

5. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 57-67.
6. Сабанов В.И. Делопроизводство в учреждениях здравоохранения: учебное пособие/ В.И. Сабанов, Т.В. Мульганова, Н.П. Багметов. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – 224 с.
7. Хабриев Р.У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р. У. Хабриев, А. С. Юрьев, А. Л. Верткин, Е. Л. Никонов // Неотложная терапия.— 2005.— № 3–4 (22–23).
8. Хабриев Р.У. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) / Р. У. Хабриев, П. А. Воробьев, А. С. Юрьев, Е. Л. Никонов, М. В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении.—М., 2005.— № 10. – С.12-15.
9. Ершова Е.В. Система управления качеством оказания скорой медицинской помощи / Е.В.Ершова, А.П. Фролеиков // Врач скорой помощи. – М. – 2010. - №10. – С.6-9.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОКС

*Ибрагимов М.С., Андреев А.Н., Ходыкина Л.П., Минин В.В., Козлов П.А.
ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ Кафедра внутренних болезней №2*

В настоящее время накоплено большое количество материала о возможности применения β-адреноблокаторов (βАБ) при остром коронарном синдроме (ОКС). βАБ назначаются больным с ОКС для блока β-адренорецепторов (основной фармакологический эффект), с целью профилактики токсического действия катехоламинов (подавление β-адренергического апоптоза кардиомиоцитов, торможение атеросклероза, снижения механического напряжения в атеросклеротической бляшке и др.), и кроме того, с целью получения т.н. плейотропных свойств βАБ (таких как антиокислительное свойство, торможение пролиферации гладкомышечной

сосудистой стенки, потенцирования синтеза оксида азота, снижение АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов).

Все исследователи, изучавшие эффективность βАБ у больных с ОИМ (ОКС) и авторитетные медицинские организации (ЕОК, АКК, ВНОК) рекомендуют индивидуальный подбор доз βАБ в каждом конкретном случае, учитывая основной принцип - соотношение пользы и риска от данного вида терапии.

Результаты двух крупных исследований говорят о нецелесообразности широкого применения внутривенного способа введения βАБ у некоторых категорий больных.

В исследовании COMMIT было доказано, что пациентам с ОКС и высоким риском развития кардиогенного шока внутривенное ведение метапролола противопоказано. Согласно результатам исследования CUSTO I - не рекомендуется рутинное назначение внутривенное введение βАБ у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМПST), особенно при проведение тромболитической терапии (ТЛТ) или первичной чрескожной коронарной ангиопластики (ЧКАП). После исследования COMMIT ряд авторов выдвинули несколько версий о возможной причине более частого развития кардиогенного шока (КШ) у больных получивших внутривенно βАБ, по сравнению с плацебо. Первое предположение было связано с тем, что большинство пациентов участвовавших в исследовании были из азиатских стран. Особенность этой категории больных заключается в том, что у них имеется дефект аллелей гена CYP2D, что может привести к более выраженному ответу на применение препаратов стимулирующих активность симпатической нервной системы, в частности βАБ. По мнению других авторов, увеличение числа случаев КШ было связано с применением внутривенного пути введения βАБ у больных с умеренной или средне выраженной СН, т.е. ОЧН 2-3 по Киллипу, которым данная группа препаратов (или их раннее назначение) противопоказано. Кроме того, вероятно не были учтены особенности индивидуализации дозы βАБ при

достижении целевого уровня гемодинамики и клинических показателей улучшения состояния пациента. Подчеркнем, что развитие КШ у больных с ОКС в этом исследовании наблюдалось в первые 24-48 часов после начала терапии внутривенным βАБ.

Из всех βАБ у больных с ОКС хорошо изучены такие препараты как атенолол, метопролол, карведилол, эсмолол, небиволол, пропранолол. Практически все исследования доказывают, что корректное применение βАБ приводит к снижению смертности, числа рецидивов ИМ, частоты возникновения фибрилляции желудочков, снижение интенсивности болевого синдрома.

В исследовании проведенном С.Н. Терешенко и соавторами подтверждена эффективность назначения внутривенного эсмолола у больных с ОИМ, осложненным острой сердечной недостаточностью (ОСН) 1-2 по Киллипу. Кроме того изучена динамика уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) на фоне проведенной терапии: не получено достоверных различий по сравнению с плацебо (мы не нашли других исследований посвященных прицельно изучению уровня МНП у больных с ОКС получавших внутривенно βАБ).

Ранее MOOS А. и с соавторами было проведено исследование, где относительно успешным было применение эсмолола при ОИМ у пациентов имеющих противопоказание к применению βАБ. (которые в отличие от эсмолола не обладают ультра коротким эффектом).

В настоящее время βАБ начиная с их внутривенной формы введения показаны всем больным с ОКСБПСТ с высоким риском развития сердечно сосудистых событий (ССС) при отсутствии противопоказаний. Особенно внутривенные βАБ следует назначать при сохраненной боли в грудной клетки после терапии наркотическими анальгетиками, повышенном АД, тахикардии. АКК рекомендует внутривенное введение βАБ только при наличии артериальной гипертензии (САД > 140-150 мм рт.ст.) и при отсутствии риска развития КШ (САД <120 мм рт.ст., ЧСС > 120, пониженной

фракции выброса, ОСН 2-3 по Киллипу). ВНОК рекомендует βАБ при ОКС/ПСТ всем при отсутствии противопоказаний, начиная с внутривенного их введения.

На сегодняшний день остаются некоторые нерешенные **вопросы** о возможности, как внутривенного введения, так и сочетанного применения внутривенных и пероральных форм βАБ:

- 1) Что представляется более целесообразным (в зависимости от состояния гемодинамики): внутривенное капельное или внутривенное струйное введение βАБ? При нестабильности гемодинамики (без признаков ОСН), применение βАБ может ли сопровождаться его благоприятными эффектами не гемодинамического характера? В данном случае медленное введение может ли быть предпочтительным, чем струйное введение?;
- 2) Если достигнуто значимое снижение АД, ЧСС и интенсивности болевого синдрома (т.н. гемодинамический и клинический «покой») после первой и/или второй дозы βАБ (в частности метопролола, эсмолола) обязательно ли введение третьей дозы?;
- 3) Недостаточное количество работ посвящено изучению динамики уровня МНП (значения которого непосредственно коррелируют с механической насосной функцией миокарда) у больных получавших внутривенно βАБ в составе комплексной терапии ОКС;
- 4) Дискуссионной представляется тактика лечения при возникновении побочных эффектов βАБ. Какой альтернативный путь возможен при наличии противопоказаний к βАБ у больных с ОКС?

ВЛИЯНИЕ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

*Ибрагимов М.С., Анореев А.Н., Ходыкина Л.П., Тунис А.В., Минин В.В.,
Козлов П.А., Милашенко А.И.*