

статинотерапии, показали развитие осложнений, которые потребовали отмены ЛС у 3% больных, принимавших аторвастатин, у 1% из группы плацебо и у 4% пациентов, лечившихся другими статинами. Случаи развития миопатии и рабдомиолиза не зарегистрированы.

Таким образом, аторвастатин является препаратом выбора для лечения больных с различными формами ИБС: 14 лет клинического применения, наибольшая доказательная база (400 исследований с привлечением более 80 тыс пациентов – MIRACL, CURVES, REVERSAL, GREACE, CARDS, ASCOT-LLA, ASAP, ALLIANCE, AVERT и др.), доказанное быстрое достижение целевого уровня липидов крови, уменьшение атеросклеротической бляшки и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, достоверное влияние на уровень СРБ, широчайший спектр других плеiotропных эффектов, лучший профиль переносимости по данным FDA, наиболее оптимальное соотношение эффективность/безопасность, эффективность/стоимость лечения, увеличение продолжительности жизни больных при минимальных затратах.

Как увеличить приверженность пациентов к статинотерапии?

Одним из возможных путей улучшения приверженности статинотерапии является повышение уровня знаний пациентов о причинах развития и современных подходах к лечению ИБС. Надо учитывать, что больные охотнее продолжают принимать те лекарства, которые им назначили в стационаре, особенно при объяснении пользы соблюдения назначенных врачом доз и продолжительности лечения. Нередко причиной отказа от статинотерапии является ее низкая эффективность, в связи с чем следует избегать применения «слабых» статинов и/или их низких (неадекватных) доз, которые не позволяют достичь желаемых результатов.

Также необходим регулярный мониторинг побочных эффектов статинотерапии, которые также могут способствовать необоснованному прекращению лечения. В частности, перед назначением статинов нужно определить

уровень печеночных трансаминаз и при подборе дозы ЛС (в течение первых 2-3 месяцев) ежемесячно его контролировать. Во время поддерживающей терапии биохимический анализ можно проводить 1 раз в 3-6 месяцев.

Наиболее существенной причиной недостаточной приверженности статинотерапии является ее экономическая недоступность для широких слоев населения, особенно если речь идет о длительном применении ЛС. Решить эту проблему могут препараты-генерики. Их основное преимущество заключается в сравнительно невысокой стоимости при достаточном терапевтическом эффекте, который близок или идентичен оригинальному препарату. Однако на практике следует использовать только те генерические ЛС, которые отвечают основным требованиям качественного генерика: с доказанной биоэквивалентностью, исследованиями эффективности препарата-генерика (терапевтическая эквивалентность), имеющимся зарубежным и отечественным клиническим опытом применения, европейским качеством (соблюдение стандартов GMP, GCP) и низкой стоимостью терапии. Одним из таких генериков является Торвакард (Зентива, Чехия), биоэквивалентность, клиническая эффективность и безопасность которого подтверждены в специально спланированных клинических исследованиях, проведенных в Чехии (ATLET, 6786 больных с ИБС и артериальной гипертензией).

Таким образом, в последние десятилетия появилась поистине уникальная возможность приостанавливать прогрессирование атеросклероза и предупреждать развитие фатальных сердечно-сосудистых осложнений у ранее бесперспективной группы больных ИБС. Как показывает практический опыт, тщательно спланированная программа фармакотерапии с обязательным назначением антиагрегантов, статинов, бета-адреноблокаторов и ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы позволяет улучшить не только прогноз, но и со временем самочувствие и качество жизни пациентов.

Список литературы находится в редакции мед.газеты.

УДК 615.21/26.005.10

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

К.А. ЗОРДИНОВА, А.Б. АБДЫКУЛОВА, М.Н. АШИМБАЕВА,
А.К. БАЙПАКБАЕВА, И.М. СУЛЕЙМЕНОВА,
П.В. ШЕИН, А.Г. ЕРЖАНОВА

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Алматы*

Проблема заболеваний органов кровообращения в Казахстане остается сложной и требует активных усилий со стороны государства. Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» выдвигает одним из приоритетных направлений борьбу с сердечно-сосудистыми болезнями и увеличение продолжительности жизни населения. Так, заболеваниями органов кровообращения в РК в абсолютном выражении страдают на 2010 год 1 845 196 человек (153,2 на 100 000 населения) [1]. Среди этой категории заболеваний доминирующие места занимают артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Еще более острой является эта проблема в связи с тем, что сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте в структуре причин смертности населения

Казахстана. Так, смертность от болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) в 2010 году составила в показателях 403,99 на 100 000 населения. Несмотря на общую тенденцию снижения уровня смертности от болезней СССР (в 2005 году этот показатель равнялся 535,5 на 100 000 населения), среди заболеваний, входящих в категорию «сердечно-сосудистых», актуальной остаются АГ и ИБС, показатели заболеваемости по которым неизменно растут. Так, на 2010 год показатель заболеваемости по АГ в РК составляет 913,8 на 100 000 населения (для сравнения, в 2005 году – 482,9 на 100 000), по ИБС – 421,3 на 100 000 (в 2005 году – 317,7 на 100 000) [1].

Несомненно, идет неуклонный рост заболеваемости, несмотря на немалые усилия, предпринимаемые организациями здравоохранения профилактического и лечеб-

ного характера. Это связано с проблемами, с которыми в настоящий период столкнулось все мировое сообщество клиницистов, занимающихся вопросами профилактики и лечения сердечно-сосудистой патологии, среди которых возможности оптимизации лекарственной терапии занимают ведущее место. В последние годы особое значение придается вопросам повышения эффективности и безопасности антигипертензивной терапии, и достижение целевого уровня АД рассматривается самым важным результатом успеха фармакотерапии.

В настоящее время клиницисты прекрасно осознают значимость рациональной терапии, особенно АГ, так как она является одним из главных факторов риска развития атеросклероза, ИБС, инсульта, заболеваний, являющихся основной причиной инвалидизации и смерти.

Однако, несмотря на то, что разработка и внедрение в широкую практику высокоэффективных антигипертензивных препаратов сделали АГ одним из самых модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, до сих пор даже в Западной Европе и США не достигнут адекватный контроль за уровнем АД. Так, например, в странах Запада АД должным образом контролируется менее чем у 30%, а в России – у 17,5% женщин и 5,7% мужчин, больных АГ [2]. В чем причина столь низкой частоты достижения целевого уровня АД? Причин, безусловно, несколько, но очевидно, что такие низкие целевые уровни АД диктуют особые требования к эффективности антигипертензивной терапии.

Установлено, что монотерапия эффективна лишь у 30–50% пациентов даже с АГ I–II степени по классификации ВОЗ и ВНОК (140–159/90–99 и 160–179/100–109 мм рт.ст., соответственно). В крупных клинических исследованиях добиться целевого снижения АД у больных с АГ также удавалось лишь при использовании у большинства из них комбинации двух и более препаратов. Так, в исследовании SHEP число таких больных составило 45%, MAPHY – 48,5%, ALLHAT – 62%, STOP-Hypertension – 66%, INVEST – 80%, LIFE – 92% [3].

Необходимость назначения нескольких препаратов для достижения целевого АД доказывает и рутинная клиническая практика. По результатам работы отдела системных гипертензий НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РК НПК МЗ РФ, лишь 33% лечившихся пациентов с АГ «ответили» на монотерапию; у 22% больных для достижения целевого уровня АД требовалось назначение 2, а у 25% – 3 лекарственных средств. В 10% случаев контроль АД достигался при назначении 4 препаратов, а в 2% случаев требовалась 5–компонентная антигипертензивная терапия [2].

Исходя из вышеизложенного, возрастает роль комбинированной антигипертензивной терапии, т.е. комбинаций низких и/или средних доз антигипертензивных препаратов из разных классов. Предпочтение к применению комбинированной терапии заметно возросло в течение последних лет, что нашло отражение в рекомендациях экспертов ВНОК так же, как и в последних европейских (ЕОГ–ЕОК) и американских (JNC VII) рекомендациях по лечению АГ.

Так, согласно российским рекомендациям, возможность проведения комбинированной антигипертензивной терапии внесена в алгоритм лечения даже у пациентов с I степенью (140–159/90–99 мм рт.ст.) АГ, а начиная со второй степени АГ, она рекомендована в подавляющем большинстве случаев. Согласно рекомендациям ВНОК, комбинированную терапию уже на старте лечения, минуя стадию монотерапии, следует назначать больным с уровнем АД более 160/100 мм рт.ст., при наличии СД, протеинурии, ХПН, поражения органов–мишеней.

Неоспоримыми преимуществами комбинированной терапии являются: значительное усиление антигипертензивного эффекта. Это происходит потому, что при назначении рациональных комбинаций происходит не просто механическое сложение эффективности двух лекарственных средств, а потенцирование их действия. Во-первых, разные препараты воздействуют на различные механизмы повышения АД, тем самым дополняя действие друг друга. Во-вторых, происходит торможение контррегуляторных механизмов, которые запускаются практически всегда на начальных этапах назначения антигипертензивных препаратов и приводят к уменьшению их эффективности. В-третьих, уменьшается частота побочных эффектов. Это связано с тем, что при комбинированной терапии применяют более низкие дозы препаратов, входящих в состав комбинации, а чем ниже дозы, тем меньше побочных эффектов. Кроме того, ряд комбинаций приводит к взаимной нейтрализации некоторых побочных эффектов их компонентов. В-четвертых, увеличение количества пациентов, которые «ответят» на лечение, т.е. у которых назначение препарата приведет к желаемому снижению АД. Существующие на сегодняшний день клинические, лабораторные и инструментальные методы не позволяют, к сожалению, определить, какие именно механизмы определяют высокое АД у данного конкретного пациента. На практике это оборачивается длительным по времени подбором антигипертензивного средства, и редко первый выбранный препарат идеально подходит больному. Назначение комбинированной терапии в 2 раза повышает вероятность ответа на лечение. В-пятых, наиболее эффективная защита органов–мишеней АГ и, следовательно, более эффективное снижение риска осложнений. Однако следует помнить, что преимущества комбинированной терапии, заключающиеся в потенцировании антигипертензивного действия и уменьшении числа побочных эффектов, присущи лишь рациональным комбинациям. К ним относят сочетания и-АПФ с антагонистами кальция (АК), диуретика с и-АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов (БАР), диуретика с АК, АК с БАР, АК (дигидропиридинового ряда) с бета-адреноблокаторами (БАБ).

Многие комбинации хорошо знакомы нашим врачам и пациентам, их достоинства получили хорошую заслуженную оценку. В данной статье хотелось бы остановиться на новой рациональной комбинации, рекомендованной для лечения АГ и ИБС – комбинации селективного бета-блокатора – бисопролола и антагониста кальция дигидропиридинового ряда – амлодипина.

Что нового содержит предложенная комбинация, как работать ее компоненты и в чем ее клиническая ценность? Рассмотрим каждый компонент комбинации. Мы все хорошо знаем классическое положение, согласно которому уровень АД зависит от величины сердечного выброса (а это произведение ударного объема сердца на ЧСС) и сосудистого сопротивления, то ответ напрашивается сам собой – кроме β-адреноблокаторов, целенаправленно воздействовать на ЧСС никакие другие классы антигипертензивных препаратов не могут. Если даже говорить об эффектах агонистов имидазолиновых рецепторов и периндоприла, то они опосредованы. Доказано, что, как минимум у трети пациентов с АГ имеет место тахикардия, требующая назначения бета-адреноблокаторов.

На текущий день существует огромная доказательная база применения бета-блокаторов при АГ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Несомненным лидером по числу доказательств является бисопролол. Какова антигипертензивная активность бисопролола в свете современных представлений? Эффективность антигипертензивного действия бисопролола имеет дозозависимый

характер. Так, установлено, что при назначении препарата в дозах 5, 10 и 20 мг/сут САД снижалось соответственно на 10, 14 и 20%. По мере возрастания дозы увеличивалось число пациентов с диастолическим АД (ДАД) <90 мм рт. ст. Антигипертензивный эффект бисопролола сравнивался с представителями различных классов антигипертензивных препаратов. В рандомизированном двойном слепом 8-недельном исследовании [4] у больных АГ пожилого возраста бисопролол в дозе 10–20 мг/сут превосходил по своей эффективности нифедипин пролонгированного действия по 20–40 мг 2 раза в сутки.

По способности влиять на состояние органов-мишеней при АГ и оказывать защитное действие бисопролол гипертрофию левого желудочка уменьшал на 10–14,5%. Это существенно выше, чем в среднем по группе бета-адреноблокаторов, с учетом данных всех трех метаанализов по уменьшению гипертрофии левого желудочка.

Изучалось влияние бисопролола на развитие метаболического синдрома. Результаты сравнительного исследования ателолола, метопролола тартрата и бисопролола у пациентов с АГ и сопутствующим сахарным диабетом и/или хронической обструктивной болезнью легких показали явные преимущества бисопролола. В группе бисопролола параметры (уровень гликемии и пиковая скорость выдоха) оставались неизменными. При изучении качества жизни было выявлено: бисопролол улучшал оба параметра («работа» и «социальная жизнь»). Более того, бисопролол способен улучшать церебральную перфузию и эректильную функцию у мужчин с АГ [4].

Что же обуславливает исключительные свойства бисопролола в сравнении с другими бета-адреноблокаторами? Различия по степени кардиоселективности у различных бета-адреноблокаторов очень велики и составляют 1,8:1 для неселективного пропранолола, 1:35 для ателолола и бетаксолола, 1:20 для метопролола и 1:75 для бисопролола [5]. Следовательно, наименьший риск развития побочных эффектов, связанных со стимуляцией бета2-адренорецепторов, отмечается при применении бисопролола. Показано, что благодаря высокой селективности бисопролол не оказывает существенного влияния на углеводный и липидный обмен, поэтому может применяться у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

Итак, бисопролол по ряду ключевых для антигипертензивного препарата характеристик (кардиоселективности, длительность действия, метаболическая нейтральность и т.д.) занимает лидирующие позиции. Он обладает одной из наиболее мощных доказательных баз целесообразности своего применения у пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью различных функциональных классов (исследования CIBIS). Следовательно, бисопролол радикально отличается от ателолола и других «старых» бета-адреноблокаторов, которые поставили под сомнение целесообразность их применения у лиц с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Фактически бисопролол может рассматриваться как препарат выбора у пациентов с АГ в сочетании с ИБС (стабильной стенокардией), в особенности если имеется тенденция к увеличению ЧСС, у больных хронической сердечной недостаточностью, причем он эффективен как у пожилых (старше 60 лет), так и у более молодых больных (моложе 60 лет).

Антагонист кальция амлодипин также был изучен во многих клинических проектах. Препарат эффективно контролирует АД и относится к числу наиболее изученных антагонистов кальция в различных клинических ситуациях. По данным сравнительных исследований (ALLHAT, TOMHS, VALUE) амлодипин продемонстрировал гипотензивный эффект, равный антигипертензивной активности ингиби-

торов АПФ, антагонистов к ангиотензину II, диуретиков и β-адреноблокаторов. Наряду с оценкой АД-снижающих эффектов активно изучались сосудопротективные и антиатеросклеротические свойства этого антагониста кальция. Были проведены два исследования PREVENT и CAMELOT, по результатам этих и других контролируемых исследований эксперты Европейского общества АГ/Европейского общества кардиологов внесли в рекомендации наличие атеросклероза сонных и коронарных артерий у больных с АГ в качестве одного из показаний для первоочередного назначения антагонистов кальция. Доказанные антиишемические и антиатеросклеротические свойства амлодипина позволяют его рекомендовать для контроля за АД у больных АГ в сочетании с ИБС. С точки зрения снижения риска развития сердечной-сосудистых осложнений и улучшения прогноза при АГ (основная цель в лечении этого заболевания) этот препарат продемонстрировал большой протективный потенциал в таких сравнительных исследованиях, как ALLHAT, VALUE, ASCOT. Результаты ALLHAT обосновывают увеличение роли амлодипина в лечении пациентов с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. У пациентов с АГ, получавших АК амлодипин, независимо от пола, возраста, расы, наличия сахарного диабета, не было выявлено каких-либо отличий в частоте развития первичных исходов (случаи фатальной ИБС и нефатального инфаркта миокарда) и в частоте каждого из вторичных исходов (общая смертность, фатальные и нефатальные инсульты, ИБС в целом и сердечно-сосудистые осложнения в целом) [6]. Имеющиеся научные данные указывают на то, что амлодипин сохраняет позиции основного препарата для постоянного лечения больных АГ, ИБС и хронической сердечной недостаточностью. В исследованиях доказано длительное гипотензивное действие амлодипина, что обеспечивает очень эффективный контроль АД. Антиангинальные и протективные свойства в отношении миокарда определяют благоприятное действие амлодипина на прогноз, число госпитализаций и выживаемость пациентов с ИБС и ХСН. Амлодипин снижает массу миокарда левого желудочка, замедляет прогрессирование атеросклероза, что снижает риск сердечно-сосудистых осложнений у кардиологических больных. Кроме того, амлодипин не влияет на частоту сердечных сокращений, что нивелирует резкие гемодинамические сдвиги. В многочисленных исследованиях наблюдалась хорошая переносимость амлодипина.

Таким образом, с внедрением в клиническую практику новой комбинации (бисопролол + амлодипин) для клиницистов и самое главное для пациентов появилась радикальная возможность достижения целевых уровней АД, а значит, повышения контроля АГ. Для данной комбинации характерно потенцирование гипотензивного эффекта и уменьшение числа побочных эффектов, поскольку бета-блокаторы противодействуют возможной компенсаторной активации симпатикоадреналовой системы в ответ на терапию антагонистами кальция, а последние благоприятно влияют на липидный спектр крови и обладают антиатеросклеротическими свойствами. В связи с присутствием антиангинального действия данная комбинация особенно показана больным АГ в сочетании с ИБС. Преимущественными показаниями к назначению рациональной комбинации бисопролола и амлодипина являются: АГ и ИБС, атеросклероз сонных и коронарных артерий, тахикардии, изолированная систолическая АГ, пожилой возраст, беременность.

В Казахстане первым зарегистрирован препарат компании «Эгис», Венгрия, под наименованием «Алотендин», содержащий бисопролол и амлодипин. Нет сомнения, что предложенная новая комбинация по достоинству будет оценена клиницистами и пациентами как в клини-

ческом, так и в фармакоэкономическом плане и внесет свой неоспоримый вклад в решение сложной задачи – рациональной фармакотерапии АГ и сопутствующих ей сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Медицинская статистика МЗ РК, 2010; 2. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии, 2010. – №3. – 34 с.; 3. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105–1187; 4. Broekman CP, Haensel SM, Van de Ven LL, Slob A.K. Bisoprolol and hypertension: effects on sexual functioning in men. J Sex Marital Ther. 1992; 29:325–31; 5. Brode O–E. The pharmacology of bisoprolol. Rev Contemp Pharmacother. 1997; 8:21–33; 6. Habeler G. et al. Effectiveness and tolerance of amlodipine in treatment of patients with mild to moderate hypertension. Results of long-term study with a new calcium antagonist. Wien Klin Wochenschr 1992 104(1) 16–20.

ТҰЖЫРЫМ

АРТЕРИАЛЫҚ ҚЫСЫМНЫҢ МАҚСАТТЫ ДЕҢГЕЙІН БАҚЫЛАУДЫҢ ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ

**К.А. Зординова, А.Б. Абдыкулова,
М.Н. Ашимбаева, А.К. Байпабаева,
И.М. Сулейменова, П.В. Шеин, А.Г. Ержанова**
Алматы мемлекеттік дәрігерлерді жетілдіру институты

Қазіргі кезде клиника мамандары үшін күрделі міндет артериялық қысымның мақсатты деңгейіне қол жеткізу болып отыр. Соңғы зерттеулер мен клиникалық тәжірибе тек антигипертензиялық препараттардың әртүрлі топтарының комбинациясы ғана осы күрделі проблеманы белгілі бір деңгейде шешуге қабілетті екенін дәлелдеді. Осы мақала жүрек қантамыр ауруларын емдеу үшін ұсынылған жаңа тиімді комбинация – іріктелген бета-тежегіштің – бисопролол мен амлодипиннің – дигидропиридинді қатарының кальций антагонисттің комбинациясына арналған.

Негізгі сөздер: артериялық гипертензия, құрамдастырылған емдеу, бисопролол, амлодипин, АҚ мақсатты деңгейі

SUMMARY

NEW OPPORTUNITIES FOR MONITORING OF HYPERTENSION TARGET LEVEL

**K.A. Zordinova, A.B. Abdykulova,
M.N. Ashimbayeva, A.K. Baypabayeva,
E.M. Suleymenova, P.V. Shein, A.G. Yerzhanova**
Almaty National Medical Refresher Institute, Almaty c.

Achievement of hypertension target level remains the current challenge for clinicians. The latest studies and the clinical practice show that only the combinations of different groups of antihypertensive preparations can solve this intricate problem to some extent. This article is related to new rational combination recommended in treatment of cardiovascular diseases – combinations of selective beta-blocker – bisoprolol and dihydropyridine calcium channel blocker – amlodipine.

Key words: hypertension, combination therapy, bisoprolol, amlodipine, hypertension target level.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КОРАКСАН В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Ч.У. КЕЛГЕНБАЕВА

Кардиологический центр, г. Астана

Кораксан – ивабрадина гидрохлорид – является антиангинальным препаратом, селективно и специфически ингибирующим If-каналы синусового узла, контролирующим спонтанную диастолическую деполяризацию в синусовом узле и регулирующим ЧСС, оказывая дозозависимое уменьшение ЧСС, снижая работу сердца и уменьшая потребность миокарда в кислороде [3].

В результатах исследования BEATIFUL доказывалось большое значение применения Кораксана. Возможность селективного снижения ЧСС первым If-ингибитором Кораксаном обеспечивает профилактику серьезных сердечно-сосудистых осложнений пациентам со стабильной стенокардией, даже находящимся на рекомендованной терапии, которую до недавнего времени считали оптимальной. Кораксан – это новый шаг в лечении ишемической болезни сердца, открывающий дальнейшие перспективы в профилактике сердечно-сосудистых осложнений. Назначение пациентам с ИБС и ЧСС ≥ 70 уд/мин Кораксана позволяет существенно улучшить их прогноз. Кораксан существенно снижает риск фатального и нефатального инфаркта миокарда на 36% и риск реваскуляризации сердца на 30%. Кораксан – единственный антиангинальный препарат, доказавший влияние на прогноз у пациентов со стабильной ИБС. Результаты исследования BEATIFUL могут быть объяснены доказанной эффективностью

Кораксана в отношении уменьшения ишемии у пациентов с хронической ИБС, способностью Кораксана улучшать эндотелиальную дисфункцию и предотвращать прогрессирование атеросклероза. Несомненно, важным является тот факт, что Кораксан может комбинироваться с любыми препаратами для лечения ИБС, в том числе и с бета-блокаторами. Комбинация Кораксана и β -блокаторов является безопасной и хорошо переносится [1].

Цель – исследовать эффективность применения препарата Кораксан в лечении пациентов со стабильной стенокардией.

Материал и методы

Обследовано 16 больных с наличием стабильной стенокардии, независимо от возраста и пола, с нормальным синусовым ритмом.

Эффективность применения Кораксана исследовалась динамичным контролем ЧСС, АД, регистрацией ЭКГ, количеством приступов стенокардии за неделю и числом приема нитроглицерина или ингаляций изокета, ведением дневников самими пациентами.

Результаты и обсуждение

Исследуемые пациенты наблюдались в течение 4-х месяцев. Доза препарата Кораксан назначалась в зависимости от возраста. 8 пациентам старше 65 лет начальная доза составляла 5 мг в сутки, а остальным назначалась 10 мг в сутки. Далее доза корригировалась в