапевтов и кардиологов. Согласно международным рекомендациям, эта категория больных требует интенсивных профилактических мероприятий. Возникают вопросы, касающиеся использования активной антигипертензивной терапии и риска уменьшения кровотока в пораженных АНК, а также применения некоторых групп препаратов, например β-адреноблокаторов (БАБ).

В литературе при обсуждении тактики ведения больных с ХОЗАНК чаще речь идет об определении показаний к хирургическому лечению и симптоматической терапии, направленной на уменьшение клинических проявлений перемежающейся хромоты; гораздо реже обсуждаются вопросы вторичной профилактики. Очевидно, что коррекция факторов риска ате-

росклероза существенно улучшает прогноз у этой категории больных, имеющих очень высокий риск осложнений [2].

В нескольких исследованиях изучалось качество жизни (КЖ) пациентов с атеросклерозом АНК, часто в них обсуждаются результаты хирургического лечения. Анкетирование больных с использованием опросников показало, что восстановление кровотока хирургическими методами существенно снижает затруднения при ходьбе, связанные с перемежающейся хромотой, но увеличение физической активности может привести у пациентов, страдающих ИБС, к появлению или учащению приступов стенокардии.

Для оценки КЖ больных с периферическим атеросклерозом применяют различные опросники [3]. Так, Опросник нарушения ходьбы (The Walking Impairment Questionnaire – WIQ) используется для оценки расстояния и скорости безболезненной ходьбы, а также способности подниматься без боли по лестнице и учитывает степень перемежающейся хромоты, наличие других симптомов, ограничивающих способность к нормальной ходьбе (одышка, неприятные ощущения в грудной клетке, усиленное сердцебиение и др.) [4]. Опросник WIQ неоднократно использовался в контролируемых клинических исследованиях и был валидирован со многими функциональными тестами, включая тредмил, тест с 6-минутной ходьбой, определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) [5]. Этот популярный опросник переведен на многие языки, проводились сопоставления результатов тестирования «локализованных» версий WIQ с оригинальной английской версией; выявлена хорошая воспроизводимость [6–8]. Однако стандартизованная версия Опросника нарушения ходьбы на русском языке в литературе не упоминается, встречаются только отдельные сведения о его использовании в клинических исследованиях на территории России [9]. Существуют и другие, менее популярные опросники для оценки толерантности к физической нагрузке (ТФН), а также более сложные анкеты, включающие такие аспекты КЖ, как самообслуживание, социальные функции, настроение и др.

Целью нашего исследования было оценить влияние антигипертензивной терапии и мероприятий по вторичной профилактике осложнений на КЖ больных с мультифокальным атеросклерозом, в частности с ИБС и поражением АНК.

Таблица 1

Число пациентов, принимавших препараты разных групп на момент включения в исследование

Группа препаратов	Число пациентов, абс. (%)
БАБ	22 (73)
ИАПФ	23 (77)
Нитраты	12 (40)
Дигидропиридиновые антагонисты кальция	8 (27)
Недигидропиридиновые антагонисты кальция	2 (7)
Диуретики	9 (30)
Сартаны	3 (10)
Статины	7 (23)
Ацетилсалициловая кислота	12 (40)
Клопидогрел	3 (10)

Примечание. ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Предварительное обследование, включавшее оценку жалоб и анамнеза, регистрацию ЭКГ, измерение офисного АД и ЛПИ с помощью осциллометрических тонометров высокой точности [10], прошли 232 больных АГ из разных медицинских учреждений Москвы. У 123 из них обнаружено снижение ЛПИ ($\leq 0,9$) с одной или обеих сторон, 31 обследованный дал согласие участвовать в дальнейшей программе. В исследование были включены 30 пациентов с АГ (22 мужчины и 8 женщин; средний возраст – 68 лет), у которых при УЗ-доплерографии артерий нижних конечностей (УЗДГ АНК) были выявлены гемодинамически значимые стенозы.

К моменту включения в исследование у 25 (83%) больных были приступы стенокардии, у 13 (43%) в анамнезе – инфаркт миокарда. 10 пациентам были проведены операция коронарного шунтирования (КШ) или коронарная ангиопластика (33%). Сахарным диабетом страдали 9 (30%) пациентов, нарушения липидного обмена наблюдались у 29 (97%) больных. Курили 7 (23%) пациентов, ранее курили 8 (26%), но к моменту включения в исследование бросили курить.

В связи с тем, что набор пациентов осуществляли в лечебных учреждениях, большинство из них на момент включения в исследование получали терапию, но ее эффективность была недостаточной. Некоторые больные лечились нерегулярно. Данные о предшествующей терапии приведены в табл. 1.

Исходно у больных измеряли офисное АД, регистрировали ЭКГ в 12 отведениях (прибор АТ-104, Schiller), суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) и АД (СМАД) с помощью комплекса «Союз» (ДМС – Передовые технологии). Анализировали среднее систолическое (САД) и диастолическое (ДАД), пульсовое АД, индексы времени повышенного САД и ДАД за сутки, среднее САД и ДАД в дневные и ночные часы, среднюю частоту сердечных сокращений (ЧСС) за сутки, количество эпизодов ишемии и их общую продолжительность, проводили биохимическое исследование крови. Всем больным осуществляли УЗДГ АНК (прибор EnVisor, Philips). Для оценки КЖ проводили анкетирование по модифицированному Опроснику нарушения ходьбы WIQ и тест с 6-минутной ходьбой [11].

В дальнейшем больным подбирали антигипертензивную и (при необходимости) антиангинальную терапию с целью достижения целевого уровня АД и уменьшения или устранения приступов стенокардии. С учетом высокого риска осложнений замену препаратов проводили сразу, без периода их отмены.

Всем больным назначали амлодипин, при недостаточном гипотензивном и антиангинальном эффекте – бисопролол; при необходимости использовалась тройная комбинация – дополнительно назначали лизиноприл.

Кроме того, больным был назначен аторвастатин в стандартной дозе 10 мг/сут, а после стабилизации АД – ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг/сут. Больным давали рекомендации по соблюдению диеты, снижению массы тела, рациональной физической активности и отказу от курения. При необходимости назначали пролонгированные нитраты.

При контрольных визитах (через 1 и 2 мес) регистрировали ЭКГ, измеряли офисное АД, а также анализировали данные, полученные при самостоятельном измерении АД и ЧСС. При необходимости визиты назначали более часто.

Через 3 мес повторяли регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, измеряли офисное АД, проводили СМАД и СМЭКГ, биохимическое исследование крови. Через 6 мес повторяли все исследования, которые выполнялись исходно.

Полученные результаты оценивали с использованием методов описательной статистики, при сравнении и оценке значимости использовали непараметрические методы. Достоверными считали различия между вариантными рядами при $p < 0,05$; при $p > 0,05$ разницу между величинами расценивали как статистически недостоверную.

Данные представлены в виде медианы [25- и 75-й перцентили] или в процентах от общего числа пациентов.

В исходном периоде уровень офисного АД у всех больных превышал 140/90 мм рт. ст. При СМАД у всех больных также выявлен повышенный уровень САД и ДАД. Для достижения целевого уровня АД у большинства пациентов потребовалась комбинация из 3 препаратов различных групп: бисопролола, амлодипина, лизиноприла (табл. 2).

Проводимые лечебные мероприятия (подбор терапии, рекомендации по изменению образа жизни и питания) позволили скорректировать основные факторы риска у пациентов (табл. 3).

Достоверное снижение офисного АД через 3 и 6 мес лечения подтверждалось результатами СМАД (табл. 4).

Анализ показателей САД и ДАД в дневные и ночные часы, индексы времени САД и ДАД также демонстрировали антигипертензивный эффект проводимой терапии.

При УЗИ у всех пациентов, включенных в исследование, был обнаружен хотя бы 1 гемодинамически значимый ($\geq 60\%$) стеноз [2]. Данные о локализации поражения артерий и степень их выраженности представлены в табл. 5. Для расчета брались максимальные значения стеноза в каждом из отделов.

В большинстве случаев отмечалось многосегментарное и двустороннее атеросклеротическое поражение артерий.

Через 6 мес всем пациентам проводили повторное УЗИ, при котором определяли количество атеросклеротических бляшек до начала лечения и через 6 мес (табл. 6).

У большинства больных изменений сосудов по данным УЗДГ не произошло. У нескольких пациентов отмечено как увеличение, так и уменьшение стенозов, что может быть связано с особенностями выполнения исследования.

КЖ пациентов с гемодинамически значимым стенозом оценивали по результатам анкетирования с помощью Опросника WIQ, а также по тесту с 6-минутной ходьбой (табл. 7).

Видно, что через 6 мес терапии по данным опросника WIQ достоверно увеличились такие показатели, как расстояние ходьбы и ее скорость, при этом симптомы, снижающие ТФН, уменьшились, что подтверждается ростом показателей по шкалам: симптомов, возникающих при ходьбе, а также боли и судорог в ногах.

Тест с 6-минутной ходьбой также показывает достоверное увеличение расстояния, которое способны проходить больные: с 258 м [215; 301] до 301 м [300; 344] ($p < 0,05$). Эти данные могут свидетельствовать об увеличении ТФН и улучшении КЖ пациентов.

Большинство больных отметили уменьшение приступов стенокардии, несмотря на повышение физической активности. Нами проанализированы данные СМЭКГ для оценки наличия ишемических депрессий сегмента ST (табл. 8).

На фоне увеличения ТФН и активизации больных количество эпизодов ишемических депрессий, их продолжительность и степень выраженности не увеличились; напротив, наблюдалась достоверная положительная динамика. Следует отметить, что из 12 пациентов, ранее принимавших пролонгированные нитраты, только у 2 сохранилась потребность в них.

Таблица 2
Число больных, получавших бисопролол, амлодипин и лизиноприл; суточная доза препаратов

Лечение	Число больных	Средняя суточная доза (пределы), мг
Амлодипин	30	8,7 (5–15)
Бисопролол	26	5,8 (2,5–10)
Лизиноприл	21	13,2 (2,5–20)
Комбинация из 3 препаратов	20 (66,7%)	

Таблица 3
Коррекция модифицируемых факторов риска у пациентов через 3 и 6 мес после начала лечения

Фактор риска	наличие фактора риска исходно	Число больных			
		через 3 мес		через 6 мес	
		достигнут целевой уровень	снижение исходного показателя	достигнут целевой уровень	снижение исходного показателя
Повышение офисного АД	30	28	2	28	2
ЛПНП	29	21	7	22	6
Курение	7	0	7	0	7
ИМТ > 25 кг/м ²	24	1	5	1	5

Примечание. Уровень офисного АД < 140/90 мм рт. ст.; для больных сахарным диабетом < 130/85 мм рт. ст.; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности: целевой уровень < 1,8 ммоль/л; ИМТ – индекс массы тела.

Таблица 4
Показатели офисного АД и СМАД исходно и на фоне лечения

АД, мм рт. ст.	Исходно	Через 3 мес	Через 6 мес	p_1	p_2	p_3
Офисное САД	153 [150;162]	127 [121;132]	123 [119;132]	<0,05	<0,05	=0,24
Офисное ДАД	92 [82;94]	78 [70;81]	76 [72;80]	<0,05	<0,05	=0,92
Среднее САД за 24 ч	144	122	123	<0,05	=0,05	=0,16
Среднее ДАД за 24 ч	83 [74;88]	75 [69;80]	75 [68;76]	<0,05	<0,05	=0,49

Примечание. p_1 – достоверность различий при сравнении АД исходного и через 3 мес лечения; p_2 – исходного и через 6 мес лечения; p_3 – показателей через 3 и через 6 мес лечения. Здесь и в табл. 7, 8 представлены медиана и перцентили [25-й; 75-й].

Таблица 5

Характеристика локализации поражений АНК, обнаруженных исходно при УЗДГ

Отдел	Всего стенозов и окклюзий		Окклюзии		Стеноз > 60%		Стеноз <60%	
	справа	слева	справа	слева	справа	слева	справа	слева
ПБС	7	9	0	1	7	8	0	0
ОБА	24	16	0	0	0	1	24	15
ПБА	25	22	4	2	10	5	11	15
ГБА	4	5	0	0	1	1	3	4
ПКА	15	13	0	0	3	3	12	10
ЗББА	13	16	7	10	5	5	1	1
ПББА	7	9	2	3	4	5	1	1
Все артерии	95	90	13	16	30	28	52	46

Примечание. ПБС – подвздошно-бедренный сегмент; ОБА – общая бедренная артерия; ПБА – поверхностная бедренная артерия; ГБА – глубокая бедренная артерия; ПКА – подколенная артерия; ЗББА – задняя большеберцовая артерия; ПББА – передняя большеберцовая артерия.

Таблица 6

Общее количество стенозов исходно и через 6 мес после начала лечения по данным УЗДГ АНК

Величина стеноза	До лечения	Через 6 мес
Стеноз <60%	98	114
Стеноз 60–99%	58	49
Окклюзия	29	34
Всего	185	197

Таблица 7

Результаты анкетирования по опроснику WIQ и теста с 6-минутной ходьбой исходно и через 6 мес на фоне лечения

Критерий	Исходно	Через 6 мес лечения	p
Шкала пройденного расстояния, м	1323 [779; 1818]	2358 [1626; 2718]	<0,05
Шкала скорости ходьбы, км/ч	18,4 [16; 24]	26,4 [18,4; 35,6]	<0,05
Шкала симптомов, возникающих при ходьбе, баллы	16 [13; 18]	19 [17; 20,25]	<0,05
Шкала боли и судорог в ногах, баллы	6 [5; 8,25]	9 [7,75; 12]	<0,05
Шкала подъема по лестнице, баллы	7,5 [6; 8,25]	10 [8,75; 12]	<0,05

Таблица 8

Показатели СМЭКГ исходно и через 3 и 6 мес лечения

Показатель, за сутки	Исходно	Через 3 мес	Через 6 мес	p ₁	p ₂	p ₃
Средняя ЧСС/сут	71 [66; 79]	65 [61; 70]	65 [60; 70]	<0,05	<0,05	=0,4
Количество эпизодов депрессии ST	5 [3; 12]	1 [0; 3]	1 [0; 2]	<0,05	<0,05	=0,5
Общая длительность эпизодов депрессии ST, мин	14,7 [5,1; 40]	1,6 [0; 14]	0,1 [0; 8]	<0,05	<0,05	=0,18
Суммарный индекс ишемической нагрузки, мВ·мин	2,9 [0,7; 8,4]	0,4 [0; 2,6]	0,2 [0; 1]	<0,05	<0,05	=0,29

Примечание. Достоверность различий – см. примечание к табл. 4.

В ряде крупных исследований отмечена важность проведения у больных с мультифокальным атеросклеротическим поражением вторичной профилактики осложнений, в том числе назначение антигипертензивной терапии в полном объеме [12]. Очевидно, что используемые препараты не должны негативно влиять на периферическое артериальное русло или давать нежелательный метаболический эффект. Выбор лекарственных средств в нашем исследовании определялся этими критериями.

Амлодипин, являясь эффективным антигипертензивным препаратом, одновременно оказывает выраженное антиангинальное действие; есть также сведения о его способности замедлять прогрессирование атеросклероза [13]. Бисопролол как представитель группы селективных БАБ является одним из основных препаратов в лечении ИБС и, согласно современным представлениям, не ухудшает состояние больных с атеросклеротическим поражением АНК [2].

Использование комбинации амлодипина с бисопрололом может оказаться весьма эффективным и безопасным благодаря их синергической фармакологии и комбинаторной фармакокинетике, что подтверждается данными клинических исследований [14].

Лизиноприл – представитель группы ИАПФ. Этот препарат демонстрирует высокую эффективность в лечении АГ в различных возрастных группах [15]; в экспериментальных и клинических исследованиях показано его протективное воздействие на стенку артерии [16].

В настоящее время широко обсуждаются проблемы низкой приверженности лечению пациентов с высоким риском осложнений; вырабатываются мероприятия по их преодолению [17, 18]. Большую трудность представляют и мероприятия, направленные на мотивацию больных к изменению характера питания и об-

Конкор® АМ

Бисопролол + Амлодипин



Синергизм усилий в борьбе с артериальной гипертонией

- Контроль АД у 82,5% пациентов с артериальной гипертензией^{1*}
- 24-часовая эффективность при хорошем профиле переносимости¹
- Кардиопротекция за счет эффективного контроля АД и ЧСС¹⁻⁴
- Четыре дозировки – 5/5; 5/10; 10/5; 10/10 (бисопролол/амлодипин, мг)²

1. Rana R and Patil A. Indian Practitioner 2008;61:225-34. 2. Summary of Product Characteristics. 3. Cruickshank JM. Int J Cardiol 2007;120:10-27. 4. Palatini P et al. Drugs 2006;66:133-144.
* – после 4 недель терапии у пациентов с неэффективной предшествующей терапией

Конкор® АМ

Сокращенная информация по применению.

Лекарственная форма: таблетки Бисопролола фумарат + Амлодипин 5 мг/5 мг; 10 мг/5 мг; 5 мг/10 мг; 10 мг/10 мг.

Показания: Артериальная гипертензия: замещение терапии монокомпонентными препаратами амлодипина и бисопролола в тех же дозах.

Противопоказания: По комбинации амлодипин/бисопролол: повышенная чувствительность к амлодипину, другим производным дигидропиридина, бисопрололу и/или любому из вспомогательных веществ; выраженная артериальная гипотензия; шок; детский возраст до 18 лет.

Побочное действие: По амлодипину: головная боль, головокружение, сонливость, тошнота, боль в животе, ощущение сердцебиения, «приливы» крови к лицу, периферические отеки, повышенная утомляемость, отеки лодыжек. По бисопрололу: головная боль, головокружение, нарушение AV проводимости, брадикардия, усугубление симптомов течения ХСН, ощущение похолодания или онемения в конечностях, выраженное снижение АД, тошнота, рвота, диарея, запор.

Меры предосторожности: У пациентов с нарушением функции печени выведение амлодипина может быть замедлено. Для пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени и выраженными нарушениями функции почек (клиренс креатинина менее 20 мл/мин) максимальная суточная доза бисопролола составляет 10 мг. У пожилых пациентов осторожность требуется только при увеличении дозы. Прекращение лечения не должно быть внезапным. У пациентов с феохромоцитомой бисопролол должен назначаться только после блокады альфа-адренорецепторов. При бронхиальной астме или ХОБЛ показано одновременное применение бронходилатирующих средств. В период лечения препаратом необходимо соблюдать осторожность в управлении транспортными средствами и работе с технически сложными механизмами.

Способ применения и дозы: Таблетки для приема внутрь. Таблетки следует принимать утром, независимо от приема пищи, не разжевывая. Рекомендуемая суточная доза – 1 таблетка определенной дозировки в день. Подбор и титрацию дозы индивидуально для каждого пациента осуществляет врач.

Полную информацию о препарате смотрите, пожалуйста, в инструкции по применению. Информация для специалистов здравоохранения.

Дата выхода рекламы – январь 2013 г.

000 «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»:
119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1,
тел.: (495) 933 55 11, факс: (495) 502 16 25
www.nycomed.ru



на правах рекламы

раза жизни. В нашем исследовании, как и в ранее проведенных работах, продемонстрирована низкая приверженность лечению больных с высоким риском осложнений (при сочетанной патологии коронарных артерий и АНК на фоне АГ). Из отобранных в исследование больных, у которых с высокой долей вероятности был стенозирующий атеросклероз АНК (о чем свидетельствовал пониженный ЛППИ), только 13% согласились на участие в программе.

Очевидны трудности при проведении вторичной профилактики даже у пациентов, которые согласились сотрудничать с врачом. Нам удалось повлиять на 2 важных фактора риска: снизить АД до целевого уровня и у части больных понизить уровень ЛППИ. Мы также добились регулярного приема пациентами препаратов, но существенного изменения образа жизни больных не произошло.

По данным УЗДГ АНК, за 6 мес изменения оказались незначительными и могли быть связаны с возможностями метода.

Данные анкетирования WIQ продемонстрировали улучшение КЖ у большинства пациентов. Это подтверждается результатами теста с 6-минутной ходьбой. Важно, что, несмотря на более высокую физическую активность, количество приступов стенокардии уменьшилось, сократилось также количество эпизодов депрессии сегмента ST по данным СМЭКГ.

Таким образом, у больных АГ в сочетании с атеросклеротическим поражением АНК, которое часто сочетается с коронарным атеросклерозом, при использовании терапии бисопрололом, амлодипином и лизиноприлом удалось добиться снижения АД до целевого уровня у преобладающего числа больных. При этом отмечались улучшение КЖ (о чем свидетельствуют данные Опросника WIQ), увеличение ТФН. Это произошло за счет как регресса стенокардии, так и уменьшения другой симптоматики (одышка, сердцебиение), в том числе непосредственно связанной с поражением АНК (уменьшение проявлений перемежающейся хромоты и атипичных проявлений в виде слабости и судорог в ногах).

Положительное влияние антигипертензивной терапии на прогноз жизни у больных с клиническими проявлениями атеросклероза не вызывает сомнений. Учитывая низкую приверженность лечению больных этой группы, данные о хорошей переносимости препаратов и положительном влиянии на КЖ могут помочь врачу в повышении мотивации пациентов к длительному лечению в полном объеме.

Кроме того, как показало проведенное исследование, большинству пациентов с АГ и атеросклеротическим поражением АНК необходимо назначение большого количества лекарственных препаратов: антиагрегантов, статинов, комбинированной (зачастую 3-компонентной) антигипертензивной терапии. В связи с этим назначение фиксированных лекарственных комбинаций упростит понимание больным схемы лечения и уменьшит количество принимаемых ежедневно таблеток, что особенно важно у больных данной категории. В настоящее время доступна новая фиксированная комбинация бисопролола и амлодипина — Конкор АМ. Применение данного препарата у пациентов с АГ и ХОЗАНК может повысить эффективность антигипертензивной терапии и приверженность пациентов лечению.

Литература

- Бузиашвили Ю.И. Диагностика и лечение мультифокального атеросклероза. Лекции по кардиологии. Под ред. Л.А. Бокерия, Е.З. Голуховой. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — 2001; 2: 142–61.
- ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases // *Eur. Heart J.* — 2011; 32: 2851–906.
- Nehler M.R., McDermott M.M., Treat-Jacobson D. et al. Functional outcomes and quality of life in peripheral arterial disease: current status // *Vasc. Med.* — 2003; 8 (2): 115–26.
- Hiatt W.R., Nawaz D., Regensteiner J.G. et al. The evaluation of exercise performance in patients with peripheral vascular disease // *J. Cardiopulm. Rehabil.* — 1988; 12: 525–32.
- Saskia P.A. et al. The walking impairment questionnaire: An effective tool to assess the effect of treatment in patients with intermittent claudication // *J. Vasc. Surg.* — 2009; 50 (1): 89–94.
- Ikedo Shun'Ya. Development of the Japanese Version of Walking Impairment Questionnaire (WIQ) // *J. Japan. College of Angiol.* — 2005; 45 (4): 233–40.
- Collins T.C., Suarez-Almazor M., Petersen N.J. et al. A Spanish translation of the Walking Impairment Questionnaire was validated for patients with peripheral arterial disease // *J. Clin. Epidemiol.* — 2004; 57 (12): 1305–15.
- Jie Wang. Validation of the Chinese version of the Walking Impairment Questionnaire in patients with both peripheral arterial disease and type 2 diabetes mellitus // *Diabet. Vasc. Dis. Res.* — 2011; 8 (1): 29–34.
- Hiatt W.R. et al. Propionyl-L-carnitine improves exercise performance and functional status in patients with claudication // *Am. J. Med.* — 2001; 110 (8): 616–22.
- Pogoz A.H., Балахонова Т.В., Чихладзе Н.М. Методы определения лодыжечно-плечевого индекса систолического давления при массовых обследованиях // *Consilium Medicum.* — 2009; 11 (10): 66–71.
- Regensteiner J.F., Steiner J.F., Hiatt W.R. Exercise training improves functional status in patients with peripheral arterial disease // *J. Vasc. Surg.* — 1996; 23: 104–15.
- Dilie M., Mlaco A. et al. Arterial hypertension as a risk factor multifocal atherosclerosis // *Med. Arh.* — 2002; 56 (2): 93–6.
- Pitt B., Byington R.P., Furberg C.D. et al. Effect of amlodipine on the progression of atherosclerosis and the occurrence of clinical events // *Circulation.* — 2000; 102: 1503–10.
- Rana R., Patil A. Efficacy and safety of bisoprolol plus amlodipine fixed dose combination in essential hypertension // *Ind. Pract.* — 2008; 61 (4): 225–34.
- Black HR., Davis B, Barzilay J. et al. Metabolic and Clinical Outcomes in Nondiabetic Individuals With the Metabolic Syndrome Assigned to Chlorthalidone, Amlodipine, or Lisinopril as Initial Treatment for Hypertension: A report from the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // *Diabet. Care.* — 2008; 31: 353–60.
- Brilla C.G., Funck R.C., Rupp H. Lisinopril-Mediated Regression of Myocardial Fibrosis in Patients With Hypertensive Heart Disease // *Circulation.* — 2000; 102: 1388–93.
- Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? // *Сердечн. недостаточность.* — 2011; 12 (4): 238–43.
- Benson J., Britten N. Keep taking the tablets // *BMJ.* — 2003; 326: 1314–7.

QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS AND SECONDARY PREVENTION OF COMPLICATIONS

A. Karlov; N. Karlova, Candidate of Medical Sciences; **E. Zolozova**, Candidate of Medical Sciences; **E. Sayutina**, Candidate of Medical Sciences; **V. Chigineva**, Candidate of Medical Sciences
Russian Medical Academy of Postgraduate Education

The paper discusses the impact of antihypertensive therapy that not only effectively lowers blood pressure to the target level, but also improves quality of life (QoL) and exercise tolerance on QoL in patients with arterial hypertension concurrent with atherosclerotic lesions of lower extremity and coronary arteries.

Key words: arterial hypertension, multifocal atherosclerosis, coronary heart disease, chronic obliterating diseases of lower extremity arteries, amlodipine, bisoprolol, lisinopril, quality of life.