

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 1 (98)
2020

ЎЗБЕКИСТОН
ВРАЧЛАР
АССОТСИАТСИЯСИ
БҮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БҮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.n.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.: 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz



(98)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

МУНДАРИЖА
МУХАРРИР МИНБАРИ
ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Асадов Д.А., Ан А. В. Оналар ўлими динамикаси тавсифи ва акушерлик амалиётига клиник протоколларни татбиқ этиш натижалари

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Маджидова Е.Н., Наджимитдинов С.О., Абдуллаева М.Б., Ким О.В. Транзитор ишемик хуружлар иккиламчи профилактикасида антиагрегант терапия

Рустамова М.Т., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Нурматов Д.Х. Стабил стенокардия беморларида қандли диабет II тип фонидида буйрак фаолияти бузилиши ривожланишида хавф омилларининг таъсири

Касимова М.С., Махкамова Д.К. Атеросклероз фонидидаги кўрув аъзосининг ишемик касалликларида иммунорегулятор фаолиятнинг бузилишлари

Назыров Ф.Г., Девятлов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. Ўткир билиар панкреатитни клинко-эпидемиологик аспекти

Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Файзилов Е.Н., Ашурметов А.М. Аёлларда ўткир аппендицит ташхисидидаги қийинчиликлар

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. ЭХОКГ маълумотлари асосида болаларда туғма юрак порокларини учраш частотаси

Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Муцулов Х.С., Галлямов Э.А., Балалыкин А.С. Лапароскопик холецистэктомиянинг салбий томонлари

Кочкартаев С.С. Умуртқа поғонаси бел қисми диск чурраларини эпидурал бўшлиққа кортикостероид воситаларини юбориш билан ортопедик даволаш

Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Тугизов Б.Э., Хамраев Б.У. Диспластик коксартрозларда сон-чаноқ бўғими эндопротезлашдан сўнг ўпка артерияси тромбоземболиясининг профилактик хусусиятлари

Ашуров А.М., Боймурадов Ш.А. Кранио-фасциал жароҳатланган беморларда постравматик синуситлар

6 **ОГЛАВЛЕНИЕ**
КОЛОНКА РЕДАКТОРА
ПРАВО И ЭКОНОМИКА

7 Асадов Д.А., Ан А. В. Динамика материнской смертности и результаты внедрения клинических протоколов в акушерскую практику

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

11 Маджидова Е.Н., Наджимитдинов С.О., Абдуллаева М.Б., Ким О.В. Антиагрегантная терапия во вторичной профилактике инсульта у больных с транзиторными ишемическими атаками

16 Рустамова М.Т., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Нурматов Д.Х. Влияние факторов риска развития нарушения почечной функции у больных стабильной стенокардией на фоне сахарного диабета II типа

19 Касимова М.С., Махкамова Д.К. Нарушения иммунорегуляторных функций при ишемических заболеваниях органа зрения на фоне атеросклероза

21 Назыров Ф.Г., Девятлов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. Клинико-эпидемиологические аспекты острого билиарного панкреатита

27 Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Файзилов Е.Н., Ашурметов А.М. Трудности в диагностике острого аппендицита у женщин

29 Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. Частота врожденных пороков сердца у детей по данным ЭХОКГ

32 Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Муцулов Х.С., Галлямов Э.А., Балалыкин А.С. Негативные стороны лапароскопической холецистэктомии

37 Кочкартаев С.С. Ортопедическое лечение при грыжах поясничного отдела позвоночника с применением эпидурального введения кортикостероидов

42 Ахмедов Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Тугизов Б.Э., Хамраев Б.У. Особенности профилактики тѐла после тотального эндопротезирования при диспластических коксартрозах

47 Ашуров А.М., Боймурадов Ш.А. Постравматические синуситы у больных с кранио-фасциальными травмами

- Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Акилов Ф.А., Егоров А.Б., Юлдашев Ж.М., Саиткулов Ж.С.** 5-А редуктаза ингибиторларининг простата беги хавфсиз гиперплазиясини трансуретрал резекцияси натижасига таъсири
- Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г.** Қони резус манфий бўлган аёлларнинг хомиладорлиги натижасининг таҳлили
- Асадов Д.А., Ан А. В.** Олдиндан бартараф этиш нуқтаи-назаридан критик ҳолатлар ва оналар ўлими таҳлили
- Гафурова Ф.А., Артикходжаева Г.Ш.** Ўтиш давридаги аёлларда хайз олди синдромини патогенетик коррекциялашнинг янги имкониятлари
- Илхомова Х.А., Тошметова Б.Р.** Нафас тизими касалликлари билан касалланган болаларда стридор ва ёндош патологияларни учраш частотаси
- Мирджураева Н.Р. Шамансуров Ш.Ш.** Мактаб ёшидаги болаларда когнитив ўзгаришларнинг эрта объектив диагностик критерийлари
- Туракулова Д.М., Бабаджанова Л.Д., Назирова З.Р. Олимова Д.А.** Болаларда браун синдромини комплекс даволашнинг ўзига хос жиҳатлари
- Усманова Д.Д., Вафоева Г.Р.** Қандли диабетнинг 2 типиди диабетик энцефалопатияга қарши терапия
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Тешабаев М.Г., Туланов Д.Ш., Мансурова П.Х., Халилова Б.Р., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б.** Юз-жағ соҳаси ўткир йирингли яллиғланиш касалликларини этиологик структураси
- Зарединов Д.А., Назарова Н.Б.,** Беморлар оладиган эффектив нурланиш дозаларини ҳисобга олишнинг ҳуқуқий жиҳатлари
- Маматкулов Б., Уразалиева И.** Аҳоли ва умумий амалиёт врачлари томонидан патронаж хамшираларининг фаолиятини баҳолаш
- Нурузова З.А., Шадманова Н.А.** Стафилококлар келтириб чиқарадиган инфекциялар ваантибиотикларга турғунлик муаммоси
- Иргашев Ш.Б., Торакулов Д.Д.** Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш муаммоси
- Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Акилов Ф.А., Егоров А.Б., Юлдашев Ж.М., Саиткулов Ж.С.** Влияние ингибиторов 5- α редуктазы на результат трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы
- Жабборов У.У., Расуль-Заде Ю.Г.** Анализ исходов беременности у женщин с резус-отрицательной кровью
- Асадов Д.А., Ан А. В.** Анализ критических состояний и материнских потерь с позиции их предотвратимости
- Гафурова Ф.А., Артикходжаева Г.Ш.** Новые возможности патогенетической коррекции предменструального синдрома у женщин в переходном периоде
- Илхомова Х.А., Тошметова Б.Р.** Частота стридора и сопутствующей патологии у детей с респираторными заболеваниями
- Мирджураева Н.Р. Шамансуров Ш.Ш.** Ранние диагностические критерии когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста
- Туракулова Д.М., Бабаджанова Л.Д., Назирова З.Р. Олимова Д.А.** Особенности комплексного лечения детей с синдромом брауна
- Усманова Д.Д., Вафоева Г.Р.** Терапия диабетической энцефалопатии при сахарном диабете 2 типа
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Тешабаев М.Г., Туланов Д.Ш., Мансурова П.Х., Халилова Б.Р., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б.** Этиологическая структура острой одонтогенной инфекции
- Зарединов Д.А., Назарова Н.Б.,** Правовые аспекты учета эффективных доз для пациентов
- Маматкулов Б., Уразалиева И.** Мнение населения и врачей общей практики о качестве труда патронажных медицинских сестер
- Нурузова З.А., Шадманова Н.А.** Стафилококковые инфекции резистентности к антибиотикам
- Иргашев Ш.Б., Торакулов Д.Д.** Фундаментальные подходы инновационного решения проблем

ларини ечишда инновацион ёндошувлар

формирования здорового образа жизни среди населения

Икрамов О.И., Камилов Х.М., Гулямова М.Д. Республика клиник офтальмологик шифохонаси (РКОШ) шароитида кўз жароҳатини таркибий тахлили ва кўзнинг тешиб ўтувчи жароҳатларида кўз орқа қисмининг клиник кечининг хусусиятларини ўрганиш

Икрамов О.И., Камилов Х.М., Гулямова М.Д. Анализ структуры стационарной глазной травмы в условиях республиканской клинической офтальмологической больницы (РКОБ) и изучение особенностей клинического течения проникающих ранений глазного яблока с повреждением заднего отдела

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

Дадаев Х.А., Мирджуроаев Э.М., Захидова М.У., Акилов Д.Х., Дадаева Х.Х. Шарқ халқ тиббиёти

Дадаев Х.А., Мирджуроаев Э.М., Захидова М.У., Акилов Д.Х., Дадаева Х.Х. Народная медицина востока

АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР

Пардаев Д.Э., Бахадирова И.Б. Кулоқ супрасининг гемангиомаси

Пардаев Д.Э., Бахадирова И.Б. Гемангиома ушной раковины

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У. Гастроэнтерологияда депрессив холатлар диагностикаси ва даволаш усуллари

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У. Диагностика и лечение депрессивных состояний в гастроэнтерологии

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Мухторов Ш.Т., Худайбергенов У.А., Беляев А.Л., Шерипбаев Р.Б. Қовуқ-қин оқмаларини жаррохлик йули билан даволаш истиқболлари

Мухторов Ш.Т., Худайбергенов У.А., Беляев А.Л., Шерипбаев Р.Б. Перспектива хирургического лечения при пузырно-влагалищных свищах

Аллазов С.А. Интоксикациянинг лейкоцитар индекси ташхис исботи ва даволаш таъсирчанлигини баҳолашда қўшимча параметр сифатида

Аллазов С.А. Лейкоцитарный индекс интоксикации как дополнительный параметр достоверности диагностики и эффективности лечения при воспалительных и интоксикационных процессах

Абдурахимов З.А. Тиббиётда масофавий таълимнинг журнал ва электрон таълимнинг ривожланиши

Абдурахимов З.А. Развитие журнального и электронного дистанционного образования в медицине

Низомов Ш.А. Болаларда уретранинг такрорий стриктурасини хирургик даво самарадорлигини ошириш

Низомов Ш.А. Способ улучшения результатов хирургического лечения рецидивных стриктур уретры у детей

Таштемирова И.М., Рахматов Р.С., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Сотволдиев Ғ.И. Оилавий гиперхолестеринемияда цитокинлар даражаси ва липидларнинг пероксидланиш жараёни бузилишининг ўзаро боғлиқлиги

Таштемирова И.М., Рахматов Р.С., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Сотволдиев Ғ.И. Взаимосвязь нарушения обмена жирных кислот и степени цитотоксичности у больных семейной гиперхолестеринемией

Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т., Хўжамбердиев М.А. Метаболик синдром ва унинг асосий компонентларини аёллар ўртасида тарқалиши

Таштемирова И.М., Юлдашева Г.Т., Хўжамбердиев М.А. Распространенность среди женщин метаболического синдрома и его факторов риска

2. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Прерывание беременности и материнская смертность //Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. – М., 2009. - №1. - С. 21-27.
3. Материнская смертность и инвалидность: непосильное бремя //UNFPA. Народонаселение мира в 2005 году.-США, Нью-Йорк, 2005.-40 с.
4. Медико-организационные причины материнской смертности после абортс//Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. - М., 2009. - N11. - С. 24-28.С
5. Наджимутдинова Д. К. Организация и обеспечение антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в первичном звене здравоохранения//Организация и управление здравоохранением. Ташкент,2015. том 61 №7 с 49-56.
6. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности// Акушерство и гинекология. — 2011. — № 7. — Ч. 1. — С. 4–10.
7. Токова З. З., Фролова О. Г. Факторы риска материнских потерь //Здравоохран. Рос. Федерации. - М.,2008. - N2. - С. 19-23.
8. Полунина Н. В. Проблемы качества оказания акушерской помощи и мероприятия по ее улучшению// Российский медицинский журнал. - М., 2013. - N2. - С. 3-5
9. Филиппов О.С., Флек В.О., Гусева Е.В. Финансовое обеспечение службы родовспоможения и его влияние на показатель материнской смертности //Здравоохранение Российской Федерации. – М., 2008. - №6. - С.33-37.
10. Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents Health 2016 to 2030. New York; 2015:108.

УДК:616.831-005.1/6:616.12-005.4-085

АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Маджидова Е.Н., Наджимитдинов С.О., Абдуллаева М.Б., Ким О.В.

(ТМА, ТашПМИ)

Цереброваскулярные заболевания – одна из ведущих причин смертности и инвалидизации населения во всем мире. В Узбекистане ежегодно регистрируются более 40 000 инсультов. Профилактика инсульта является наиболее эффективной стратегией в лечении цереброваскулярных заболеваний. В статье рассматриваются результаты международных многоцентровых исследований, доказанные терапевтические режимы, которые могут быть рассмотрены как метод выбора в случаях плохой переносимости и лечении групп больных с высоким риском инсульта.

Ключевые слова: транзиторные ишемические атаки, вторичная профилактика инсульта, антиагрегантная терапия.

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖЛАР ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯ

Бош мия қон томир касалликлари дунёда ўлим ва ногиронликнинг етакчи сабабларидан биридир. Ўзбекистонда ҳар йили 40 мингдан ортиқ инсульт қайд этилади. Инсултни олдини олиш – бу бош мия қон-томир касалликларини даволашда энг самарали стратегия ҳисобланади. Мақолада халқаро кўп марказли тадқиқотлар натижалари батафсил баён этилган бўлиб, ишончли тасдиқланган терапевтик режимларни аниқлайди, бу эса дори препаратларини яхши кўтара олмаслик ва юқори қон томир хавфи бўлган беморларни даволашда танлаш усули сифатида қаралиши мумкин.

Калит сўзлар: транзитор ишемик хуруж, инсултнинг иккиламчи профилактикаси, антиагрегант терапия, ацетилсалицил кислотаси, дипиридамол, колопидогрел.

ANTIAGGREGANT THERAPY IN THE SECONDARY PREVENTION OF STROKE IN PATIENTS WITH TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

Cerebrovascular diseases are one of the leading causes of death and disability worldwide. More than 40,000 strokes are registered annually in Uzbekistan. Stroke prevention is the most effective strategy in the treatment of cerebrovascular diseases. The article discusses in detail the results of international multicenter trials, identifies evidence based treatment methods that can be considered as a method of choice in cases of poor tolerability and in the treatment of groups of patients with high risk of stroke.

Keywords: transient ischemic attacks, secondary prevention of stroke, antiplatelet therapy, acetylsalicylic acid, dipyridamole, clopidogrel

Цереброваскулярные заболевания – одна из ведущих причин смертности и инвалидизации населения во всем мире [1,2,3]. Острые нарушения мозгового кровообращения в структуре общей смертности в России составляют 21,4%, а инвалидизация вследствие инсульта достигает 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидизации. Из выживших лишь 10-20% в состоянии вернуться к прежней работе [1]. В Узбекистане ежегодно регистрируются более 40 000 инсультов.

Профилактика инсульта является наиболее эффективной стратегией в лечении цереброваскулярных заболеваний [2], она может быть первичной и вторичной.

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития первого инсульта, основана на концепции факторов риска и возможностях их коррекции. Она подразделяется на «массовую стратегию», которая направлена на распространение знаний среди населения о факторах риска возникновения инсульта и мероприятиях по их последующему снижению, и «стратегию групп высокого риска», ставящую своей целью выявление, наблюдение и профилактическое лечение групп пока еще асимптомных лиц, имеющих высокий риск развития инсульта.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного инсульта и базируется на анализе и коррекции факторов риска, имеющихся у больного, и знании патогенеза инсульта, так как при повторном его развитии патогенетические механизмы во многих случаях остаются такими же. Повторные инсульты переносят около 30% больных, что в 9 раз превышает вероятность инсульта в общей популяции; в течение первого года повторные инсульты происходят у 15 - 26% больных [2].

Профилактические мероприятия с доказанной эффективностью международными и национальными мультицентровыми исследованиями, имеют следующие направления: раннее выявление и

адекватное лечение лиц с артериальной гипертонией, перенесенным ранее инсультом, постоянной фибрилляцией предсердий, транзиторными ишемическими атаками (ТИА) [2].

Транзиторные ишемические атаки (ТИА) определяются клинически как быстро возникающие очаговые и реже диффузные (общемозговые) нарушения функции головного мозга, вызванные локальной ишемией в течение не более суток [1, 2].

Клинические симптомы ТИА обычно возникают внезапно, достигают максимума в течение нескольких секунд или одной-двух минут и сохраняются 10-15 минут, значительно реже - нескольких часов (до суток). Очаговые симптомы поражения головного мозга разнообразны и определяются локализацией ишемии мозга в каротидном или вертебрально-базиллярном бассейне. Часто ТИА проявляются легкими неврологическими нарушениями (онемение лица и руки, легкий гемипарез или монопарез руки), хотя возможны и выраженные расстройства (гемиплегия, тотальная афазия). Нередко наблюдается кратковременное снижение зрения на один глаз («amaurosis fugax»), что обусловлено нарушением кровообращения в глазничной артерии.

Как показали исследования, важным механизмом развития ТИА и вторич-

ных мозговых инсультов является изменения агрегации тромбоцитов.

В обзоре исследований Antithrombotic Trialists' Collaboration [5] представлены доказательства эффективности антиагрегантной терапии, позволяющей уменьшить риск серьезных сосудистых эпизодов, примерно, на 25%. Большинство больных с симптомами сосудистой патологии, включая ишемический инсульт и транзиторные ишемические атаки (ТИА), следует лечить антиагрегантными препаратами. Антитромбоцитарная терапия снижает трехгодичный риск серьезных сосудистых эпизодов на 18–22%, что эквивалентно предотвращению 40 случаев серьезных сосудистых эпизодов на 1000 леченых больных.

Антиагрегантный препарат для вторичной профилактики следует выбирать с учетом факторов риска и системной сосудистой патологии (инфаркт миокарда, инсульт, ТИА, перемежающаяся хромота), особенностей гемостаза у конкретного пациента, данных об эффективности, безопасности, побочных эффектах и переносимости [3,4].

По данным международных многоцентровых исследований, **наиболее эффективными препаратами для вторичной профилактики ишемических нарушений мозгового кровообращения** являются ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, тиклопидин и клопидогрель [1,2,3]

Ацетилсалициловая кислота (АСК) в профилактике повторных нарушений мозгового кровообращения ишемического генеза в настоящее время наиболее широко известна среди антиагрегантов. Именно по отношению к ней рассматривается эффективность всех других антиагрегантов, поскольку сравнительные исследования этих препаратов не проводили. Она не только эффективно снижает частоту развития повторных инфарктов мозга и ТИА, но и риск развития инфарктов миокарда и других сосудистых заболеваний. АСК, как «золотой стандарт», выбрана не случайно: она легко дозируется, относительно безопасна, недорога, побочные эффекты в результате длительного периода клинического при-

менения у самых разнообразных групп больных хорошо известны и предсказуемы [6,7].

Антитромботический эффект АСК связан с подавлением агрегации тромбоцитов за счет необратимой блокады в них фермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и почти полного подавления продукции тромбоксана А₂. Особенностью ЦОГ-1 является ее чрезвычайно высокая чувствительность к действию АСК, которая в десятки раз превышает таковую ЦОГ-2, ответственной за продукцию простациклина в эндотелии сосудов. Таким образом, в малых дозах АСК, блокируя только ЦОГ-1 и оставляя интактной ЦОГ-2, вызывает преимущественное снижение продукции тромбоксана А₂, в то время как уровень простациклина, мощного естественного вазодилататора и антиагреганта, сохраняется высоким. В более высоких дозах АСК вызывает подавление обоих изоферментов [3]. Основным механизмом действия ацетилсалициловой кислоты связан с необратимой блокадой циклооксигеназы-1. Она присутствует как в тромбоцитах, так и в сосудистой стенке. Кроме того, ацетилсалициловая кислота приводит безъядерные тромбоциты к потере способности агрегировать на протяжении всей их жизни, которая составляет 7-10 дней. Такого продолжительного эффекта нет у других антиагрегантных препаратов. Несмотря на то, что ежедневно обновляется около 10% всего пула тромбоцитов, после однократного введения ацетилсалициловой кислоты необходимы 5-7 дней, чтобы хотя бы половина тромбоцитов восстановила свою функцию. Три других препарата имеют иные механизмы действия на агрегацию. **Дипиридамол** блокирует обратный захват аденозина (мощного ингибитора агрегации тромбоцитов) и подавляет фосфодиэстеразу, увеличивая локальную концентрацию в клетках циклической АМФ. **Тиенопиридины** (тиклопидин и клопидогрель) блокируют АДФ-индуцируемую агрегацию и связывание фибриногена (экранируя гликопротеин IIb/IIIa) [3].

Данные метааналитического исследования продемонстрировали снижение риска серьезных сосудистых событий на

13% при терапии АСК. Также было показано, что снижение суточной дозы АСК до 1 мг/кг позволяет значительно уменьшить частоту развития побочных эффектов. Средние дозы АСК (75–300 мг/сут) рекомендуют пожизненно пациентам, перенесшим ТИА или инсульт [3,5, 6,8].

В метаанализе (Antithrombotic Trialists' Collaboration) включены результаты 287 исследований, в которых принимали участие 135000 пациентов с высоким риском развития сосудистых заболеваний. Результаты свидетельствуют, что назначение антиагрегантов этим больным позволяет снизить риск развития нефатального инфаркта миокарда + нефатального инсульта + иных сосудистых заболеваний не менее чем на одну четверть. Избирательный анализ почти двух десятков тысяч больных, перенесших только ишемический инсульт или ТИА, показал, что антиагреганты способствовали профилактике 36 повторных нарушений мозгового кровообращения на 1000 больных, принимавших эти препараты в течение двух лет [5]. Исследования CAPRIE продемонстрировали, что клопидогрель более эффективен для снижения сочетанного риска сосудистых событий, чем АСК. Он является препаратом второй линии в лечении пациентов, нечувствительных к АСК или имеющих противопоказания к ее применению, и первой линии у пациентов с патологией периферических артерий [10]. Таким образом, общая безопасность клопидогреля оказалась такой же, как безопасность средних доз АСК. В 2003 году Европейский Совет по инсульту, Европейское неврологическое общество и Европейская Федерация неврологических обществ в рамках объединенной Комиссии - European Stroke Initiative (EUSI) опубликовали рекомендации по лечению инсульта и вторичной профилактике ишемического инсульта. Было подчеркнуто, что ацетилсалициловая кислота на 13% уменьшает риск развития повторных инсультов; дипиридамол пролонгированного действия в сочетании с ацетилсалициловой кислотой уменьшает риск развития повторных инсультов на 23% по сравнению только с ацетилсалициловой кисло-

той (**ESPS-II: European Stroke Prevention Study**, 6602 больных, перенесших ТИА или инсульт). Клопидогрель оказывает несколько более выраженное (на 8,7%) снижение относительного риска инфарктов миокарда, инсультов или смерти вследствие сосудистой патологии, чем ацетилсалициловая кислота (**CAPRIE: Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events**, около 20000 больных с инсультом, инфарктом миокарда или заболеваниями периферических сосудов) [11]. Рекомендации **EUSI-2003** постулируют, что: **антиагрегантная терапия является эффективным методом вторичной профилактики инсультов**. Существуют несколько доказанных терапевтических режимов. Любой из них может быть рассмотрен методом выбора: ацетилсалициловая кислота в дозах 50-325 мг/сутки или ацетилсалициловая кислота (25 мг) + дипиридамол (200 мг) дважды в сутки или клопидогрель (75 мг/сутки) в тех случаях, когда первые два метода лечения плохо переносятся или проводится лечение групп больных с высоким риском инсульта. Таким образом, значение **ацетилсалициловой кислоты (АСК)** как **эффективного** и доступного антиагрегантного средства в профилактике инсульта общепризнано.

Тесно связан с дозами вопрос о побочных эффектах ацетилсалициловой кислоты. Одним из факторов, чаще всего ограничивающих использование АСК, являются побочные эффекты, в первую очередь, воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Побочные эффекты наблюдаются у 5-8% пациентов, получавших ацетилсалициловую кислоту. Чаще всего речь идет о гастритах, язвах желудка и 12-перстной кишки, острых колитах. Описаны аллергические реакции и внутричерепные кровоизлияния. Метаанализ контролируемых испытаний ацетилсалициловой кислоты показал, что его прием увеличивает риска желудочно-кишечных кровотечений или язвообразований в 3,5 раза. Большая часть таких осложнений развивается при приеме высоких доз препарата. Патологические механизмы (необратимое ингибирование циклооксигеназы-1, нарушение

синтеза простагландинов и тромбосана А2) и клинические проявления воздействия АСК на слизистую желудка многократно описаны в литературе. Показания к применению **кардиомагнила** соответствуют таковым для АСК и включают профилактику заболеваний, сопровождающихся повышенной агрегацией тромбоцитов (тромбозы, эмболии, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, мигрень, ишемический инсульт, нарушения мозгового кровообращения, послеоперационный период после аортокоронарного шунтирования и чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики). Противопоказания к приему препарата: недавнее желудочно-кишечное кровотечение; кровоизлияние в мозг; сниженное содержание тромбоцитов или склонность к кровотечению; гемофилия; геморрагический диатез; гипо-

протромбинемия; бронхиальная астма или аллергия, вызываемая АСК или салицилатами; эрозивно-язвенное поражение ЖКТ (в фазе обострения); почечная недостаточность; беременность (I и III триместры); период лактации; дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов; детский возраст. Таким образом, кардиомагнил является современным лекарственным средством, которое способно улучшить переносимость АСК и снизить частоту эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка.

Обсуждение вопросов вторичной профилактики инсультов, поиск лучших сочетаний лекарственных средств активно продолжается. Учитывая огромную медико-социальную значимость проблемы, можно надеяться на значительный прогресс в этом направлении.

Литература:

1. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002; 118 с.
2. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики. /Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. - М.: Интермедика, 2002. - 208с.
3. Суслина З.А., Танащян М.М. Антиагрегантная терапия при ишемических цереброваскулярных заболеваниях. Пособие для практикующих врачей. М., 2003; 40 с.
4. Ушкалова Е.А. Добавление клопидогрела к ацетилсалициловой кислоте может быть полезно больным с симптоматическим атеротромбозом, но не рекомендуется для пациентов с множественными факторами риска: результаты исследования CHARISMA/Фарматека, 2006; 13: 16–8.
5. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. Brit Med J 2002; 324: 71–8
6. Algra A, van Gijn J. Aspirin at any dose above 30 mg offers only modest protection after cerebral ischaemia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 197–9.
7. Algra A, van Gijn J. Cumulative meta-analysis of aspirin efficacy after cerebral ischaemia of arterial origin. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 66: 255.
8. Awtry E.H. Loscalzo J. Aspirin. Circulation. 2000;101: 1206–18.
9. Latini R., Cerletti C., de Gaetano G., and oth. Comparative bioavailability of aspirin from buffered, enteric-coated and plain preparations. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol. 1986; 24: 313–318.
10. CAPRIE Steering Committee. A randomized, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events CAPRI. Lancet 1996; 348: 1329–39.
11. European Stroke Prevention Study (ESPS): antithrombotic therapy is also effective in the elderly. Department of Neurology, University of Kuopio, Finland. Acta Neurol Scand 1993; 87 (2).