

## В номере

### актуальная тема

Гендлин Г., Борисов С., Мелехов А. и др.  
**Современные антикоагулянты в профилактике  
развития инсульта у пациентов с фибрилляцией  
предсердий** 2

Сулимов В., Мороз Е.

**Резистентность к антитромбоцитарным препара-  
там у пациентов перед элективным стенти-  
рованием коронарных артерий** 8

Синопальников А., Романовских А.

**Рекомендации по ведению взрослых пациентов с  
инфекциями нижних дыхательных путей** 11

### новое в медицине

Сусеков А.

**Коррекция липидных нарушений у больных  
сахарным диабетом типа 2 в соответствии  
с современными международными стандартами и  
рекомендациями** 19

### лекция

Струтынский А., Баранова А., Бородин С. и др.

**Вегетативная регуляция функций сердечно-  
сосудистой системы при гипертоническом  
кризе и остром мозговом инсульте** 23

Тихомирова И.

**Синдром нарушения носового дыхания у детей:  
диагностика и выбор лечебной тактики** 26

Баринов А.

**Тоннельные невралгии: обоснование  
патогенетической терапии** 31

### фармакология

Шишкова В.

**Баланс метаболической нейтральности и  
эффективности антигипертензивной терапии** 37

Дупляков Д., Горбачева О., Головина Г.

**Лечение синдрома постуральной ортостатиче-  
ской тахикардии и неадекватной синусовой  
тахикардии** 42

Струтынский А., Каракин А., Баранова А. и др.

**Длительная терапия моксонидином больных  
артериальной гипертензией и абдоминальным  
ожирением** 46

Добмейер Т.

**Актуальность и опыт более чем 40-летнего  
применения диметиндена малеата** 51

Соколов С.

**Аллапинин® и современные подходы к лечению  
нарушений ритма сердца** 55

Левин Я., Магомедова К.

**Фармакологическое пособие при инсомнии** 60  
М. Шаров, О. Фищенко, Шестель Е.

**Применение пролонгированной формы анти-  
конвульсантов в период экзacerbации триге-  
минальной невралгии** 65

Путилина М.

**Комбинированная нейропротекторная терапия  
при цереброваскулярных заболеваниях** 69

Колина И.

**Место комбинированных антигипертензивных  
препаратов в нефропротективной терапии** 73

Минаков Э., Астахова М.

**Влияние триметазидина на ремоделирование  
левого желудочка при Q-инфаркте миокарда  
на фоне сахарного диабета** 77

Бадочкин В.

**Значение локальной терапии НПВП  
в клинической практике** 81

Григорьева И., Сергеев А., Манина И. и др.

**Имунопатология и биохимические основы  
терапии атопических состояний** 86

### из практики

Шишкова В., Ременник А.

**Уровень адипонектина у пациентов с  
метаболическим синдромом, перенесших  
ОНМК** 92

Стаценко М., Шилина Н.

**Терапия после инфаркта миокарда  
у пациентов с аффективными расстройствами  
и сахарным диабетом типа 2** 94

Тимербаева С.

**Неэффективность лечения и иммунорези-  
стентность в ботулинотерапии** 98

Комиссаренко И., Левченко С., Сильверстова  
С., Косачева Т.

**Терапия при дивертикулярной болезни  
толстой кишки и гиперхолестеринемии** 102

Пилипович А.

**Биоэлектрическая активность головного мозга  
у пациентов с болезнью Паркинсона** 107

### здравоохранение

Свиридова Т., Орлова Т.

**Сравнительный анализ моделей здравоохра-  
нения в мире** 112

Алленов А., Никифоров С., Медведская Д.

**Болезни системы кровообращения: эпидемиоло-  
гическая ситуация в Свердловской области** 116

**Главный редактор**  
академик РАМН **И.Н. ДЕНИСОВ**

**Редакционная коллегия:**  
профессор **Е.Н. БЕЛЯЕВ**  
академик РАМН **В.Т. ИВАШКИН**  
академик РАМН **Ф.И. КОМАРОВ**  
член-корреспондент РАМН **В.И. МАКОЛКИН**  
академик РАМН **Н.А. МУХИН**  
(заместитель главного редактора)  
член-корреспондент РАМН **Г.А. ОНОПРИЕНКО**  
профессор **Г.М. ПЕРФИЛЬЕВА**  
академик РАМН **В.И. ПОКРОВСКИЙ**  
академик РАМН **А.Н. РАЗУМОВ**  
академик РАМН **А.М. СТОЧИК**  
академик РАМН **В.Д. ФЕДОРОВ**  
академик РАМН **В.П. ФИСЕНКО**  
(заместитель главного редактора)  
канд. фарм. наук **Г.В. ШАШКОВА**  
профессор **К.И. ГРИГОРЬЕВ**

**Редакционный совет:**  
академик РАМН **А.А. БАРАНОВ**  
член-корреспондент РАМН **В.М. БЕЗРУКОВ**  
профессор **Б.С. БРИСКИН**  
профессор **П.Г. БРЮСОВ**  
доктор медицинских наук **Р.М. ГРИГОРЯН**  
член-корреспондент РАМН **А.П. ГРОМОВ**  
академик РАМН **И.И. ДЕДОВ**  
академик РАМН **Н.Ф. ИЗМЕРОВ**  
профессор **Ф.В. КОНДРАТЬЕВ**  
академик РАМН **А.Ф. КРАСНОВ**  
доктор медицинских наук **М.М. КУЗЬМЕНКО**  
академик РАМН **В.Г. КУКЕС**  
академик РАМН **М.А. МЕДВЕДЕВ**  
академик РАМН **Р.Г. ОГАНОВ**  
академик РАН и РАМН **Р.В. ПЕТРОВ**  
академик РАМН **Г.А. РЯБОВ**  
академик РАМН **Г.М. САВЕЛЬЕВА**  
профессор **В.К. ТАТОЧЕНКО**  
академик РАМН **Б.Л. ЧЕРКАССКИЙ**  
академик РАМН **В.И. ЧИССОВ**  
академик РАМН **А.Г. ЧУЧАЛИН**  
профессор **В.И. ШУМСКИЙ**

**E-mail:** [redvrach@rusvrach.ru](mailto:redvrach@rusvrach.ru)

**Редакция:** (499) 246-8486

**Секретариат:** (499) 246-8190, (495) 789-92-72

**Отдел рекламы:** (499) 246-8402

**Отдел подписки:** (499) 246-7983

**Web-site:** [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)

**Адрес редакции:**  
119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17  
1 этаж

**Для корреспонденции:**  
119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, корп. 17  
1 этаж

**Подписной индекс по каталогу**  
«Роспечать» **71425**

Решением Президиума ВАК журнал «Врач» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Журнал зарегистрирован Комитетом РФ по печати.

Регистрационный номер 0110326 от 23.02.99.

Выходит ежемесячно

Полное или частично  
воспроизведение или размножение  
материалов, опубликованных  
в журнале, допускается  
только с письменного разрешения  
Издательского дома «Русский врач»

Редакция не имеет возможности  
возвращать рукописи

За содержание рекламных материалов  
редакция ответственности не несет

**В** Издатель: Издательский дом «Русский врач»  
Генеральный директор **Г. Зольникова**

### НОМЕР ГОТОВИЛИ:

Директор по маркетингу и рекламе **В. Моисеева**

Ответственный секретарь **Н. Емельянова**

Редакторы **Г. Суворова, В. Шестопалова**

Корректор **М. Карнович**

Верстка **Н. Емельянова**

Набор **Т. Пониткова**

Сдано в набор 20.01.12. Подписано в печать 05.04.12.

Формат 60x90/8. Бумага мелованная 80 г/м<sup>2</sup>.

Печать офсетная. Печ. л. 15.

Тираж 14 000. Заказ 8. Отпечатано в ООО «Офсет Принт».  
127550, Москва, Дмитровское ш., д. 39, корп. 1.

## СОВРЕМЕННЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

**Г. Гендлин**, доктор медицинских наук,  
**С. Борисов**, кандидат медицинских наук,  
**А. Мелехов**, кандидат медицинских наук,  
**А. Анисимова**, доктор медицинских наук, **К. Анисимов**  
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва  
**E-mail:** avmelekhov@gmail.com

*Кардиоэмболические инсульты (КЭИ), на долю которых приходится около 20% всех ишемических поражений головного мозга, представляют собой один из важных аспектов проблемы инсульта. Адекватная профилактика КЭИ у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) возможна только при назначении пероральных антикоагулянтов, из которых наиболее широко применяется варфарин. Однако его применение сопряжено с рядом трудностей: нежелательные взаимодействия с лекарственными препаратами и пищевыми продуктами, узкое терапевтическое окно и т.д. Альтернативой ему является дабигатран, который не уступает варфарину в снижении риска инсульта у лиц с ФП, однако в дозе 150 мг/сут он чаще варфарина вызывает массивные желудочно-кишечные кровотечения. Прямой ингибитор фактора Ха ривароксабан в исследовании ROCKET продемонстрировал большую, чем у варфарина, эффективность в снижении риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и внемозговой эмболии у пациентов с ФП, а по показателям безопасности он не отличался от варфарина. Таким образом, ривароксабан может стать перспективной альтернативой варфарину в профилактике ОНМК у лиц с ФП.*

**Ключевые слова:** инсульт, фибрилляция предсердий, CHADS<sub>2</sub>, варфарин, дабигатран, ривароксабан.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) принадлежат к числу важных медико-социальных проблем. По данным Американской ассоциации сердца, инсульт встречается у 2,7% мужчин и 2,5% женщин старше 18 лет, и с возрастом его частота увеличивается [1]. Ежегодно инсульт развивается не менее чем у 795 тыс. человек, причем у 610 тыс. из них он является первичным и только у 185 тыс. (около 25%) – повторным. В США каждые 40 с у кого-либо возникает ОНМК и каждые 4 мин наступает летальный исход от него [1].

Заболеваемость инсультом в России в 2001–2003 гг. среди лиц старше 25 лет составила 3,48±0,21 на 1000 населения в год [2]. Учитывая, что 30-дневная летальность при инсульте – 35%, а в течение года умирают около 50% больных с ОНМК, актуальность этой проблемы не вызывает сомнений [3].

Одним из значимых аспектов проблемы инсульта является кардиоэмболический инсульт (КЭИ). По данным А. Фонякина и соавт., в наши дни КЭИ составляют около 20% всех ишемических поражений головного мозга, тогда как в середине XX века их доля не превышала 8% [4]. Более

частое выявление КЭИ связано с совершенствованием методов диагностики эмбологенной кардиальной патологии и прежде всего – чреспищеводной эхокардиографии, благодаря чему к кардиоэмболическим стали относить инсульты, ранее считавшиеся криптогенными [5].

Спектр кардиальной патологии, которая может стать причиной КЭИ, достаточно широк: на сегодня описано более 20 заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), являющихся причиной эмболических осложнений [6]. Эти заболевания можно разделить на 3 группы: патология камер сердца, клапанная патология и парадоксальная эмболия [7]. Наиболее частая причина КЭИ – фибрилляция предсердий (ФП); по данным исследования ATRIA, с этим нарушением сердечного ритма ассоциируется не менее 15% инсультов [8]. К другим распространенным причинам кардиоцеребральной эмболии относятся постинфарктный кардиосклероз, хроническая ревматическая болезнь сердца (прежде всего – ревматический митральный стеноз), протезированные клапаны сердца, пролапс митрального клапана с миксоматозной дегенерацией створок [6, 9], далее – инфекционный эндокардит, сенильный кальциноз клапанов сердца, дилатационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца с право-левым сбросом и др.

Важной с практической точки зрения представляется стратификация риска развития кардиогенных эмболий. Выделяют 3 группы риска [10]:

- группа высокого риска: пациенты с ревматическими пороками клапанов сердца, а также пациенты с протезированными клапанами; в этой группе наиболее высок риск у лиц с митральным стенозом, ФП и эмболическими событиями в анамнезе; к этой же группе относятся пациенты с пристеночным тромбозом левых отделов сердца;
- группа среднего риска: пациенты с дилатационной кардиомиопатией, неревматическими пороками клапанов сердца при наличии у них ФП;
- группа низкого риска: пациенты с пролапсом митрального клапана, гипертрофической кардиомиопатией, неосложненным инфарктом миокарда [10].

Своевременная и правильная диагностика эмбологенной патологии ССС крайне важна, поскольку кардиоцеребральная эмболия представляет собой не завершенное состояние, а продолжающийся патологический процесс. Только раннее выявление эмбологенных состояний и своевременное начало профилактических мероприятий могут снизить риск развития КЭИ. Таким образом, профилактика КЭИ – задача не только неврологов, но и кардиологов, и кардиохирургов, которые первыми сталкиваются с эмбологенной патологией сердца задолго до развития инсульта.

Несомненно, основой профилактики кардиоцеребральных эмболий являются меры по лечению эмбологенных состояний ССС. В ряде случаев источник эмболии (вегетации при инфекционном эндокардите, миксома, врожденные пороки сердца и др.) может быть устранен хирургическим путем, в других ситуациях необходимо назначение адекватной медикаментозной терапии (правильный подбор антиаритмиков при пароксизмальной форме ФП).

Однако радикальное устранение эмбологенного состояния чаще всего невозможно, и на первый план в профилактике КЭИ выходит терапия, направленная на коррекцию гемостаза. Ведущую роль в ней играют пероральные антикоагулянты. Показано, что адекватная анти-