

Мексикор в лечении стабильной стенокардии и артериальной гипертензии

Н.А. ЗОЛОТАРЕВА, Ю.С. МЕДЯНКА

/Одесский национальный медицинский университет/

Резюме

Мексикор у лікуванні стабільної стенокардії та артеріальної гіпертензії

Н.А. Золотарьова, Ю.С. Медянка

У статті наведено результати клінічного дослідження ефективності препарату Мексикор у хворих з ішемічною хворобою серця, а також за наявності супутньої артеріальної гіпертензії (АГ). У дослідженні взяли участь 66 хворих, рандомізовані на дві групи: контрольну (31 особа), учасникам якої призначався стандартний комплекс лікування стенокардії, та основну (35 осіб), яким до стандартного комплексу лікування стенокардії було включено препарат-цитопротектор Мексикор. За даними дослідження визначено, що застосування препарату Мексикор у хворих на стабільну стенокардію за наявності супутньої АГ значно посилює антиангінальний та антигіпертензивний ефекти, що дозволяє знизити дозу нітратів та гіпотензивних засобів, а також скоротити терміни лікування.

Ключові слова: стабільна стенокардія, артеріальна гіпертензія, Мексикор

Summary

Mexicor in Treatment of Stable Angina and Arterial Hypertension

N.A. Zolotariova, Yu.S. Medianka

The article presents the results of small clinical study on the efficacy of Mexicor medication in patients with coronary heart disease, including those who have co-morbid arterial hypertension. The authors recruited 66 participants and randomized them in two groups. The first group (n=31) received standard therapy for angina, and the second (n=35) - standard therapy plus cytoprotective drug Mexicor. The study results showed that Mexicor in patients with stable angina and arterial hypertension increased significantly antianginal and antihypertensive effects of combined therapy, making it possible to lower nitrate and hypotensive agents' dosing, and reduce the time of treatment.

Key words: stable angina, arterial hypertension, Mexicor

В 2008 г. было опубликовано третье издание статистических данных по сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в европейских странах [20]. По статистическим данным ежегодно сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) становятся причиной 4,3 млн смертей в Европе в целом и свыше 2 млн в странах ЕС, что составляет соответственно 48% и 42% общего числа всех случаев смерти. Согласно эпидемиологическим данным смертность от сердечно-сосудистой патологии продолжает доминировать и в Украине, достигая в настоящее время 65% [6]. Наиболее распространенным ССЗ как в Европе, так и в Украине является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая становится причиной половины всех случаев смерти пациентов вследствие кардиоваскулярной патологии. Однако следует подчеркнуть, что если в Западной Европе смертность снижается, то в Восточной (в том числе в Украине) – растет, причем угрожающими темпами. Для иллюстрации существующего резкого градиента между странами Восточной и Западной Европы авторы приводят в пример Украину, в которой уровень смертности от ИБС среди мужчин в возрасте до 65 лет в 14 раз выше, чем во Франции, а среди женщин того же возраста – в 25 раз. Это связано не только с созданием в развитых странах целевых программ по борьбе с данной патологией, детальным изучением и освещением в литературе факторов риска, мер первичной профилактики и лечения, в том числе малоинвазивного [14], а также с экономическими проблемами менее развитых стран, в частности Украины, финан-

совыми трудностями населения, а вследствие этого – недостаточной приверженностью к лечению, а также недостаточно используемыми резервами не только эндоваскулярной, но и медикаментозной терапии.

В структуре смертности от ССЗ первое место занимает артериальная гипертензия (АГ), которая широко распространена в большинстве развитых стран мира [19]. Чаще всего больные умирают от ее осложнений, причем взаимосвязь между уровнем артериального давления (АД) и риском ССЗ непрерывна, постоянна и не зависит от других факторов риска. Иными словами, чем выше АД – тем выше риск развития сердечно-сосудистых осложнений и напротив – адекватная терапия АГ приводит к снижению риска осложнений и увеличению продолжительности жизни [21]. Это положение является аксиомой и не имеет принципиальных возражений. Одним из важных его моментов является достижение так называемых «целевых уровней» АД, т.е. таких его значений, при которых риск развития сердечно-сосудистых осложнений сведен к минимуму, на чем и основаны рекомендации Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского общества кардиологов [15]. Однако следует отметить, к сожалению, лишь около 60% пациентов принимают антигипертензивные препараты, а эффективное лечение АГ получают только 21,5% больных [5]. Среди причин столь низкой эффективности лечения основная – несоблюдение пациентом предписаний врача, связанных с частотой приема лекарственного

Мексикор®

метаболический цитопротектор

МОБІЛІЗАЦІЯ ЕНЕРГІЇ КЛІТИНИ



zdravo
КОМПАНІЯ ФАРМАРКЕТИНГУ

Реєстраційний номер UA/4971/01/01 от 06.09.2011 №570
UA/4971/02/01 от 26.08.2008 № 491

Компанія фармаркетингу "ЗДРАВО"
04071, м. Київ, вул. Почайнинська, 70, оф. 2
Тел./факс: (044) 503-78-68
E-mail: info@zdravo.in.ua www.zdravo.in.ua

средства, длительностью курса, развитием побочных эффектов. При условии, что у пациентов с высоким АД в 2–4 раза чаще развивается ИБС, возникает необходимость дополнительного назначения лекарственных препаратов, что, в свою очередь, усиливает вероятность их взаимодействий и побочных эффектов и ухудшает приверженность пациента к лечению.

Таким образом, два вышеуказанных заболевания (ИБС и АГ) часто сопутствуют друг другу, а также совместно и в отдельности оказывают влияние на сердечно-сосудистую смертность, столь высокую в последние годы в Украине. Список «протокольных» препаратов для лечения ИБС достаточно высок (нитраты, блокаторы β -адренорецепторов, ингибиторы АПФ, статины, антикоагулянты, антитромбоцитарные средства). В основном для лечения АГ используется 7 групп гипотензивных средств, причем в последнее время отдается предпочтение применению нескольких из них одновременно (комбинированная терапия). В связи с этим при подборе схемы лечения для конкретного пациента перед практикующим врачом-кардиологом встает дилемма: с одной стороны – как максимально повысить эффективность лечения и приверженность к нему пациента, с другой – снизить количество лекарственных взаимодействий и побочных эффектов. Учитывая, что антиангинальная и гипотензивная терапия назначается практически пожизненно, выбор врача, зачастую, определяют вопросы безопасности. Возникает вопрос – как же повысить эффективность терапии, особенно при такой сочетанной патологии, не назначая больному огромного количества лекарственных средств?

С точки зрения авторов, решением данной проблемы могло бы быть включение в схему терапии кардиопротекторного средства, способного одновременно влиять на основные патогенетические механизмы ИБС и АГ. Идея применения метаболитов у больных с ССЗ не нова, однако необходимо подчеркнуть, что наиболее используемые до настоящего времени в кардиологии метаболиты триметазидин и триметилгидразиния пропионат (Милдронат) не продемонстрировали значительного повышения эффективности лечения. По мнению многих авторов, это связано с очень слабым подавлением свободнорадикальных процессов, так как основной точкой приложения этих препаратов является оптимизация клеточного энергообмена и снижение потребности ишемизированной ткани в кислороде [1, 2, 8, 13]. С этой точки зрения значительно более перспективным представляется применение производного 3-оксипиридина – 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат – препарата Мексикор (ЭкоФармИнвест, Россия). По своим фармакологическим свойствам Мексикор относится к антиоксидантам со свойствами ингибции свободных радикалов и вторичной мембранопротекции.

Препарат является «скавенджером» (поглотителем), обладающим широким спектром биологического действия: ингибирует свободнорадикальное окисление, активно взаимодействует с гидроксильными радикалами пептидов, перекисными радикалами липидов, подавляя перекисное окисление липидов (ПОЛ), повышает активность супероксидоксидазы, стабилизирует клеточные мембраны и восстанавливает функциональную активность клеток. При диссоциации препарата Мексикор в клетке на основе – производное 3-оксипиридина – проявляется его мощное

антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие. Благодаря наличию сукцината – соли янтарной кислоты – обеспечивается энергосинтезирующее действие препарата, которое связано с увеличением доставки и потребления клетками сукцината, реализацией феномена быстрого окисления янтарной кислоты сукцинатдегидрогеназой, а также с активацией митохондриальной дыхательной цепи.

Учитывая, что экзогенный сукцинат плохо проникает через биологические мембраны, его соединение с этилметилокси-пиридином позволило резко повысить проницаемость комплекса через биомембраны, так как данное вещество обладает не только свойствами антиоксиданта, но и пенетранта. Таким образом, Мексикор является ингибитором свободно-радикальных процессов и оказывает выраженное антигипоксическое действие.

Препарат Мексикор, созданный в России, вскоре стал активно изучаться российскими учеными, представившими в отечественной литературе вначале результаты своих исследований относительно более выраженной антиоксидантной активности препарата по сравнению с другими цитопротекторами [4, 17, 18], а затем – о его положительных эффектах в лечении ССЗ [10, 12, 16]. С 2008 г. появились первые сообщения украинских ученых по изучению действия препарата при ИБС [3, 7, 9, 11], которые, к сожалению, ограничиваются приведенными 4 источниками. Учитывая недостаточное количество отечественных исследований и обнадеживающие результаты российских коллег по применению Мексикора при ССЗ, представляет значительный интерес его дальнейшее изучение, особенно при ИБС и АГ.

Цель работы: изучить эффективность препарата Мексикор у больных ИБС, а также при ее сочетании с АГ.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования стали 66 больных стабильной стенокардией напряжения I–III ФК, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Военно-медицинского клинического центра Южного региона (Одесса).

Критериями включения в исследование были согласие больного и наличие стабильной стенокардии напряжения, критериями исключения – острый коронарный синдром, наличие ХСН II–III ФК (по NYHA), тяжелого сопутствующего не сердечно-сосудистого заболевания и прием метаболитических препаратов (кокарбоксилаза, милдронат, триметазидин и др.) не менее чем за 2 недели до начала исследования.

Возраст больных – от 38 до 78 лет (средний возраст составил $56,5 \pm 1,08$ года), из них 37 мужчин и 29 женщин.

Для решения поставленных задач все больные были разделены на две группы:

- 1-я группа (контрольная, $n=31$) – в лечение включен стандартный комплекс сердечно-сосудистых препаратов, рекомендуемых для лечения стабильной формы ИБС (нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, блокаторы β -адренорецепторов, статины). При сочетании ИБС с АГ в комплекс включались гипотензивные и мочегонные препараты;

- 2-я группа (основная, n=35) – к вышеописанному медикаментозному комплексу был добавлен курс препарата Мексикор по следующей схеме: 1-я неделя – по 100 мг 3 раза в сутки парентерально (внутримышечно), со 2-й недели – по 100 мг 3 раза в сутки *per os* в течение всего периода наблюдения. В среднем курс лечения Мексикором составлял 3–4 недели (24,54±1,67 суток).

Группы были сопоставимы между собой по возрасту, полу, функциональному классу и стажу стенокардии, наличию инфаркта миокарда в анамнезе и распространенности в группе сопутствующей АГ ($p>0,05$). Данные о клинической характеристике больных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных исследуемых групп

Показатель	Контрольная группа (n=31)		Мексикор (n=35)	
	Абс.	%	Абс.	%
Стенокардия	4	12,9	8	22,86
Стенокардия с ХСН I–II ФК	24	77,42	24	68,57
Стенокардия с ХСН II–III ФК	3	9,68	3	8,57
Артериальная гипертензия	26	83,87	27	77,1
Наличие инфаркта миокарда в анамнезе	5	16,1	5	14,3
Пол (мужчины)	16	51,61	21	60,0
Возраст, лет (M±m)	54,42±1,69		58,51±1,82	
Стаж стенокардии, лет	6,10±1,00		5,40±0,76	

Примечания: ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс.

Больным всех исследуемых групп проведены следующие общеклинические методы обследования: опрос больных с детализацией жалоб, сбор анамнеза и физикальные методы обследования (общий осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). В течение всего периода наблюдения проводился ежедневный мониторинг частоты ангинозных приступов и количества потребляемых нитратов (нитроглицерин сублингвально). С помощью простой, специально разработанной анкеты больные самостоятельно фиксировали дату, количество ангинозных приступов в сутки и количество таблеток нитроглицерина в сутки, необходимых для их купирования. Для оценки динамики клинического течения заболевания врач определял среднее количество ангинозных приступов в неделю, периоды уменьшения и стабилизации приступов, а также среднее количество потребленных нитратов в неделю. У больных с сопутствующей АГ проводился контроль показателей АД в процессе лечения, периоды стойкой нормализации АД, случаи подъемов в течение стационарного периода. Также фиксировалась динамика жалоб: головная боль, головокружение.

Статистическую обработку результатов проведенных исследований проводили путем вычисления среднего арифметического (M), среднего квадратического отклонения, средней ошибки среднего арифметического (m), критерия Стьюдента (t). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Следует отметить, что в связи с достаточно высоким уровнем физической нагрузки, способной вызвать болевой приступ у больных стабильной стенокардией напряжения невысокого ФК (I–II, реже – III ФК), таким больным был рекомендован длительный терренкур по парку больницы. Достигнутые результаты антиангинозной эффективности стандартного медикаментозного комплекса (контрольная группа) и группы с включением Мексикора размещены в таблице 2.

У больных контрольной группы достоверное уменьшение приступов стенокардии отмечалось уже на 1-й неделе лечения ($p=0,004$ при $t=2,996$), а именно на 5–6-е сутки терапии, а количественная стабилизация приступов – на 2-й неделе, а именно на 10–12-е сутки терапии. На 3-й неделе терапии (по сравнению со 2-й неделей) отмечалась незначительная тенденция к уменьшению количества приступов ($p=0,52$ при $t=0,65$), на 4-й неделе (по сравнению с 3-й неделей) количество приступов практически не изменялось, достигая, однако, значительно достоверной разницы по сравнению с данными при поступлении.

Больные, в комплекс лечения которых входил Мексикор, имели при поступлении около 18 ангинозных приступов в неделю, однако уже к концу 1-й недели их число снизилось до 13, причем разница была высокодостоверной ($p<0,0004$ при $t=3,75$). На 2-й неделе (по сравнению с первой) также наблюдалось достоверное снижение количества приступов до $8,06\pm 0,96$ ($p<0,001$ при $t=3,89$). На 3-й неделе терапии (по сравнению со второй) отмечалась выраженная тенденция к уменьшению частоты приступов ($p=0,07$ при $t=1,83$), а на 4-й неделе (по сравнению с третьей) темп снижения приступов значительно снижался и отмечалась незначительная тенденция ($t=0,54$) к дальнейшему улучшению. Также необходимо отметить, что уменьшение приступов происходило на 4–5-е сутки терапии, а их количественная стабилизация – на 9–11-е сутки терапии.

Сравнивая полученные результаты, можно сделать вывод о достоверном повышении антиангинозного эффекта в группе с применением Мексикора ($18,54\pm 1,04$ приступа в неделю до лечения и $4,57\pm 2,02$ – после лечения) по сравнению с контролем ($17,58\pm 1,26$ и $10,67\pm 1,73$ соответственно), а также о более раннем периоде их снижения – на 4–5-й сутки по сравнению с 5–6-ми сутками в контрольной группе и стабилизации – на 9–11-е сутки по сравнению с 10–12-ми сутками в контрольной группе.

Аналогичную направленность носили результаты по изучению показателя «количество потребляемого нитроглицерина», который, как известно, считается более объективным показателем

Таблица 2. Антиангинозная эффективность у больных исследуемых групп (количество приступов в неделю)

Группа	День поступления	Период			
		1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя
Контрольная группа	17,58±1,26	12,52±1,13*	11,58±0,96	10,57±1,25	10,67±1,73
Группа с применением Мексикора	18,54±1,04	13,29±0,94*	8,06±0,96**	5,68±0,86	4,57±2,02

Таблиця 3. Количество потребляемых нитратов у больных исследуемых групп (таблетки в неделю)

Группа	Период				
	День поступления	1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя
Контрольная группа	12,52±1,15	7,71±0,91*	7,71±0,82	7,62±1,17	7,0±0,93
Группа с использованием Мексикора	13,57±0,96	8,31±0,74*	4,44±0,47**	3,23±0,49	2,0±1,0

Таблиця 4. Динамика показателей артериального давления под воздействием медикаментозного комплекса с использованием препарата Мексикор

Группа	Систолическое артериальное давление, мм рт.ст.			Диастолическое артериальное давление, мм рт.ст.		
	До лечения	После лечения	P	До лечения	После лечения	P
Контрольная группа	150,77±1,92	136,92±2,76	<0,0001	94,04±2,69	81,73±0,83	0,0001
Группа с использованием Мексикора	149,44±2,7	122,22±0,82	<0,00001	97,22±2,92	78,15±0,93	<0,00001

эффективности лечения по сравнению с количеством болевых приступов. Полученные данные представлены в таблице 3.

Представленные данные свидетельствуют, что если на первой неделе лечения количество принимаемых нитратов достоверно снизилось в обеих группах (в контрольной $p=0,002$, в основной $p=0,0001$), то на 2-й, 3-й и 4-й неделях в контрольной группе оно осталось неизменным, а в группе с применением Мексикора – достоверно снизилось на 2-й неделе (по сравнению с первой), была выявлена достоверная тенденция ($p=0,08$ при $t=1,78$) к снижению на 3-й неделе (по сравнению со второй), а также менее значительная тенденция к улучшению на 4-й неделе терапии ($p=0,30$ при $t=1,07$).

У больных обеих групп, у которых стенокардия сочеталась с АГ (26 из 31 [83,9%] в контрольной группе и 27 из 35 [77,1%] в основной группе), изучались динамика жалоб (головная боль, головокружение) и динамика АД в процессе лечения. Установлено, что в контрольной группе у 19 из 26 больных (73,1%) на 2-й неделе терапии (8–10-е сутки) показатели АД нормализовались, что совпадает с приблизительным сроком, необходимым для подбора и коррекции дозы гипотензивных средств. У остальных 6 (23,1%) больных уровень АД стабилизировался лишь к концу 2-й недели, а у 1 (3,8%) пациента снижение АД в течение всего стационарного периода было незначительным и нестойким. У больных, в комплекс лечения которых входил Мексикор, нормализация АД отмечалась к концу 1-й – началу 2-й недели лечения (7–8-е сутки) у 21 из 27 больных (77,8%), что позволило у 4 (14,8%) пациентов на 2-й неделе снизить дозу гипотензивного препарата. Из оставшихся пациентов у пяти АД нормализовалось к концу 2-й недели, у одного – на третьей. Динамика средних показателей АД у больных обеих групп представлена в таблице 4.

Из таблицы следует, что достоверное снижение АД произошло к концу курса терапии у больных обеих групп, однако в группе с использованием Мексикора оно было более выраженным.

Кроме того, необходимо отметить, что улучшение самочувствия, уменьшение головной боли и головокружения отмечено к концу лечения практически у половины больных контрольной группы (14 из 26 пациентов; 53,8%), в то время как в группе с использованием Мексикора – у 2/3 пациентов (18 из 27 человек; 66,7%).

После стабилизации АД (не менее 5 дней) у больных обеих групп были проанализированы случаи подъема АД в течение дальнейшего стационарного периода наблюдения. В контрольной группе было зарегистрировано 15 эпизодов подъема АД у 9 больных; в группе больных, в комплекс лечения которых входил Мексикор, было зарегистрировано 7 эпизодов у 4 больных. Приведенные данные демонстрируют значительную гипотензивную эффективность медикаментозного комплекса с добавлением Мексикора, а точнее – усиление действия гипотензивных препаратов под воздействием данного кардиопротекторного средства.

Выводы

1. Метаболический цитопротектор Мексикор усиливает антиангинальный эффект терапии нитратами за счет более выраженного и раннего снижения частоты приступов и стабилизации состояния пациентов.
2. Включение Мексикора в традиционный комплекс терапии для больных стабильной стенокардией дает возможность снизить количество потребляемых нитратов.
3. Использование Мексикора у больных АГ позволяет добиться более выраженного гипотензивного эффекта и, соответственно, уменьшения жалоб на головную боль и головокружение.
4. Мексикор рекомендуется применять как кардиопротектор, прежде всего, у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертензией.

Литература

1. Акимов А.Г. Перспективы применения миокардиальных цитопротекторов в кардиологической практике / А.Г. Акимов, В.Ю. Полумисков // Terra medica nova. – 2005. – №4. – С. 6–9.
2. Амосова Е.Н. Метаболическая терапия повреждений миокарда, обусловленного ишемией: новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности / Е.Н. Амосова // Укр. кардиол. журн. – 2000. – №4. – С. 86–92.
3. Анализ применения мексикора у больных острым коронарным синдромом / В.В. Никонов, А.Н. Нудьга, Е.А. Ковалева [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2008. – №2 (15). – С. 2–6.
4. Антиоксиданты – цитопротекторы в кардиологии / А.П. Голиков, В.Ю. Полумисков, В.П. Михин [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – №6 (часть 2). – С. 10–16.
5. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов [и др.] // РКЖ. – 2006. – №4. – С. 45–50.
6. Горбась І.М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2009. – №3/1.

7. Досвід застосування мексикору у хворих на нестабільну стенокардію / П.Ф. Дудка, Н.Х. Іорданова, Л.М. Муксевич [та ін.] // Практична медицина. – 2008. – №2. – С. 168–172.
8. Зенков Н.К. Окислительный стресс / Н.К. Зенков, В.З. Ланкин, Е.Б. Меньшикова. – М.: Наука, 2001. – 343 с.
9. Золотарева Н.А. Изучение толерантности к физической нагрузке при сочетанном использовании мексикора и магнитотерапии у больных стабильной стенокардией напряжения / Золотарева Н.А., Медянка Ю.С. // Укр. мед. часопис. – 2011. – №5 (85). – С. 71–73.
10. Котляров А.А. Влияние метаболической терапии мексикором на течение брадикардии / А.А. Котляров, О.И. Аросланкина // Мед. совет. – 2007. – №4. – С. 71–75.
11. Медянка Ю.С. Влияние мексикора на липидный спектр крови у больных стабильной стенокардией напряжения / Ю.С. Медянка // Клінічна та експеримент. патологія. – 2011. – Т. X, №2 (36 ч. 2). – С. 65–68.
12. Мексикор – новый подход к терапии сердечно-сосудистых заболеваний // В.Ю. Полумисков, А.П. Голиков, С.А. Бойцов [и др.] // Агрокурорт. – 2006. – №2 (24). – С. 20–32.
13. Пивовар С.Н. Корекція метаболізму міокарда: глухий кут або перспективний напрям клінічної фармакології // Укр. мед. газета. – 2007. – №11. – С. 3–6.
14. Ратманова А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам (2008) / А. Ратманова // Medicine Review. – 2009. – №1 (06). – Р. 6–12.
15. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Европейское общество по артериальной гипертензии. Европейское общество кардиологов // Артериальная гипертензия – 2003. – Т. 10, №2. – С. 65–90; J. Hyhertens. – 2003. – №21. – Р. 1011–1053.
16. Спирулуос Н.А. Исследование противоишемической активности препарата Мексикор у больных с нестабильной стенокардией / Н.А. Спирулуос, С.А. Прасолова, Е.В. Городецкая // Мед. совет. – 2008. – №1–2. – С. 43–46.
17. Сравнительная эффективность влияния кардиопротекторов на функциональное состояние эндотелия сосудов у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения / В.П. Михин, Т.Ю. Колтунова, В.Г. Шарова, О.Н. Зуева // Нижегородский мед. журн. – 2006. – №5. – С. 137–143.
18. Сравнительная эффективность кардиопротекторов мексикора и предуктала МВ у больных стабильной стенокардией напряжения на фоне антиангинальной терапии пролонгированными нитратами и бета-адреноблокаторами / В.П. Михин, Т.Ю. Михайлова, В.Ю. Полумисков [и др.] // Человек и лекарство: XI Российский национальный конгресс, 19–23 апреля 2004 г., Москва: тезисы докладов. – М., 2004. – С. 258.
19. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №2. – С. 3–7.
20. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A.; Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics, 2008. – Режим доступа: <http://www.heartstats.org>.
21. Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients / B. Waeber // Blood pressure. – 2001. – №10. – Р. 62–73.



Академія адвокатури України
Комітет з питань біоетики
при Президії Національної академії наук України
Українська медико-правова асоціація
Всеукраїнське лікарське товариство
Інформаційний центр з біоетики

Перше інформаційне повідомлення

ЗАПРОШУЮТЬ

юристів, медичних і фармацевтичних працівників, організаторів охорони здоров'я, науковців, представників державних органів, громадських організацій, ділових кіл та всіх, кому не байдужі правові та біоетичні проблеми охорони здоров'я та захисту прав громадян, взяти участь у

**МІЖНАРОДНОМУ (ТРЕТЬОМУ ВСЕУКРАЇНСЬКОМУ)
КОНГРЕСИ З МЕДИЧНОГО І ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА,
БІОЕТИКИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ
(19–21 квітня 2012 року, м. Київ, Україна)**

У ФОКУСИ КОНГРЕСУ:

- Профілактична медицина: етичні та правові аспекти.
- Соціальні права вразливих верств населення: проблеми захисту.
- Етичні кодекси в охороні здоров'я: практика застосування.
- Порядок проведення клінічних досліджень лікарських засобів: шляхи вдосконалення.
- Сурогатне материнство з точки зору етики та права.
- Трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людини: етичні дилеми та юридичні рішення.
- Психіатрія, психологія, право: роль у забезпеченні психічного здоров'я населення.
- Біобезпека: етичні та нормативно-правові засади.
- Імплементация норм міжнародного охороноздоровчого права в національні законодавства: досвід країн світу.

Передбачається до- та постконгресна наукова програма.

Учасники Конгресу матимуть можливість взяти участь в екскурсійній програмі по Києву та Україні.

Більш докладну інформацію можна отримати, звернувшись за електронними адресами:
imedpharmlaw@gmail.com, radmila.hrevtsova@gmail.com, petrovitte@aol.com
або за телефонами: +38(044)246-5788, +38(044)536-1153, +38(068)322-4572.

ЧЕКАЄМО ВАС НА КОНГРЕСИ!