

2. Терапия акластой имеет высокую эффективность, превосходящую другие препараты, применяемые для лечения остеопороза.
3. Женщины с остеопорозом в менопаузе, не получавшие ранее ГЗТ, хуже отвечают на лечение Акластой, чем те, которые предварительно принимали ГЗТ.
4. Длительная терапия акластой позволяет поддерживать постоянный уровень значений минеральной плотности кости как у мужчин, так и у женщин с переломами в анамнезе.

AKLASTA EFFICIENCY IN OSTEOPOROSIS TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS RISK FACTORS.

O.Smolenskaya, S. Smolina, D. Zenin.

It was examine zoledronic acid influents on different kinds of osteoporosis. Osteoporosis diagnostic based on computer densitometria with Somaton Sensation 16 (Siemens). The results of osteoporosis treatment were analise in 142 patients. Aklasta efficiency was higher then other methods of osteoporosis treatment. Aklasta efficiency was higher in menopausal women with hormone substitution therapy then without it. The long aklasta therapy supports the constant level of mineral bone density both in men and women with bone fracture in anamnesis.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Смоленская О.Г.

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России

Не смотря на большие успехи в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями ишемический инсульт остается важной проблемой в связи с широким распространением среди населения и неудовлетворительными результатами лечения. Инсульт значительно повышает смертность от сердечно-сосудистой патологии: во всем мире ежегодно инсульт развивается более чем у 15 миллионов человек, 5 миллионов из которых погибает, что выводит проблему на второе место в структуре смертности во всем мире. В США инсульт развивается приблизительно у 795,000 человек, данные 2006 года говорят о том, что инсульт является причиной каждой восемнадцатой смерти. Во всем мире из 10 миллионов выживших после перенесенного инсульта, многие остаются длительно и тяжело инвалидизированными, что делает инсульт ведущей причиной инвалидности: инвалидизация после инсульта может затрагивать как соматическое, так и психическое состояние больных. К таким нарушениям относят параличи, боль, речевые, мнестическо-интеллектуальные и эмоциональные расстройства.

Заболеемость инсультом во многих развитых странах снижается (в основном, из-за лучшего контроля артериальной гипертензии и борьбы с курением), однако абсолютное количество инсультов продолжает расти из-за увеличения продолжительности жизни.

Риск ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий увеличен в 5 раз. Это подтверждается результатами Фрамингемского исследования, в котором у 5070 людей за 34 года наблюдения появились различные сердечно-сосудистые заболевания. 2-х годичный риск развития инсульта у тех, кто имел фибрилляцию предсердий был в 4,8 раза выше по сравнению с больными с синусовым ритмом ($p < 0,001$).

В последнее десятилетие хорошо изучены и факторы риска, увеличивающие вероятность развития инсульта при фибрилляции предсердий. К ним относятся перенесенный инсульт или ТИА, пожилой возраст, артериальная гипертензия, дисфункция левого желудочка, сахарный диабет, женский пол, сосудистое заболевание. Удельный вес этих факторов в относительном риске различный, наиболее значимыми являются перенесенный инсульт или ТИА, дисфункция левого желудочка и женский пол (таблица 1).

Таблица 1.

Факторы риска развития инсульта при фибрилляции предсердий

Дополнительные факторы риска	Относительный риск
Перенесенный инсульт или ТИА	2.5 (95% ДИ 1.8–3.5)
Пожилкой возраст	1.5 (95% ДИ 1.3–1.7)
Артериальная гипертензия	2.0 (95% ДИ 1.6–2.5)
Дисфункция левого желудочка	2.5 (95% ДИ 1.5–4.4)
Сахарный диабет	1.7 (95% ДИ 1.4–2.0)
Женский пол	2.5 (95% ДИ 1.3 – 2.6)
Сосудистое заболевание	2.3 (95% ДИ 1.2 – 2.5)

В конце 90-ых годов была предложена шкала стратификации риска инсульта при фибрилляции предсердий CHADS2. Согласно ей хроническая сердечная недостаточность(CHF) оценивалась в +1балл, артериальная гипертензия (Hypertension) в +1балл, возраст более 75 лет (Age >75) +1, сахарный диабет (Diabetes mellitus) +1, перенесенный инсульт или ТИА (Prior Stroke or TIA) +2. 1 или 2 балла назначаются при наличии соответствующего фактора риска из вышеприведенного списка, максимальный риск составляет 6 баллов. Риск развития инсульта – низкий, средний или высокий – определяется суммарным баллом. Шкала CHADS2 не учитывает все возможные факторы риска, что может приводить к его недооценке, так как женский пол, возраст от 65 до 74 лет и такие сопутствующие заболевания как инфаркт миокарда, заболевания периферических сосудов и атеросклероз аорты имеют большое значение. В соответствии с риском были предложены рекомендации по тактике ведения данного контингента больных. При низком риске (0 баллов) рекомендовалось наблюдение или аспирин 75–325 мг 1 р/сут, при среднем (1 балл) - аспирин 75–325 мг 1 р/сут или АВК до МНО 2,0-3,0, при высоком риске (≥2балла) - АВК до МНО 2,0-3,0.

К 2010 году была сформулирована модифицированная шкала CHA2DS2-VASc – уточненный вариант шкалы CHADS2. В ней учитываются такие факторы риска, как возраст 65–74 лет, женский пол и перенесенные заболевания. Согласно шкале CHA2DS2-VASc Застойная сердечная недостаточность/ дисфункция левого желудочка оценивается в 1 балл, артериальная гипертензия 1 балл, возраст ≥75 лет 2 балла, сахарный диабет 1 балл, инсульт/ТИА/тромбозмобилиа в анамнезе 2 балла, сосудистое заболевание (инфаркт миокарда, атеросклероз аорты, периферических артерий) 1 балл, возраст 65–74 лет 1 балл, женский пол 1 балл.

По рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов, 2010 год выделяют большие факторы риска (инсульт, ТИА или системная эмболия в анамнезе и возраст ≥ 75 лет) и клинически значимые небольшие факторы риска (сердечная недостаточность или умеренная или тяжелая систолическая дисфункция левого желудочка (например, ФВ ЛЖ < 40%), артериальная гипертензия, сахарный диабет, женский пол, возраст 65–74 лет, заболевания сосудов). ОАК (но не АВК) предпочтительны для всех пациентов с наличием как минимум одного фактора риска шкалы CHA2DS2-VASc. В рекомендациях указано, что вне зависимости от того, какая стратегия лечения фибрилляции предсердий будет выбрана (контроль ритма или частоты), ключевой позицией остается профилактика тромбозмобилических событий. Эти рекомендации стали возможны в связи с появлением новых генераций оральных антикоагулянтов (ОАК) с принципиально иным механизмом действия.

Характеристика идеального антикоагулянта для применения внутрь включает следующие требования: очевидная эффективность, подтвержденная результатами крупных исследований, низкая частота побочных реакций, широкое терапевтическое окно, быстрое начало действия, минимальное взаимодействие с пищей и лекарственными средствами, короткий период полувыведения, что позволит быстро отменить препарат при возникновении кровотечения, обратимое действие, доступность в клинической практике. Для профилактики ВТЭ существует несколько хорошо зарекомендовавших себя фармакологических средств, однако все они не лишены недостатков, которые отодвигают их от идеала. Так классический представитель АВК варфарин имеет малую широту терапевтического действия (МНО 2–3), что требует регулярного контроля коагуляции и коррекции дозы, а невозможность поддержания терапевтической дозы повышает риск инсульта или геморрагических осложнений. Для варфарина характерна значительная вариабельность эффекта у разных пациентов и у одного больного из-за многочисленных взаимодействий с пищей и сопутствующими препаратами, мало предсказуемая фармакокинетика при коморбидных состояниях. Нежелание врачей выписывать АВК особенно пожилым пациентам, обусловлено плохим соотношением риска кровотечения и ожидаемой пользы и опасением внутричерепного кровоизлияния как наиболее опасного геморрагического осложнения.

В последние годы в клиническую практику входят 2 новых группы ОАК: прямой ингибиторы тромбина Дабигатран и прямые ингибиторы фактора Ха – Ривароксабан, Аликсабан, Эдоксабан. Все препараты прошли ряд клинических исследований в контрольной группе применялся варфарин, кроме исследования AVERROES, в котором аликсабан сравнивали с ацетилсалициловой кислотой у больных с невозможностью применения АВК. Пренумерация новых оральных антикоагулянтов заключается в их Упрощенном режиме дозирования, отсутствии диетических ограничений, предсказуемой антикоагуляции, отсутствии необходимости рутинного контроля коагуляции. Препараты можно применять в фиксированных дозах, для них свойственно небольшое количество взаимодействий с другими препаратами и пищей, точка приложения ограничена одним фактором свертывания. В связи с этим препараты меньше влияют на привычный уклад жизни пациента, лучше комплаенс, меньше административных затрат, выше качества жизни, эффективность и безопасность.

Самым крупным исследованием применения ривароксабана против варфарина у 14269 больных было исследование ROCKET – AF. Критериями включения являлся неклапанная фибрилляция предсердий *плюс* инсульт, ТИА или системная эмболия вне ЦНС в анамнезе или ≥ 2 из следующих факторов риска инсульта (сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, возраст ≥ 75 лет, сахарный диабет). Продолжительность терапии у всех пациентов была различной, поскольку исследование было ограничено развитием событий. Исследование продолжалось около 42 месяцев. Ривароксабан назначали в дозе 20 мг однократно в сутки, варфарин – до достижения МНО 2,5 (2–3). Первичная конечная точка эффективности – комбинированная: все случаи инсульта + системная эмболия вне ЦНС. Основная конечная точка безопасности – комбинированная: большое и клинически значимое небольшое кровотечение. Относительный риск развития инсульта и системных тромбоэмболий на фоне приема ривароксабана снизился по сравнению с варфарином на 21% (ОР 0,79 (0,66 – 0,96) $p < 0,001$). Достоверно уменьшилась на фоне ривароксабана частота сосудистой смерти, инсульта и эмболии, ОР 0,86 (0,74 – 0,99), $p = 0,034$. Достоверно снизились также тяжелые осложнения как геморрагический инсульт, ОР 0,59 (0,37–0,93), $p = 0,024$ и внемозговая эмболия, ОР 0,23 (0,09 – 0,61), $p = 0,003$. По первичным критериям безопасности уменьшилась вероятность критических кровотечений, ОР 0,69 (0,53 – 0,91), $p = 0,007$, смертельных кровотечений, ОР 0,50 (0,31 – 0,79), $p = 0,003$ и внутричерепных кровоизлияний, ОР 0,67 (0,47 – 0,94), $p = 0,019$. Таким образом, Ривароксабан показал не меньшую эффективность чем варфарин как средство профилактики инсульта и внемозговой эмболии. Он эффективнее варфарина у пациентов, соблюдающих назначение

и принимающих препарат и не хуже варфарина в популяции («в соответствии с назначенным лечением», но не достиг критерия «превосходит»). По безопасности: частота кровотечений и побочных эффектов в группах не различалась, на фоне приема Ривароксабана отмечено уменьшение количества инсультов и фатальных кровотечений.

Заключение

Ривароксабан – доказанная альтернатива варфарину у пациентов с фибрилляцией предсердий и риском инсульта от умеренного до высокого.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ

Федотова Л.В., Андреев А.Н., Коновалов В.И.
ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России

Вопросы диагностики и лечения больных с гиперпластическими заболеваниями гениталий продолжают оставаться одной из наиболее сложных и до конца нерешенных проблем современной гинекологии. Актуальность проблемы обусловлена еще и тем, что частота возникновения данной патологии неуклонно растет в последние годы [1]. Кроме основных клинических проявлений, таких, как болевой синдром (альгоменорей, диспареуния, боли в области таза), нарушение генеративной функции, расстройства функционирования соседних органов, менометроррагия и связанная с ней анемия, у данной категории больных выявляются нейро-вегетативный, психо-эмоциональный и обменно-эндокринный симптомокомплексы. Функциональные расстройства с преимущественно соматоформными проявлениями часто сочетаются как с соматической патологией, так и с психопатологическими симптомокомплексами, которые являются весьма разнообразными и могут распространяться на большинство систем организма [2]. Оперативные вмешательства у пациенток гинекологических стационаров, как известно, сопровождаются не только значительной хирургической травмой, но и снижением качества жизни. А качество жизни – понятие, важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, т.к. конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека [3].

Материалы и методы исследования

Проведено рандомизированное, клиническое, открытое, контролируемое исследование, в котором принимали участие 60 женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими заболеваниями гениталий. Больные разделены на 2 группы по 30 человек: пациенткам 1 группы терапия проводилась бусерелином (агонист гонадотропин-рилизинг гормонов (А-ГнРГ)), пациенткам 2 группы был назначен дидрогестерон (дюфастон) (прогестаген). Третью (контрольную) группу составили 30 гинекологически здоровых женщин. Исследование проводилось на базе гинекологических отделений МУ ЦГКБ № 6 и № 24 г. Екатеринбурга. Критериями включения в 1 и 2 группы являлись: репродуктивный возрастной период пациенток, информированность больных о проводимом исследовании, свободное владение устным и письменным русским языком, наличие диагностированной гинекологической патологии, гистологически подтвержденный диагноз. К критериям исключения из исследования относились следующие: несоответствие критериям включения, беременность и период лактации, эндокринопатии негинекологической этиологии (в том числе, сахарный диабет), наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, тяжесть состояния которой не позволяет провести исследования.

Всем пациенткам был проведен комплекс традиционных физических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Для оценки качества жизни выполнено исследование с применением опросника MOS SF-36. Длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру выполнялось устройством Meditech card(X)plore, серийный номер СТ 00000100 (Венгрия) (Программа Cardio Visions 1.12.4).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Microsoft Excel и Statistika 6.0, SPSS 12 для Windows (ознакомительная версия). При