

В структуре ассортимента лекарственных средств доля изготавливаемых аптекой составляет для физиотерапевтического отделения и лабораторий – 90%, поликлинического отделения – 20%, хирургического отделения – 4%, гинекологического и терапевтического отделений – 0,1%.

К наиболее часто встречающимся прописям относятся: раствор перекиси водорода 3%, уксусной кислоты 1%, хлоргексидина биглюконата 0,05%, Р-р натрия хлорида 10%, фурацилина 0,02%, хлоргексидина биглюконата 0,05%, перекиси водорода 3%, 4%, 6%, 27,5%, 30%, 33%, хлорамина 2%. Глюкоза 75,0г (порошки), Р-р натрия хлорида 0,9%, 3%, р-р уксусной кислоты 3%, вода очищенная стер, р-р натрия бромиды 2%, р-р магния сульфата 2%, раствор калия йодида 2%, р-р новокаина 2%.

Готовые лекарственные препараты не могут полностью заменить экстенпоральные лекарственные средства, т.к. ряду экстенпоральных ЛС нет аналогов среди препаратов промышленного производства (р-р натрия хлорида 10%, хлоргексидина биглюконата 0,05%, хлорамина 2%), часть пациентов нуждается в индивидуальном лечебном подходе, тогда как состав и дозировка ГЛС рассчитаны на «усредненного» больно.

Вывод. Анализ показал, что фактическая стоимость экстенпоральных препаратов гораздо ниже стоимости ЛС заводского изготовления. Расчет стоимости экстенпорально изготовленной лекарственной формы в аптеке показал, что она в несколько раз дешевле заводского изготовления. Это позволяет сэкономить аптеке значительные средства, что в современных условиях имеет большое значение.

Оценка кардиопротективных свойств валсартана и небиволола при лечении впервые выявленной артериальной гипертензии.

Поддубная А.В.¹, Хурс Е.М.*

УГМА

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) в экономически развитых странах относится к числу наиболее распространенных хронических

неинфекционных заболеваний среди взрослого. Достижение целевых цифр АД при АГ не является единственной целью лечения. Успешность профилактики сердечно-сосудистых осложнений также осуществляется через органопroteкцию. Развитие поражения органов-мишеней при АГ реализуется через активацию тканевого звена ренин-ангиотензин альдостероновой системы (РААС). Следовательно, блокада РААС является одним из ключевых звеньев в патогенетической терапии АГ. Блокатор ангиотензина (АТ) II валсартан зарекомендовал себя как один из наиболее изученных представителей группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II (АРА II). В клинических исследованиях показано положительное влияние валсартана на уменьшение ГЛЖ, МАУ и улучшение эндотелиальной функции [1, 2]. Наряду с нарушением нейрогормональных взаимосвязей в РААС центральную роль в патогенезе АГ играет повышение тонуса симпатической нервной системы [3]. Одним из наиболее ранних классов препаратов, использующихся для лечения АГ являются бета-адреноблокаторы (БАБ). Эффективность лечения АГ данной группой препаратов основывается на блокаде периферических β -рецепторов и снижении общего периферического сопротивления сосудов, уменьшении сердечного выброса и снижении уровня ренина. Высокоселективные БАБ III поколения небиволол лишен побочных эффектов в отношении углеводного и липидного обмена, которые свойственны БАБ предыдущих поколений, и зарекомендовал себя как эффективный антигипертензивный препарат с вазодилатирующим эффектом. Наличие в арсенале врача большого выбора лекарственных средств может поставить в тупик. Клинических исследований по сравнению данных групп препаратов очень мало. Какой же группе препаратов отдать предпочтение?

Цель исследования: оценить кардиопротективные свойства валсартана (Диован, Новартис, Швейцария) и небиволола (Небилет, Берлин-Хеми) у пациентов со впервые выявленной эссенциальной АГ.

Материалы и методы. В двойное открытое проспективное исследование было включено 98 больных (42 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 32 до 59 лет

со впервые выявленной эссенциальной АГ. Пациенты были поделены на 2 группы: группе 1 (n=36) назначался валсартан в дозе 40-160 мг/сут, группе 2 (n=62) назначался небиволол в дозе 5-10 мг/сут. Оценивали изменения АД, структурно-геометрических характеристик и параметров ремоделирования сердца по данным ЭХО-КГ. Исходно, через 3 и 12 месяцев всем пациентам проводилась трансторакальная ЭХОКГ (на аппарате «Аюка 4000», Япония) по стандартному протоколу в соответствии с рекомендациями Европейского общества специалистов по ЭХОКГ [4]. По ранее описанной методике рассчитывались ММЛЖ и ее индексы (ММЛЖ индексированная к площади поверхности тела - ИММЛЖ; ММЛЖ индексированная к росту^{2,7} - ИММЛЖ/р^{2,7}), относительная толщина стенки (ОТС), индексированные объемы ЛЖ (КДОИ, КСОИ, УОИ), систолический (МСс) и диастолический (МСд) миокардиальный стресс, индекс сферичности в систолу (ИСс) и в диастолу (ИСд), интегральные индексы ремоделирования (ИСИР и ИДИР), конечно-диастолическое давление (КДД) и напряжение стенки ЛЖ (КДНС). Также рассчитывались показатели, характеризующие адекватность систолической функции при данной геометрии ЛЖ (ФВ/МСс и ФВ/МСд) и степень участия дилатации полости ЛЖ в процессе компенсации при прогрессировании (ХСН МСс/КСОИ и МСд/КДОИ). Диастолическая функция оценивалась согласно рекомендациям Американского общества специалистов по ЭХОКГ [4].

Результаты и их обсуждение. Исходное состояние обследованных групп значимо не различалось. Через 3 мес терапии в обеих группах были достигнуты целевые цифры АД. Статистически значимых отличий в структурно-геометрических показателях работы сердца через 3 мес терапии у групп не было. В группе 1 (терапия валсартаном) отмечалась тенденция к нормализации ИСс (0,45 (0,38; 0,52) ед. в группе 1 и 0,5 (0,47; 0,62) ед. в группе 2, p=0,06). Однако через 12 мес терапии были отмечены достоверные отличия в группах лечения. В группе 1 отмечалось статистически значимое снижение МСс (109,83 (101,23; 113,54) дин/см² в группе 1, 116,78 (103,64; 125,49) дин/см² в группе 2, p=0,04), что привело к уменьшению показателя стресс-объем (МСс/КСОИ 4,86

(4,23; 5,32) ед. в группе 1 и 6,12 (5,66; 7,09) ед. в группе 2, $p=0,003$) и увеличению показателя, отражающего адекватность систолической функции нагрузке – ФВ/МСс составил 0,65 (0,53; 0,77) ед. в группе 1 и 0,59 (0,41; 0,63) ед. в группе 2, $p=0,04$. В группе лечения небивололом через 12 мес отмечено достоверно более низкая ОТС ($0,37\pm 0,03$ ед. в группе 1, $0,34\pm 0,05$ ед. в группе 2, $p=0,01$) и ИММЛЖ/рост^{2,7}, который составил 50,11 (44,37; 58,65) г/м^{2,7} в группе 1 и 42,93 (37,54; 51,43) г/м^{2,7} в группе 2, $p=0,01$.

Выводы. Таким образом, в группах лечения, исходно сопоставимых по клинико-демографическим показателям, через год терапии основным отличием явился более выраженный антиремоделирующий эффект валсартана, который проявлялся уменьшением систолического миокардиального стресса с последующей оптимизацией систолической функции. Не смотря на то, что ММЛЖ и ИММЛЖ нормализовались в обеих группах лечения, статистические отличия появились при индексации ММЛЖ к росту^{2,7} – было выявлено, что при лечении небивололом ИММЛЖ/рост^{2,7} был достоверно ниже, чем в группе валсартана. Известно, что обе группы препаратов обладают кардиопротективными свойствами и в одинаково вызывают уменьшение ГЛЖ. В исследовании LIFE было выявлено, что АРА оказались эффективнее в плане первичной профилактики инсульта по сравнению с бета-блокатором атенололом. Возможно, что дополнительный антиремоделирующий эффект валсартана, связанный с улучшением систолической функции, является определяющим в плане снижения сердечно-сосудистого риска.

Список литературы

1. Dahlof B. Effect of angiotensin II blockade on cardiac hypertrophy and remodelling: a review. *J Hum Hypertens* 1995 Nov; 9 Suppl. 5: 37-44.
2. Benz J, Oshrain C, Henry D, et al. Valsartan, a new angiotensin II receptor antagonist: a double-blind study comparing the incidence of cough with lisinopril and hydrochlorothiazide. *J Clin Phannacol* 1997; 37: 101-7

3. Шляхто Е.В. Причины и последствия активации симпатической нервной системы при артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия 2003;3:81-88.
4. Lang R.M., Bierig M., Devereux R.B. et al. Recommendations for chamber quantification. Guidelines. Eur J Echocardiography 2006; 7: 79-108.
5. Nagueh S.F., Appleton C.P., Gillebert T.C. et al. Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography. Journal of the American Society of Echocardiography. 2009; 22 (2): 107 – 133.

Влияние флувастатина на ремоделирование сердца при артериальной гипертензии в сочетании с дислипидемией

Хурс Е.М.*, Поддубная А.В.¹

Актуальность. Дислипидемия (ДЛ) является одним из ведущих факторов риска развития ИБС и сердечно-сосудистых осложнений. У половины больных с артериальной гипертензией (АГ) наблюдаются нарушения липидного обмена – гиперхолестеринемия и сниженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). С появлением ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим-А редуктазы (статинов) обширно изучаются эффекты последних в отношении профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска. Достаточно хорошо изучены эффекты статинов при ИБС, ИМ и ОКС в отношении первичных конечных точек (повторный ИМ или летальный исход). Дискуссионной темой по-прежнему остаются плейотропные эффекты статинов, например их противовоспалительный эффект (исследование POSCH 1 [1]). Однако имеется мало работ по освещению других эффектов статинов, например – антиремоделирующих. В исследовании BRAVER [2] продемонстрировано недостоверное увеличение эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии, а в исследовании RECIFE [3] помимо достоверного снижения ОХС и ЛПНП было доказано увеличение поток-зависимой дилатации плечевой артерии. Вероятнее всего, обо всех плейотропных эффектах статинов на сегодняшний день нам еще не известно.