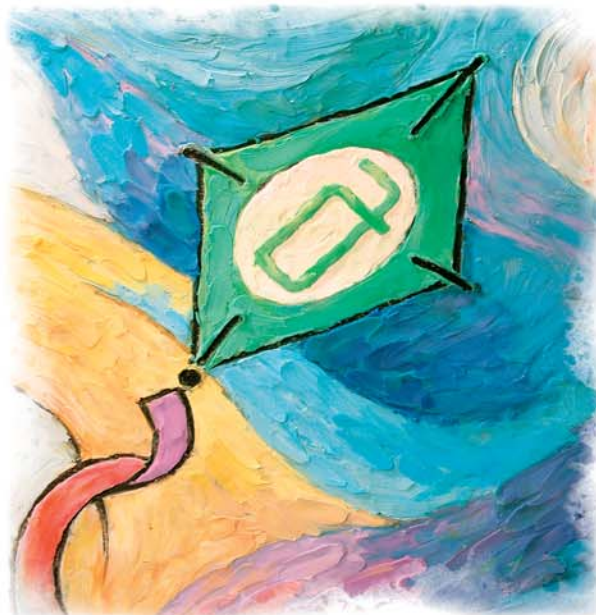


группа компаний «ремедиум»



www.remedium.ru

МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ ■ №5-6 (2013) ■ ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ



МЕДИЦИНСКИЙ
СОВЕТ № 5-6 2013
НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Химиотерапия метастатического рака
предстательной железы

ДЖЕВТАНА® – ЗА ГРАНЬЮ ВОЗМОЖНОГО!

Увеличение общей выживаемости больных
метастатическим гормонорезистентным
раком предстательной железы после
химиотерапии доцетакселом¹⁻⁵



ДЖЕВТАНА®
(кабазитаксел)

Библиография: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Джевтана® (кабазитаксел), Российская Федерация. Номер регистрационного удостоверения: ЛП-001500. 2. Garney EG, Sartor O, Halabi S, Vogelzang NJ. Second-line chemotherapy for advanced hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol. 2008;6(2):118-122, 127-132. 3. Rosenberg JE, Weinberg VK, Kelly WK, et al. Activity of second-line chemotherapy in docetaxel-refractory hormone-refractory prostate cancer patients: randomized phase 2 study of ixabepilone or mitoxantrone and prednisone. Cancer. 2007;110(3):556-563. 4. Stenberg CN, Petrylak DP, Sartor O, et al. Multinational, double-blind, phase III study of prednisone and either satraplatin or placebo in patients with castrate-refractory prostate cancer progressing after prior chemotherapy: the SPARC trial. J Clin Oncol. 2009;27(32):5431-5438. 5. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, et al; for the TROPIC Investigators. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. Lancet. 2010;376(9747):1147-1154.



Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция). Адрес: 125009, Москва ул. Тверская, дом 22. Тел.: (495) 721-1400. Факс: (495) 721-1411. <http://www.sanofi.ru> RU.LEN. 13.03.25
С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению

КЛИФАР

ИНФОРМАЦИОННО-ПОИСКОВЫЕ СИСТЕМЫ

Представляем линейку продуктов
семейства «КЛИФАР»

✓ ФАРМКОНТРОЛЬ

Брак и фальсификация, реестр цен на ЖНВЛП,
предельные надбавки для всех регионов РФ

✓ ГОСРЕЕСТР

Фармконтроль+Реестр ЛС, БАД России

✓ ГОСРЕЕСТР ПЛЮС

Фармконтроль+Реестр ЛС, БАД России,
Украины, Белоруссии и Казахстана

✓ ГОСРЕЕСТР+АНАЛИТИКА

Фармконтроль+Реестр ЛС,
БАД+аналитика продаж для всех регионов РФ

✓ ИМПОРТ-ЭКСПОРТ ЛС

статистика по ввозу/вывозу ЛС и фармсубстанций

✓ РЕЕСТР ИЗДЕЛИЙ

МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

ежедневное
обновление



информационные системы
КЛИФАР
в медицине и фармацевтике

107082, Москва, ул. Бакунинская, д. 71
Тел. (495) 780-34-25
e-mail: sales@clifar.ru
www.drugreg.ru

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ

Условные обозначения:

- – внутренний путь активации свертывания крови
- – внешний путь активации свертывания крови
- – общий путь активации свертывания крови
- – антикоагулянтное действие антитромбина
- – антикоагулянтное действие активированного протеина С

— активизирующее действие тромбина на протеин С

— фосфолипидная поверхность

Ca – ионы кальция

TAII – тканевый активатор пламиногена

TF – тканевой фактор

Антиромбин III – прямой антикоагулянт.

Является одним из важнейших естественных ингибиторов свертывания крови. В наибольшей степени ингибирует такие факторы как тромбин (IIa) и фактор Ха, а также факторы IXa, XIa и комплекс фактор VIIa/тканевой фактор. Активность антиромбина значительно усиливается в присутствии гепарина, а антикоагулянтное действие гепарина зависит от присутствия антиромбина. Активность антиромбина у взрослых в норме варьирует в диапазоне 80–120 %.

Сепротин – концентрат Протеина С, полученный из плазмы крови человека. Протеин С – прямой антикоагулянт. Активируется на поверхности эндотелия сосудов при помощи тромбин/тромбомодулинового комплекса, превращаясь в активированный протеин С (activated protein C – APC). Обладает также профибринолитическим действием. Заместительная терапия препаратом «Сепротин» у больных с недостаточностью протеина С призвана контролировать тромботические осложнения или предотвращать их при использовании с целью профилактики.

Внутренний путь

Внешний путь

Характеристики белков – основных участников системы гемостаза

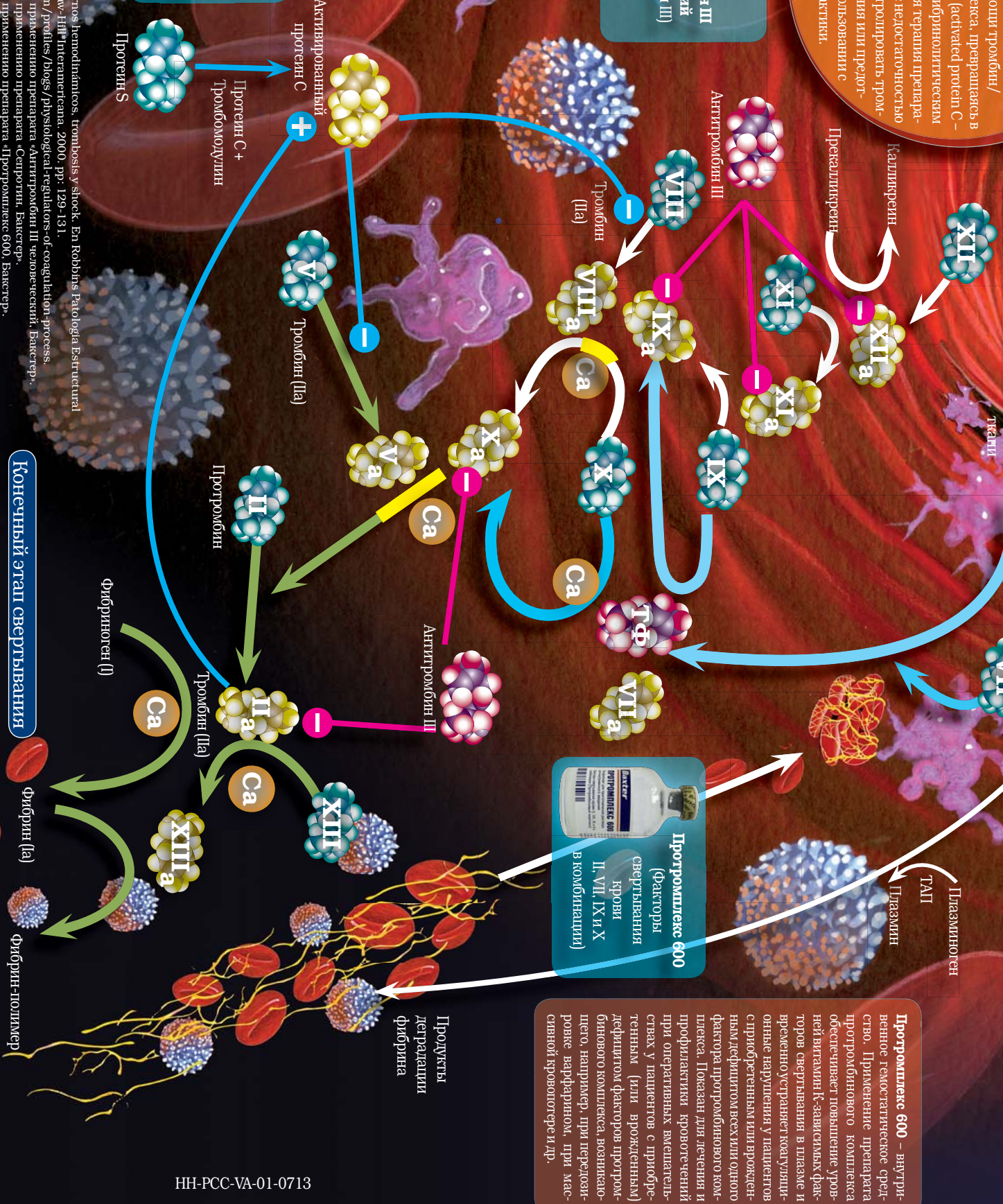
| Название компонента | Молекулярная масса, кДа | Концентрация в плазме крови, мг/дл |
|--|-------------------------|------------------------------------|
| Фибриноген (I) | 330 | 3000 |
| Протромбин (II) | 72 | 90 |
| Проакцелерин (V) | 330 | 10 |
| Проаконвертин (VII) | 50 | 0,5 |
| Антигемофильный фактор A (VIII) | 330 | 0,1 |
| Антигемофильный фактор B (IX) | 56 | 5 |
| Фактор Стюарта-Прауэра (X) | 58,8 | 8 |
| Плазменный преишественник тромбостатина (XI) | 160 | 5 |
| Фактор Хагемана (XII) | 80 | 30 |
| Фибриностабилизирующий фактор (XIII) | 320 | 10 |
| Протеин С | 62 | 4 |
| Протеин S | 69 | 10 |
| Протенин Z | 62 | 2,2 |
| Прекалликреин | 86 | 50 |
| Высокомолекулярный кининоген | 110 | 70 |
| Фибриногенин | 450 | 300 |
| Антиромбин III | 58 | 140 |
| Плазминоген | 90 | 216 |
| Урокиназа | 53 | 0,1 |
| Кофактор II гепарина | 66 | 90 |
| Альфа2-аггиплазмин | 63 | 60 |
| Ингибитор протеина С | 57 | 4 |
| Альфа2-макрोगлобулин | 725 | 2100 |

Антиромбин III
человеческий
(Антиромбин III)

Сепротин
(Протеин С
человеческий)

Протромблекс 600
(факторы свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации)

Протромблекс 600 – внутреннее гемостатическое средство. Применение препарата протромбинового комплекса обеспечивает повышение уровня нейтрофилов и-зависимых факторов свертывания в плазме и временно устраняет коагуляционные нарушения у пациентов с приобретенным или врожденным дефицитом всех или одного фактора протромбинового комплекса. Показан для лечения и профилактики кровотечения при оперативных вмешательствах у пациентов с приобретенным (или врожденным) дефицитом факторов протромбинового комплекса, возникающего, например, при передозировке варфарина, при массивной кровопотере и др.



Литература:

1. Mitchell RN у Cottan RS. Тазостов геподпмпкоо, тоmbosis у shock. En Robblys Patologia Estructural у Fupcional. Sexia Ediclon. McGraw-Hill* Integametana. 2000. pp. 129-131.
2. http://www.docotatandout.com/rofiles/blogs/physiological-regulators-of-coagulation-process.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата «Антиромбин III человекеский, Вахтер».
4. Инструкция по медицинскому применению препарата «Сепротин, Вахтер».
5. Инструкция по медицинскому применению препарата «Протромблекс 600, Вахтер».

Конечный этап свертывания

Фибриноген (I) → Фибрин (Ia) → Фибрин-полимер

Вахтер
125171, Россия, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1, 5 этаж
Тел. +7 (495) 647-6807, www.vakhter.com

АНТИТРОМБИН III ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТРОМБИНА III

АНТИТРОМБИН III ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ:

- Лечение и профилактика врожденного и приобретенного дефицита антитромбина III¹
- Антитромбин в составе комбинированной терапии повышает выживаемость больных сепсисом²
- Эффективен при резистентности к гепарину³
- 1 МЕ/кг увеличивает уровень антитромбина III в плазме¹:
 - при повышенном потреблении – на 1%
 - при нормальном потреблении – на 2%

1. Инструкция по применению препарата Антитромбин III человеческий
2. Dickneite G., Leithauser B. // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 1999. – Vol. 19. – P. 1566-1572
3. Ferraris V.A., Brown J.R., Despotis G.J. et al. 2011 Update to The Society of Thoracic Surgeons and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists Blood Conservation Clinical Practice Guidelines // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 91:944-982.

НН-АТ-М-03-0813

ЗАО Компания «Бакстер»
125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16А, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 647 68 07, факс: +7 (495) 647 68 08
www.baxter.com; www.baxter.ru

Владельцем товарных знаков Baxter и Бакстер является Бакстер Интернешнл Инк. (Baxter International Inc.)

Baxter

А

Протромплекс 600



Защита со всех сторон

Эффективное лечение для пациентов с дефицитом факторов протромбинового комплекса и гарантированная противовирусная безопасность

Краткое описание

Регистрационный номер: ЛСР-010486/08 от 24.12.2008 г. **Международное непатентованное или группировочное название:** Факторы свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации [Протромбиновый комплекс]. **Лекарственная форма:** Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения. **Состав.** Активные вещества: фактор свертывания крови (ФС) II 600 МЕ, ФС VII 500 МЕ, ФС IX 600 МЕ, ФС X 600 МЕ, протеин С не менее 400 МЕ. Вспомогательные вещества: натрия цитрата дигидрат 80 мг, натрия хлорид 160 мг, гепарин натрия не более 0,5 МЕ гепарина/МЕ фактора IX; антитромбин III 15-30 МЕ. Флакон с растворителем содержит 20 мл воды для инъекций. **Форма выпуска:** Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения (флаконы) в комплекте с растворителем – вода для инъекций (флаконы) 20 мл. По одному флакону с препаратом в комплекте с одним флаконом растворителя, иглой для переноса, иглой-фильтром, воздушной иглой, одноразовой иглой для инъекций и иглой-«бабочкой» для трансфузии вместе с инструкцией по применению помещают в картонную пачку. **Фармакотерапевтическая группа:** Гемостатическое средство. **Код АТХ:** B02BD01. **Показания:** Лечение кровотечений и профилактика кровотечений при оперативных вмешательствах у пациентов с приобретенным дефицитом факторов протромбинового комплекса, например, при дефиците, вызванном лечением антагонистами витамина К или передозировкой антагонистов витамина К, в случаях, когда требуется быстрая коррекция дефицита. Лечение кровотечений и профилактика кровотечений при оперативных вмешательствах у пациентов с врожденным дефицитом одного из витамин К-зависимых факторов свертывания, в тех случаях, когда препарат очищенного специфического фактора свертывания недоступен. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к активному ингредиенту или к любому из вспомогательных веществ. Аллергия на гепарин или гепарин-индуцированная тромбоцитопения в анамнезе. **С осторожностью:** Пациенты, имеющие в анамнезе ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда, заболевания печени. Послеоперационный период. Новорожденные. Пациенты с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений или синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. **Способ применения и дозы:** Дозы и продолжительность терапии зависят от тяжести заболевания, локализации и выраженности кровотечения, а также клинического состояния пациента. Доза и частота введения должны быть рассчитаны для каждого пациента индивидуально. **Способ введения:** Лиофилизат растворяют в прилагаемом растворителе непосредственно перед введением. Следует использовать только прилагаемый набор для растворения и введения (см. Инструкцию по применению). **Побочное действие:** В ходе постмаркетингового применения препаратов того же класса, что и Протромплекс, были отмечены реакции гиперчувствительности (например, затрудненное дыхание, снижение артериального давления, возможность анафилактического шока). В редких случаях возможна выработка циркулирующих ингибиторов с последующей инактивацией факторов свертывания. Существует риск тромбоэмболических эпизодов. При применении препарата Протромплекс 600 были отмечены тошнота, рвота, лихорадочное состояние, покраснение кожных покровов, эритематозные высыпания, зуд, тромбофлебит, нефротический синдром, сердечная недостаточность, легочная эмболия, анафилактический шок, анафилактические реакции. **Передозировка:** В случае передозировки увеличивается риск развития тромбоэмболических осложнений или диссеминированного внутрисосудистого свертывания. **Взаимодействие:** Препараты протромбинового комплекса человека снижают лечебный эффект антагонистов витамина К, но не взаимодействуют с другими известными лекарственными препаратами. Несовместимость. Не смешивать с другими лекарственными препаратами или растворителями, кроме прилагаемой стерильной воды для инъекций. **Особые указания:** При применении препарата протромбинового комплекса человека, особенно при повторном, существует риск тромбоза и диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Риск может быть выше при лечении изолированной недостаточности фактора VII. При выполнении тестов свертывания крови, чувствительных к гепарину, необходимо принимать во внимание гепарин, входящий в состав препарата.

Условия отпуска: По рецепту.

За полной информацией о препарате обращайтесь к Инструкции по применению

ЗАО Компания «Бакстер»

125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16А, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 647 68 07, факс: +7 (495) 647 68 08
www.baxter.com; www.baxter.ru

Владельцем товарных знаков ПРОТРОМПЛЕКС, PROTHROMPLEX, Baxter и Бакстер является Бакстер Интернешнл Инк. (Baxter International Inc.)
НН-РКТ-М-02-0912

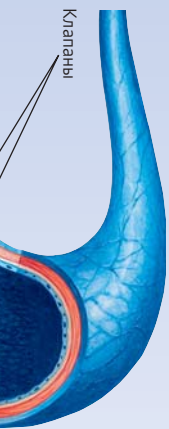
А

Baxter

ТРОМБОЗ

Тромбоз – формирование внутрисосудистых сгустков из нормальных компонентов крови. Механическая непроницаемость сосудов вызывает локальную реакцию системы гемостаза. Артериальный и венозный тромбозы встречаются довольно часто и представляют угрозу для жизни пациентов. Тромбы в коронарных артериях ответственны за развитие инфаркта или ишемии миокарда; тромботическая или эмболическая окклюзия церебральных артерий приводит к ишемическому инсульту или транзиторной ишемической атаке; венозный тромбоз может нарушить кровоток в легочной артерии.

ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ

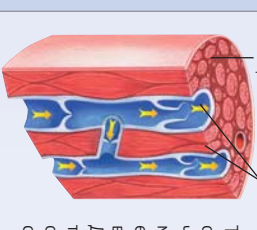


Тромбоз возникает в венах примерно втрое чаще, чем в артериях, поскольку кровоток в них медленнее. Так формируется один из трех необходимых для тромбообразования факторов (триады Вирхова), включающих помимо нарушения кровотока гиперкоагуляцию и повреждение эндотелия.

ВЕНОЗНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ

Венозная тромбоземболия включает венозный тромбоз и тромбоземболию легочной артерии (ТЭЛА). Она чаще развивается при венозном стазе и активации белков свертывающей системы, чем в силу повреждения сосудов. Венозный тромб состоит преимущественно из фибрина и эритроцитов. Он расположен в местах повреждения сосудов, изгибах и сплетениях вен или под клапанами глубоких вен голени. Чаше тромбоз случается в поверхностных и глубоких венах ног. Тромбоз поверхностных вен ног может распространяться с подкожной на общую бедренную вену или сочетаться с тромбозом глубоких вен.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТРОМБОВ



Тромбоз глубоких вен ног встречается весьма часто, особенно на уровне голени. Это объясняется тем, что на уровне камбаловидной мышцы их диаметр может превышать 1 см. Кровь из этих вен дренируется в подколенные и задние большеберцовые вены за счет сокращений окружающих мышц. Длительная вынужденная неподвижность в результате мануальных заболеваний или хирургических операций создает условия для стаза и, как следствие, венозного тромбоза.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Артериальный тромб, лишающий кислорода легочную ткань

Вход тромба в правые предсердие и перемещение в легочную артерию

Нижняя полая вена с тромбом из вен нижних конечностей

Венозные эмболы вызывают тяжелые последствия, например ТЭЛА. Патологические процессы, запускаемые тромбом в легочной артерии, включают выброс бронхо- и вазоактивных веществ, которые вызывают сокращение артерий с повышением давления в малом круге кровообращения, увеличение остаточного объема легких, бронхоконстрикцию и нарушение выработки сурфактанта. Все это приводит к артериальной гипоксемии. Однако более часто развивается посттромботический синдром, который может вызвать острый венозный тромбоз или проявиться хронической болью в ногах с усугубляющимися к вечеру отеками.



Недавняя хирургическая операция
Травмы
Стеноз вен
Иммобилизация
Окклюзия или дилатация вен
Повышение кровяного давления
Повышение вязкости крови
Тяжелые заболевания

Застойная сердечная недостаточность
Цереброваскулярные события
Эпиканальные новообразования
Воспалительные заболевания кишечника
Антифосфолипидные антитела
Наследственная тромбофилия

ПРОГНОЗ

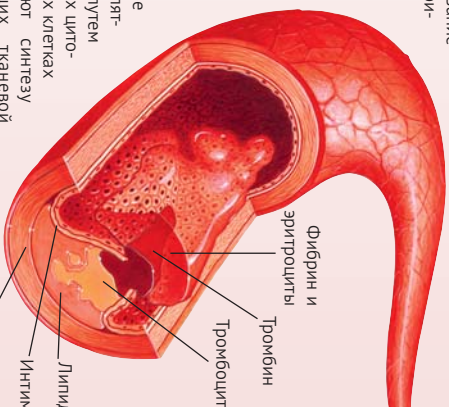
В отсутствие правильного лечения венозный тромбоз имеет высокую частоту осложнений. Около 20-30% тромбов вен голени вырастают до подколенной вены, и от 40 до 50% проксимальных тромбов являются причиной ТЭЛА. Частота рецидивов без лечения может достигать 40%.

Быстрый артериальный кровоток приводит к образованию богатых тромбоцитами «белых» тромбов. Клетки эндотелия вырабатывают фактор свертывания VIII, который связан с фактором фон Виллебранда и протакцилином, адгезия и агрегация тромбоцитов может привести к тромбозу в артериальной системе. Окклюзия просвета сосуда приводит уменьшению или прекращению кровотока ниже нее, создавая условия для коагуляции и продукции тромбина. Начальный тромб по мере образования тромбина растет в дистальном направлении. Артериальные эмболы могут достигать артерий, артериол или капилляров ниже по течению, что приводит к ишемии или инфаркту кровоснабжаемой ими области.

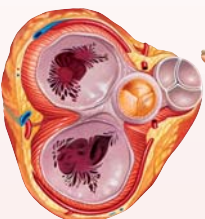
АРТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ

СВЕРТЫВАНИЕ КРОВИ

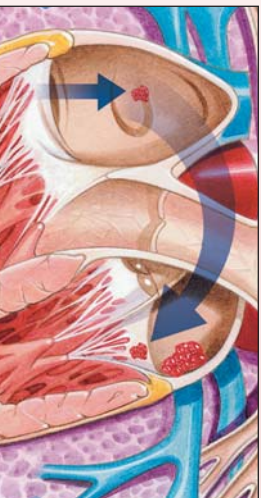
Повреждение сосуда запускает каскад реакций, направленных на формирование преград кровотоку из фибрина и тромбоцитов. Повреждение клапанных протезов, нарушения тока и состава крови стимулируют тромбообразование. Как правило, свертывание запускается при контакте крови с тканевыми факторами коагуляции на поверхности моноцитов и фибробластов, которые активируются при повреждении сосуда или ткани. Тканевое повреждение также препятствует фибринолизу путем выброса воспалительных цитокинов. В эндотелиальных клетках цитокины способствуют синтезу веществ, ингибирующих тканевый активатор плазминогена и тромболизина, что инвертирует защитный эффект эндотелия. Контакт субэндотелиальных структур с кровью вызывает агрегацию тромбоцитов в месте повреждения и выброс ими молекул, стимулирующих вазоспазм, митоз и коагуляцию. Активация тромбоцитов стимулирует коагуляцию путем активации факторов X и II (тромбина).



ПРОТЕЗ КЛАПАНА

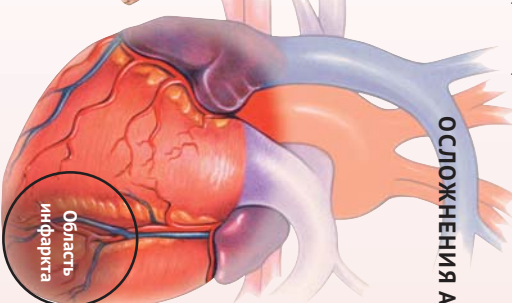


ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ

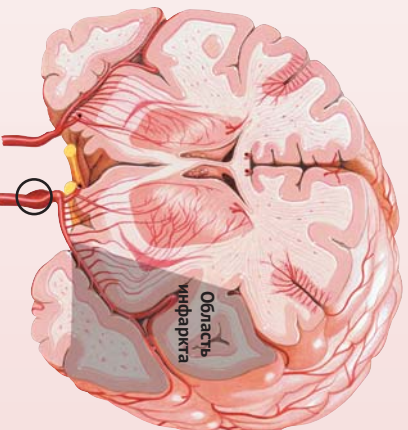


На иллюстрации – артерия с эмболом из венозного тромба, попавшим в нее из-за дефекта межпредсердной перегородки. Эмбол из правой вены попал прямо в левую предсердие. Такое состояние также известно как перекрестная эмболия.

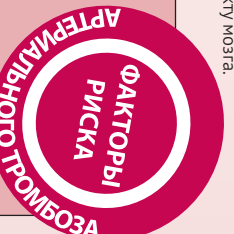
ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА



Тромбы в коронарных артериях могут привести к ишемии или инфаркту миокарда.



Артериальный тромб в сонной артерии может привести к ишемии и инфаркту мозга.



Атеросклероз
Повреждение клапанов сердца и сосудов
Имплантация коронарных стентов
Операции на артериях
Турбулентные токи крови
Генетические и приобретенные дефекты тромбоцитов

МЕТАЛИЗЕ® СПАСАЕТ БОЛЬШЕ ЖИЗНЕЙ^{1,2}

- ✓ в любом месте
- ✓ в любых условиях
- ✓ в любое время



МЕТАЛИЗЕ® (тенектеплаза) – ТРОМБОЛИТИК №1 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В США И ЕВРОПЕ³

- ✓ Позволяет начать лечение инфаркта миокарда
НА ОДИН ЧАС РАНЬШЕ⁴
- ✓ **БОЛЕЕ 25% ПРЕРВАННЫХ ИНФАРКТОВ**
при применении в течение первого часа⁵

1. Wallentin L, Goldstein P, Armstrong PW, et al. Circulation 2003; 108: 135-42. (Воллентин, Гольдштейн, Армстронг и соавт., жур. «Кровообращение», 2003; 108: 135-42)
2. Danchin N et al. Circulation 2004; 110: 1909-1915. (Данчин и соавт., жур. «Кровообращение», 2004; 110: 1909-15)
3. Acute Coronary Syndrome Cardium Study. 2010 Decision Resources, Inc. (Острый коронарный синдром. Кардиологическое исследование, 2010, компания «Ресурсы решения»)
4. Morrison et al. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction: a meta-analysis. JAMA 2000; 283: 2686-92. (Моррисон и соавт., «Смертность и догоспитальный тромболитический ОИМ. Мета-анализ. Журнал Американской медицинской ассоциации, 2000; 283: 2686-92)
5. Verhaeght et al. Eur Heart J 2006; 27: 901-904. (Верхегт и соавт., Европейский журнал сердца, 2006; 27: 901-904)

Все материалы опубликованы на английском языке.
Перед назначением ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению препарата.



 **Актилизе®**
алтеплаза



Перед назначением ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению препарата.
За дополнительной информацией обращайтесь в ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, РФ, Москва,
Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 3
Тел. +7 (495) 544 5044
Регистрационный номер: П N014214/01 от 31.07.2008 г.
1. K.Ellis, S. Brenner, Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2004; 71:20-37 (Эллис, Бреннер, Медицинский журнал клиники Кливленда, 2004; 71:20-37).
Опубликовано на английском языке.

 **Boehringer
Ingelheim**



ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Легочная гипертензия это заболевание, при котором артериальное давление в легочной артерии выше нормы. Диагноз легочная гипертензия можно поставить, если систолическое давление в легочной артерии выше 30 мм рт.ст., либо среднее давление в легочной артерии выше 20 мм рт.ст. Нормальное систолическое давление в легочной артерии в покое составляет 18–25 мм рт.ст., при этом среднее давление этой артерии варьирует в пределах 12–16 мм рт.ст.

Легочная гипертензия может быть первичной (также называют эссенциальной или идиопатической) или вторичной. Этиология первичной легочной гипертензии не известна. Вторичная легочная гипертензия может быть осложнением многих заболеваний легких, сердца и экстраторакальных патологий. Постоянная легочная гипертензия приводит к правожелудочковой недостаточности, которая создает угрозу для жизни.

НОРМАЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ В ЛЕГКИХ

Легкие имеют двойное кровообращение. С одной стороны кровообращение в легких, по которому через легочную артерию в них поступает системная венозная кровь и с другой стороны кровообращение бронхов (оставляет 1% от сердечного выброса), снабжающее воздухоносные пути насыщенным кислородом артериальной кровью. Венозная кровь попадает в легкие через легочную артерию, насыщается кислородом на уровне альвеол и возвращается в сердце через легочные вены, чтобы снова войти в системный кровоток.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В основном, клинические проявления легочной гипертензии являются неспецифичными и неотличимы от обусловленных другими существовавшими ранее заболеваниями легких или сердца. Наиболее частые симптомы: одышка напряжения, усталость и обморок. Они свидетельствуют о неспособности сердечной мышцы отвечать на большие усилия. Несмотря на отсутствие коронарных заболеваний, может также развиваться типичная стенокардия (ее патофизиология не известна, однако считается, что она возникает в результате растяжения легочной артерии или ишемии правого желудочка).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

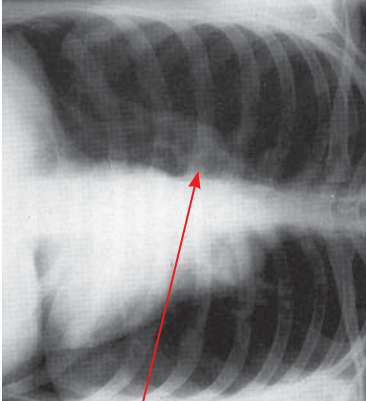
Заболеваемость первичной легочной гипертензией втрое выше у женщин в возрасте 20–40 лет. Вторичная легочная гипертензия относительно распространена, однако также часто это заболевание не диагностируют.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

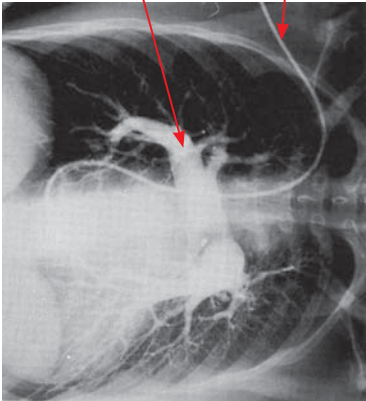
У пациента с легочной гипертензией и правожелудочковой недостаточностью можно выявить:

- **Признаки венозной гипертензии:** растяжение яремной вены, гепатомегалию, периферический отек.
- **Аускультация:** повышенная Р2 второго тона сердца, сердечный шум при митральной или трикуспидальной недостаточности, легочный систолический щелчок
- **ЭКГ:** признаки гипертрофии правого желудочка и отклонения правой оси
- **Рентгенограмма грудной клетки:** увеличение правой легочной артерии с ослаблением ветвей легочной артерии, увеличение правого желудочка.

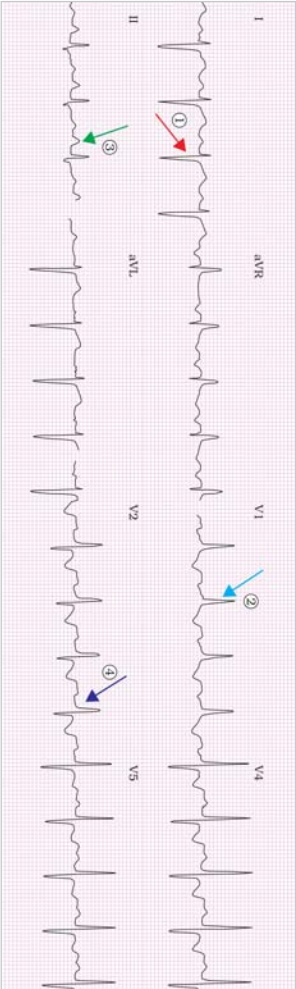
Тем пациентам, у которых подозревают легочную гипертензию нужно провести двумерную доплероэхокардиографию.



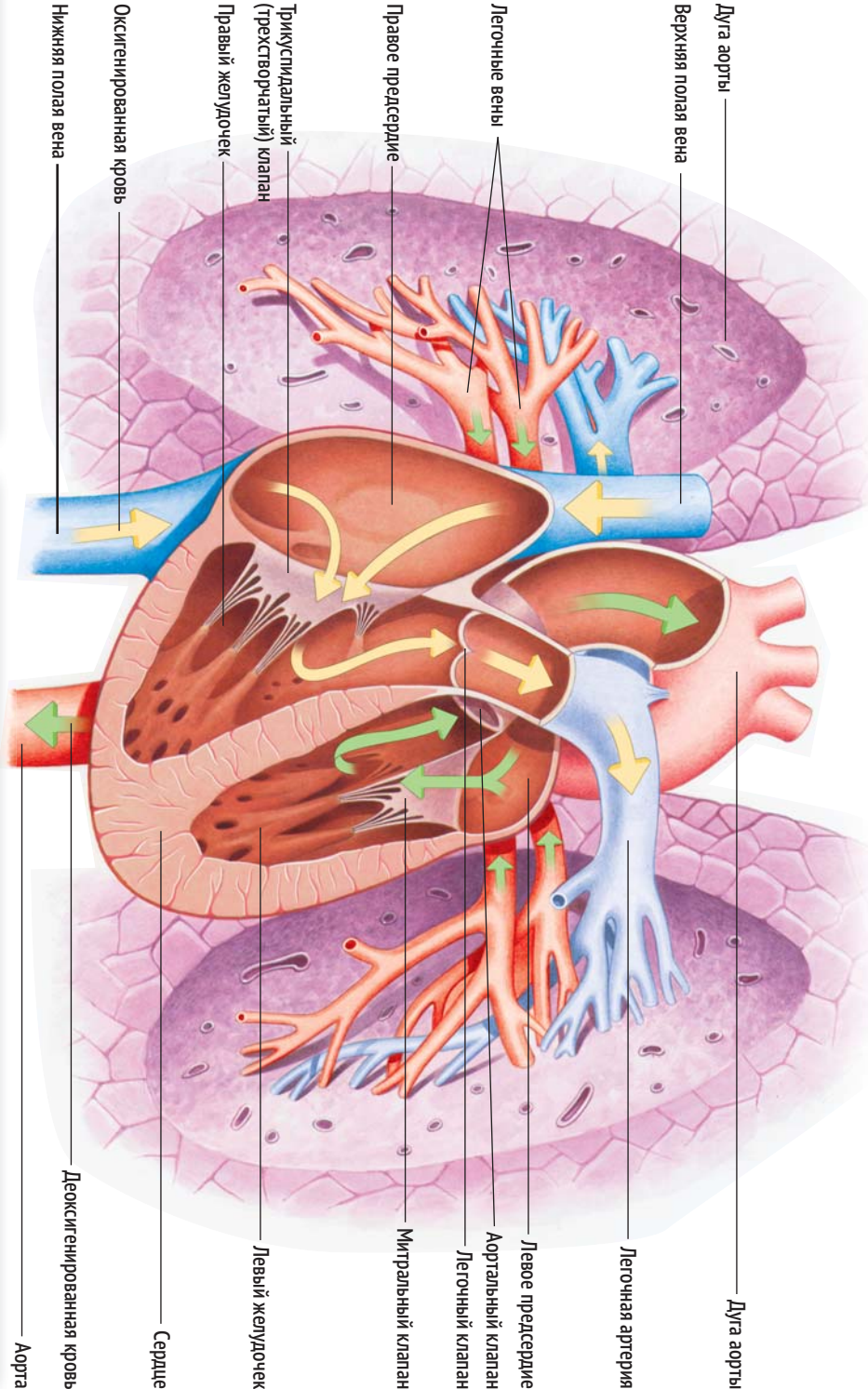
Рентгенограмма грудной клетки с первичной легочной гипертензией: видно важное расширение легочной артерии. Размер сердца не изменен



На данной легочной артериограмме также представлена расширенная артерия



Изменения на ЭКГ связаны с гипертрофией правого желудочка (2); отклонение оси вправо (1), увеличенная амплитуда R-волны (3) в отведении II и неполная блокада правой ножки пучка Гиса (4).



ПРОГНОЗ

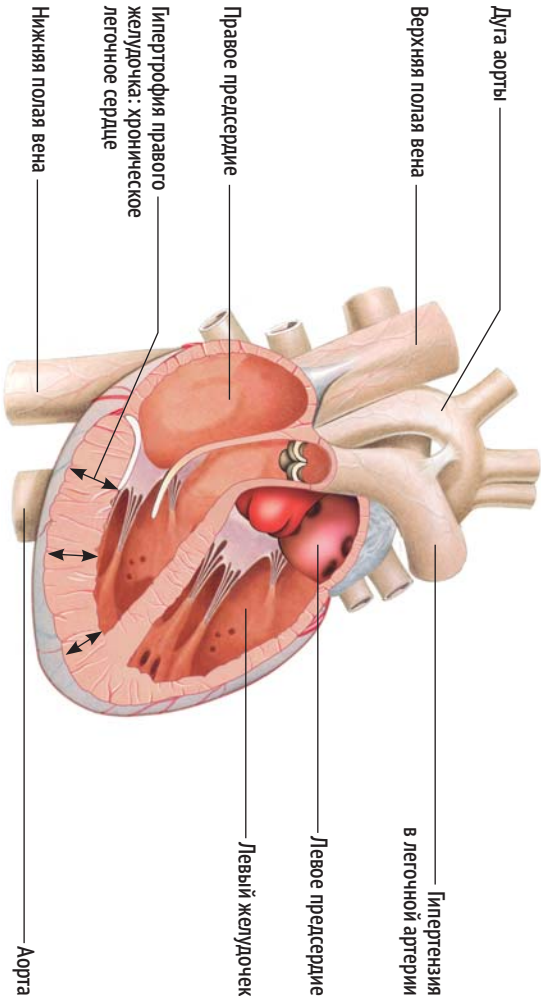
Прогноз для пациентов с первичной легочной гипертензией варьирует и зависит от лечения. У пациентов с вторичной легочной гипертензией прогноз зависит от развития основного заболевания.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

К развитию легочной гипертензии приводит возрастание сопротивления в сосудах малого круга кровообращения, либо легочному кровотоку. При первичной легочной гипертензии заболевание поражает сосудистую сеть легких. Патогенез этого заболевания не известен, однако предполагается наличие генетической основы заболевания. Считается, что становление заболевания ассоциировано с несколькими стимулами, такими как ремоделирование стенки сосуда, вазоконстрикция или тромбоз, которые в свою очередь можно использовать в качестве индикаторов.

Коллагеновые сосудистые заболевания (особенно склеродерма, системная красная волчанка и болезнь Рейно), поргальная гипертензия, ВИЧ-инфекция или средства, снижающие аппетит (фенфлурамин, дексфенфлурамин), могут приводить к развитию клинической картины, сходной с таковой при первичной легочной гипертензии.

Чрезмерный легочный кровоток, обусловленный врожденными пороками сердца с шунтом слева направо тоже может вызывать легочную гипертензию.



ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Более 60 000 пациенто-лет опыта применения по всему миру*



Начать и продолжить
с уверенностью

Ревацио®
силденафила цитрат
таблетки 20 мг

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ РЕВАЦИО®
Торговое название: РЕВАЦИО®

Международное непатентованное название: силденафил

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав:** силденафила цитрат (эквивалентно 20 мг силденафила). **Фармакологические свойства:** силденафил — мощный селективный ингибитор циклооксигеназы (cGMP)-специфической фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ5). **Показания к применению:** легочная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, веноокклюзионная болезнь легких. Совместное применение с донаторами оксида азота или нитратами в любой форме. Совместное применение с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (в т.ч. кетоконазолом, итраконазолом и ритонавиром) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Потеря зрения в одном глазу вследствие передней неартеритной ишемической невропатии зрительного нерва, наследственные дегенеративные заболевания сетчатой оболочки глаза (пигментный ретинит). Тяжелое нарушение функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью). Инсульт или инфаркт миокарда в анамнезе. Тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст., диастолическое АД менее 50 мм рт. ст.). Лактазная недостаточность, галактоземия или синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции. Возраст до 18 лет (исследования эффективности и безопасности не проводились). **С осторожностью:** I или IV функциональные классы легочной гипертензии. Анатомическая деформация пениса (ангуляция, кавернозный фиброз или болезнь Лейдена) и заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, множественная миелома, лейкоз). Заболевания, сопровождающиеся кровотечениями, или обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, жизнеугрожающие аритмии, артериальная гипертензия (АД > 170/100 мм рт. ст.), обструкция выходного тракта левого желудочка (стеноз аорты, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия), редко встречающийся синдром множественной системной атрофии, проявляющийся тяжелым нарушением регуляции АД со стороны вегетативной нервной системы, гиповolemия. Совместное применение с умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 (в т.ч. эритромицином, саквинавиром, кларитромицином, телитромицином и нефазодолом) и α-адреноблокаторами. Совместное применение с индукторами изофермента CYP3A4. **Применение при беременности и в период лактации:** поскольку адекватные контролируемые исследования применения силденафила у беременных не проводились, применять препарат РЕВАЦИО® во время беременности можно только в том случае, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Неизвестно, выделяется ли силденафил в грудное молоко. При необходимости применения препарата РЕВАЦИО® в период лактации грудное вскармливание следует прекратить. **Способ применения и дозы:** принимается внутрь,

рекомендуемая доза препарата РЕВАЦИО® — 20 мг 3 раза в сутки с интервалом около 6-8 часов независимо от приема пищи. Максимальная рекомендуемая доза составляет 60 мг. У пожилых пациентов коррекции дозы не требуется. При нарушении функции почек коррекция дозы у пациентов с легкой или умеренным нарушением функции печени (классы А и В по классификации Чайлд-Пью) не требуется, однако при плохой переносимости препарата дозу снижают до 20 мг 2 раза в сутки. У пациентов с тяжелым нарушением функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью) применение препарата не исследовалось. Контролируемые исследования по оценке эффективности и безопасности применения силденафила в сочетании с другими препаратами (бозентан, илопрост) для лечения легочной гипертензии не проводились. Комбинированную терапию препаратом РЕВАЦИО® с указанными препаратами следует проводить с осторожностью. **Побочное действие:** нежелательные явления при терапии препаратом РЕВАЦИО® отмечались у 1% пациентов. Очень частые: головная боль, гиперемия, диарея, диспепсия, боль в конечностях. Частые: воспаление подкожной клетчатки, грипп, неутонченный синусит, неутонченная анемия, задержка жидкости, бессонница, тревожность, неутонченные нарушения зрения, затуманенное зрение, фотофобия, хромотопсия, цианопсия, воспаление глаз, покраснение глаз, неутонченный ринит, кашель, заложенность носа, неутонченный бронхит, носовое кровотечение, неутонченный гастрит, неутонченный гастроэнтерит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, геморрой, вздутие живота, сухость во рту, апноэ, эритема, ночные поты, миалгия, боль в спине, гингивит, пикнодерма. **Особые указания:** во избежание осложнений применять строго по назначению врача! Эффективность препарата РЕВАЦИО® у пациентов с тяжелой легочной гипертензией (функциональный класс IV) не доказана. В случае ухудшения состояния пациента на фоне терапии препаратом РЕВАЦИО® следует рассмотреть возможность перехода на терапию, используемую для лечения данной стадии легочной гипертензии (например, зопронолоном). При совместном применении препарата РЕВАЦИО® с бозентаном или другими индукторами изофермента CYP3A4 может потребоваться коррекция дозы. Соотношение пользы/риска силденафила у пациентов с легочной гипертензией I функционального класса не установлено. Исследования по применению силденафила в лечении вторичной легочной гипертензии, за исключением легочной гипертензии, связанной с заболеваниями соединительной ткани, и резидуальной легочной гипертензии, не проводились.

Более подробную информацию см. в Инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата РЕВАЦИО® одобрена Минздравсоцразвития РФ от 09.02.2011 г. с изменениями от 07.11.2012 г. и 22.04.2013 г.)



Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн» (США):
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00

* Data on file. Pfizer Inc, New York, NY. Предоставляется по первому требованию.

W01RE042005



МЕДИЦИНСКИЙ
СОВЕТ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



В медицине
главным
лекарством
является
сам
врач

МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ

«Медицинский совет» - научно-практический
журнал издательства «Ремедиум»,
для специалистов, назначающих лечение

- Как лечить?
- Чем лечить?
- Эффективность лечения
- Экономическая приемлемость лечения



ул. Бакунинская д. 71, строение 10
тел. (495) 780 3425
факс (495) 780 3426
medsovet@remedium.ru
www.remedium.ru
www.rosapteki.ru
www.remedium-journal.ru



№ 5-6 2013
часть 1

■ НОВОСТИ, ОТКРЫТИЯ И СОБЫТИЯ 4

■ НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Е.Г. СТАРОСТИНА

Гипогликемия и гипогликемическая кома 6

Г.М. ГАЛСТЯН, Г.А. СУХАНОВА

Введение в гемостаз, современные препараты крови и их влияние на коагуляцию 11

С.Д. ЭПШТЕЙН

Периоперационное анестезиологическое обеспечение больных с морбидным ожирением 17

И.С. ЯВЕЛОВ

Современная тромболитическая терапия у больных с признаками остро возникшей окклюзии коронарной артерии 28

■ ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

В.Г. АКИМКИН

Современные аспекты эпидемиологии и профилактики нозокомиального сальмонеллеза 33

**Т.Н. ЛОПАТКИНА, Е.В. ВОЛЧКОВА,
Д.Т. АБДУРАХМАНОВ, Е.Л. ТАНАЩУК,
Е.А. АРИОН, Т.М. ИГНАТОВА**

Реактивация HBV инфекции у больных с лимфомой 40

**Н.Н. ХАЧАТРИАН, Н.К. ВАБИЩЕВИЧ, Л.В. ОХИНЬКО,
Б.Г. МУСЛИМОВ**

Место современных фторхинолонов III поколения в лечении распространенного перитонита 46

■ ХИРУРГИЯ

**В.В. КУЛАБУХОВ, А.Г. ЧИЖОВ, А.Н. КУДРЯВЦЕВ,
А.А. КЛЕУЗОВИЧ, Н.И. ЧАУС**

Опыт внедрения концепции «изолированный пациент» в отделении реанимации и интенсивной терапии ... 53

М.Д. ДИБИРОВ

Пролежни: профилактика и лечение 60

С.В. МИНАЕВ, Ю.И. СТЕРНИН

Роль протеолитических энзимов в разрешении раневого процесса и профилактике послеоперационных осложнений 66

Г.Р. КАСПРАНСКАЯ, А.С. ЛОПАТИН

Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему 69

■ НЕФРОЛОГИЯ

**С.А. МАРТЫНОВ, М.В. ШЕСТАКОВА,
И.М. КУТЫРИНА, Е.М. ШИЛОВ**

Современный взгляд на лечение анемии у больных с диабетическим поражением почек 72

■ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Н.А. ЦАРЕВА, С.Н. АВДЕЕВ

Ингибитор фосфодиэстеразы-5 в лечении легочной артериальной гипертензии 78

■ ОНКОЛОГИЯ И ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ

С.В. МИШУТИН, Т.Н. СКВОРЦОВА, И.Г. РУСАКОВ

Таксаны как первая и вторая линии химиотерапии метастатического рака предстательной железы 83

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, А.С. КАЛПИНСКИЙ

Сорафениб в последовательной терапии метастатического рака почки 86

А.В. ПИВНИК, Н.Н. ШАРКУНОВ

Лимфома Ходжкина 92

■ ПРАКТИКА

**С.А. МАРТЫНОВ, М.С. БИРАГОВА,
М.Ш. ШАМХАЛОВА, М.В. ШЕСТАКОВА**

Гиперфосфатемия при хронической болезни почек 98

■ ДИССЕРТАНТ

О.А. СИНЕЛЬНИКОВА, Р.А. КЕРИМОВ, Г.Т. СИНЮКОВА

Метод СВЧ-радиотермометрии в комплексной диагностике рака молочной железы 102

**С.Д. ЛЕОНОВ, Д.Ю. АГИБАЛОВ, Д.А. АСТАХОВ,
В.С. ЧУГУНОВ, Е.С. ЛЫТАСОВА,
М.М. ЭЛЬДЕРХАНОВ, М. ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА,
Е.К. ОСИПОВА, О.О. СМОЛЬСКИЙ, Г.Г. КИМ,
И.А. КУРГАНОВ, М.Ш. МАМИСТВАЛОВ,
О.А. АГАФОНОВ, Ю.А. МЕРКУРЬЕВА,
В.В. ЩЕРБАЧЁВ, А.М. БЕЛОГЛАЗОВА**

Материалы Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 2013 год 105

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ: ООО «ГРУППА «РЕМЕДИУМ»



Главный редактор номера: **В.И. СТАРОДУБОВ**, д.м.н., профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ :

М.Б. Анциферов, д.м.н., профессор, академик РАЕН, Москва
Д.М. Аронов, д.м.н., профессор, Москва
И.И. Балаболкин, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
А.А. Баранов, д.м.н., профессор, академик РАН и РАМН, Москва
Ю.Б. Белоусов, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Ю.Н. Беленков, д.м.н., профессор, академик РАН и РАМН, Москва
Б.М. Блохин, д.м.н., профессор, Москва
С.А. Бойцов, д.м.н., профессор, Москва
Т.Э. Боровик, д.м.н., профессор, Москва
Ю.А. Бунин, д.м.н., профессор, Москва
А.Л. Верткин, д.м.н., профессор, Москва
Н.Н. Володин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.Л. Голубев, д.м.н., профессор, Москва
О.В. Гончарова, д.м.н., Москва
И.Н. Денисов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
Н.К. Дзеранов, д.м.н., профессор, академик МАИ, Москва
И.Н. Захарова, д.м.н., профессор, Москва
А.А. Ишмухаметов, д.м.н., профессор, Москва
И.Я. Конь, д.м.н., профессор, академик РАЕН, Москва
Н.А. Коровина, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
О.Б. Лоран, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
В.Ю. Мареев, д.м.н., профессор, Москва
А.И. Мартынов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва

Г.А. Мельниченко, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
А.М. Мкртумян, д.м.н., профессор, Москва
Л.С. Намазова-Баранова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Е.Л. Насонов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.С. Никифоров, д.м.н., С.-Петербург
В.А. Парфенов, д.м.н., профессор, Москва
В.А. Петеркова, д.м.н., профессор, Москва
В.Г. Помников, д.м.н., профессор, С.-Петербург
В.Н. Прилепская, д.м.н., профессор, Москва
Д.Ю. Пушкарь, д.м.н., профессор, Москва
С.А. Рабинович, д.м.н., профессор, Москва
И.В. Сидоренко, д.м.н., профессор, Москва
В.И. Скворцова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
В.П. Сметник, д.м.н., профессор, Москва
Г.И. Сторожаков, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.А. Ступин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.Ф. Учайкин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
И.Е. Чазова, д.м.н., профессор, Москва
А.Г. Чучалин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
М.В. Шестакова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Е.В. Шляхто, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, С.-Петербург
Н.Д. Ющук, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
Н.Н. Яхно, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва

Редакция: ООО «РЕМЕДИУМ». Генеральный директор: Татьяна Косарева

Редакционная коллегия: Ирина Филиппова (ответственный за выпуск), Людмила Головина, Екатерина Грищенко, Илья Дьяков, Ксения Кириллова.

Ответственный секретарь: Галина Панина

Литературный редактор: Елена Шерстнева. Корректор: Сергей Палилов. Оформление и верстка: Анатолий Москвитин


Отдел продвижения и распространения: Галина Третьякова, Марина Ткачева, Андрей Качалин, rodiska@remedium.ru

Рекламное агентство «Ре Медиа»: Наталья Ливенская, Альбина Елеева, Юлия Калыгина, Евгений Колесов, Евгения Крылова, Анна Луковкина, Екатерина Морозова, reklama@remedium.ru

Автор обложки: Владимир Цеслер®

Тел./факс: (495) 780-34-25/26/27 (многоканальный). Для корреспонденции: Россия, 105082, Москва, а/я 8. www.remedium.ru

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-30814 от 26.12.2007. Входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ.

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции, исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции. Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия издательства не допускается. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы. Номер подписан в печать 30 августа 2013 г. Тираж 30 000 экз. Цена свободная.

© МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ, 2013

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ И ТЕЗИСАМ ДЛЯ ЖУРНАЛА «МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ» ИЗДАТЕЛЬСТВА «РЕМЕДИУМ»

В начале статьи указываются имя, отчество, фамилия автора, ученая степень, звание, место работы, город. К примеру: «И.И. ИВАНОВ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, П.П. ПЕТРОВ, кандидат медицинских наук, доцент РМАПО, СПбГМУ, Москва, Санкт-Петербург. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ». Обязательно указывать ключевые слова и краткое содержание статьи. Для тезисов дополнительно указываются научный руководитель и заведующий кафедрой. Статья должна быть написана в виде рекомендательной лекции по лечению для практикующего врача. Объем статьи — 18 000 знаков (7 страниц шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). Поля: верхнее и нижнее — 2,5 см, левое — 3,5 см, правое — 1,5 см. Объем тезисов — 2 000 знаков (1 страница шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). К статье обязательно прилагаются сведения об авторе(ах): фамилия, имя, отчество; ученая степень, звание, должность, место работы (учреждение, отделение), а также адрес места работы с указанием почтового индекса, телефона. Все обозначения даются в системе СИ. Торговое название лекарственного средства указывается с заглавной буквы, действующего вещества — со строчной

(«маленькой») буквы. Прилагаемый список литературы должен содержать не более 25 наименований. Рисунки, таблицы и схемы, иллюстрирующие материал статьи, должны быть пронумерованы, к каждому рисунку дается подпись и (при необходимости) объясняются все цифровые и буквенные обозначения. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения. Дозировки и названия должны быть тщательно выверены. Материал можно выслать по электронной почте на адрес filipova@remedium.ru или представить в редакцию на электронном носителе (с приложением копии в печатном виде). Редакция журнала подтверждает возможность публикации статьи только после ознакомления с материалом. Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются и при необходимости редактируются и сокращаются. Полученный редакцией оригинал статьи не возвращается. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или представленных для публикации в другие издания, не допускается. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. С аспирантов, молодых ученых и соискателей плата за публикацию не взимается.