

Фармакоекономічний аналіз антитромботичної терапії в геріатричній клініці

Л.П. Купраш¹, Л.Ф. Матюха², Ю.О. Грінченко³, О.В. Купраш¹, О.С. Гударенко¹

¹ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

²Національний медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

³Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, Київська область

Проведено ретроспективний фармакоекономічний аналіз антитромботичної терапії хворих старечого віку з ішемічною хворобою серця. Показано, що у хворих з високим ризиком розвитку гастропатій вживання комбінованих препаратів ацетилсаліцилової кислоти з антацидними компонентами (кардіомагніл) є економічно переважним, позаяк зменшує частоту побічних ефектів, які потребують високоартісних лікарських засобів для їхнього лікування, та знижує вартість медикаментозної терапії.

Ключові слова: ацетилсаліцилова кислота, асперкард, кардіомагніл, травний тракт.

Захворюваність людей похилого та старечого віку характеризується високим рівнем поліморбідності. Так, згідно з даними літератури, у хворих, старших за 60 років, діагностують не менше чотирьох-п'яти хвороб, кількість яких збільшується з віком [6, 10, 24]. Провідне місце за частотою посідають хвороби органів кровообігу, і зокрема, ішемічна хвороба серця (ІХС), яку діагностують у 93,1% хворих даної вікової групи [13]. Серед причин загальної смертності у людей віком понад 80 років доля захворювань органів кровообігу сягає 90% [16, 23]. Більшість з них (інсульт, інфаркт міокарда) зумовлені прогресуючими змінами системи гемостазу, що диктує необхідність, з метою їхньої профілактики, використання антиагрегантної терапії [11, 26].

Застосування ацетилсаліцилової кислоти (АСК) як антиагрегантного засобу ґрунтується на результатах великої кількості досліджень, виконаних за принципами доказової медицини. Ефективність АСК як засобу профілактики тяжких серцево-судинних захворювань доведена в численних контрольованих рандомізованих дослідженнях, в які було включено більше 100 тис. пацієнтів. Отримані в результаті мета-аналізу дані свідчать про високу ефективність та переносимість препарату [10, 19, 21, 27].

Доведено, що призначення АСК при стабільній стенокардії знижує ризик інфаркту міокарда та раптової смерті на 34%, а судинної смерті, інсульту та загальної смертності – на 22–32% [16, 19]. Підтверджена ефективність АСК у хворих після перенесеного інфаркту міокарда, ішемічного інсульту, при ураженні периферичних артерій [27]. АСК покращує прогноз у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет [28]. Вона показана всім пацієнтам з серцево-судинним ураженням атеросклеротичного генезу, у яких значно знижує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень [10, 32]. Застосування АСК виявилось ефективним як при первинній, так і вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань [16, 17, 22, 35].

Антитромботичний ефект АСК реалізується шляхом незворотної блокади циклооксигенази 1-го типу (ЦОГ-1,

у тому числі і в тромбоцитах) і меншою мірою – ЦОГ-2. При цьому пригнічується синтез простагландинів, тромбоксанів (особливо тромбоксану А, який підсилює агрегацію тромбоцитів) і простагліцинів, які мають антиагрегивні властивості.

Інгібування ЦОГ АСК має дозозалежний характер – у невеликих дозах (до 100 мг на добу) відбувається переважно інгібування ЦОГ-1, а при більш високих дозах – додаткове інгібування ЦОГ-2, що визначає клінічні та побічні ефекти при вживанні АСК.

Побічні реакції під час вживання АСК у дозах 100–300 мг на добу реєструють у 25% хворих. Найбільш серйозними з них є характерні гастропатії і значно меншою мірою – шлунково-кишкові кровотечі. Розвиток ерозивно-виразкових пошкоджень слизової оболонки може спостерігатися і при вживанні низьких доз АСК (75 мг на добу) за умов тривалого використання препарату, а також у разі наявності факторів ризику, до яких належать виразкова хвороба в анамнезі, вік понад 65 років та супутнє вживання кортикостероїдів [2, 4, 15, 18, 29, 30].

Альтернативним методом зменшення гастропатій на фоні застосування АСК є призначення препаратів, до складу яких поряд з АСК входить антацид [4, 5, 34]. До таких препаратів відносять кардіомагніл (поєднання АСК з гідроксидом магнію в найбільш ефективних і безпечних дозах), який широко використовують для профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих на ІХС. Гідроксид магнію, що входить до складу кардіомагнілу, інактивує кислотні компоненти шлункового соку – основного пошкоджувального фактора при гастропатіях. Крім того, гідроксид магнію має обволікувальну дію, нейтралізує лізолейцин і жовчні кислоти, які пошкоджують слизові оболонки травного тракту. Гідроксид магнію не впливає на всмоктування АСК, а його захисна дія на слизову оболонку шлунка підвищує переносимість препарату при тривалому застосуванні [5].

Зменшення числа ускладнень з боку травного тракту досягається, поряд з раціональним вибором препарату, також застосуванням гастропротективної терапії у групах ризику, тобто одночасним вживанням з АСК препаратів, що пригнічують кислотну секрецію в шлунку. Найбільш ефективними з них на сьогодні вважають інгібітори протонної помпи [18].

Хворих похилого віку відносять до групи високого ризику розвитку гастропатій у разі призначення АСК. Це зумовлено як віковими особливостями травного тракту, хронічними захворюваннями шлунку, так і одночасним вживанням нестероїдних протизапальних препаратів і кортикостероїдів для лікування супутньої патології (бронхіальної астми, ревматоїдного артрити) [6, 31]. При виборі препаратів для пацієнтів старших вікових груп важливе значення має вартість лікування, яка включає витрати не лише на лікарські засоби (ЛЗ), але й на ко-

рекцію небажаних побічних ефектів [25, 33]. Для оцінювання економічних аспектів фармакоterapiї проводять фармакоeкономічні дослідження, спрямовані на вивчення економічної доцільності ЛЗ у нерозривному зв'язку з їхніми ефективністю та безпечністю, які є основними критеріями застосування лікарських засобів у клінічній практиці [2, 3, 7].

На сьогодні фармакоeкономічні дослідження широко проводять у більшості країн світу, що зумовлено зростанням захворюваності населення на фоні обмеження матеріальних ресурсів для забезпечення лікувально-профілактичної допомоги, швидким розвитком фармацевтичної промисловості [7, 8, 25, 33]. За цих умов проведення порівняльного аналізу клінічної й економічної ефективності окремих препаратів та схем лікування є основним механізмом, що дозволяє забезпечити хворих ефективним, безпечним і доступним лікуванням. Проведення фармакоeкономічних досліджень дозволяє на основі інформації про ефективність, безпеку і витрати на медикаментозне лікування приймати рішення щодо рационального вибору оптимальних лікарських засобів.

При проведенні фармакоeкономічних досліджень використовують певні методи [7, 9, 12].

Аналіз «вартість–ефективність» (Cost-effectiveness analysis – СЕА) – вид фармакоeкономічного аналізу, під час якого проводять порівняльне оцінювання результатів витрат при двох та більше втручаннях, ефективність яких різна, а отримані дані вимірюють в одних і тих самих одиницях.

Аналіз «мінімізація вартості» (Cost minimization analysis – СМА) – варіант аналізу «вартість–ефективність», при якому проводять порівняльне оцінювання двох або більше втручань, що мають однакові ефективність і безпеку, але різну вартість.

Аналіз «вартість–користь» (Cost utility analysis – СUA) є варіантом аналізу «вартість–ефективність», при якому результати втручання оцінюють в одиницях «користь» (утилітарність) з точки зору користі медичної допомоги (наприклад, вплив на якість життя).

Аналіз «вартість–вигода» (Cost-benefit analysis – СВА) – тип фармакоeкономічного аналізу, при якому як витрати, так і результати представлені в грошовому вимірі, що дає можливість порівнювати економічну ефективність різних технологій з результатами, вказаними в різних одиницях.

Вибір того чи іншого методу обумовлюється метою та характером дослідження.

Проведення фармакоeкономічного аналізу дозволяє оцінити витрати на лікування як самого захворювання, так і побічних ефектів, що виникли в процесі фармакоterapiї, і таким чином дати порівняльну фармакоeкономічну оцінку двох та більше препаратів або схем лікування з урахуванням їх ефективності і вартості.

Мета дослідження: фармакоeкономічний аналіз антиагрегантної терапії та її ускладнень у хворих старечого віку з ІХС в умовах стаціонару.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Роботу виконували відповідно до рекомендацій з проведення фармакоeкономічних досліджень [9, 12]. Проведено порівняльне вивчення витрат на препарати АСК (аспекард та кардіомагніл) з урахуванням витрат на ЛЗ для лікування побічних ефектів у хворих старечого віку з ІХС в умовах стаціонару.

Ретроспективне клініко-економічне дослідження виконане на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. Опрацьовано 220 історій

хвороб пацієнтів кардіологічних відділень віком понад 75 років. У картки обстеження вносили дані про пацієнта: вік, діагноз (основний та супутні), медикаментозна терапія, а також необхідні для оцінювання ефективності антиагрегантної терапії показники гемостазу, які визначали в даному лікувальному закладі.

В обстежувану групу ввійшли хворі з ІХС (стабільна стенокардія напруження II–III ст.) і супутніми захворюваннями органів кровообігу (артеріальна гіпертензія, кардіосклероз, хронічна серцева недостатність) та хворобами інших органів і систем. Хворі отримували комплексну терапію, до складу якої входили препарати різних фармакотерапевтичних груп, що використовували для лікування основного та супутніх захворювань. У дослідження не включали хворих з хронічним захворюванням органів травлення, а також пацієнти, яким було призначено нестероїдні протизапальні засоби для лікування супутньої патології. Усі пацієнти були розділені на дві групи, рівноцінні за клінічними характеристиками. Пацієнти I групи (108 хворих) отримували в складі комбінованої терапії аспекард («Стирол», Україна) по 100 мг один раз на добу, пацієнти II групи (112 хворих) отримували кардіомагніл («Nuscomed», Данія) – (АСК – 75 мг, магнію гідроксиду – 15,2 мг) по 1 таблетці на добу. Курс лікування складав 21 день. У разі виникнення побічних ефектів з боку травного тракту (нудота, печія, біль у епігастральній області, диспепсії) хворим призначали інгібітор протонної помпи омепразол («Dr. Reddy Laboratories Limited», Індія) по 1 таблетці на добу та антацид маалокс («Thearplix», Франція) по одній капсулі 2 рази на добу.

Фармакоeкономічний аналіз проводили методом «вартість–ефективність», який дозволяє співставити витрати з отриманими результатами і порівняти медичну та економічну ефективність аспекарду та кардіомагнілу за цим результатом [7].

У дослідженні враховували прямі витрати на антиагрегантну терапію (аспекард, кардіомагніл) та лікарські засоби, які використовували для лікування її побічних ефектів (омепразол, маалокс).

Для розрахунку витрат на медикаменти використовували прейскурант на закупку ЛЗ даним лікарняним закладом.

Показник «вартість–ефективність» розраховували за формулою [1]:

$$CER = \frac{C}{Ef},$$

де CER – показник «вартість–ефективність», що відображає витрати на одного хворого з досягнутим ефектом лікування;

C – затрати на ЛЗ для одного пацієнта;

Ef – ефективність лікування (відношення хворих з досягнутим ефектом до загальної кількості пролікованих хворих).

Статистичне оброблення результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6.0. Розраховували середні величини, стандартне відхилення. Вірогідність різниці результатів визначали за критеріями: t – критерій Стьюдента, χ^2 Пірсона [14].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до мети дослідження на першому етапі були проаналізовані ефективність та безпечність застосування двох препаратів АСК – аспекарду та кардіомагнілу.

Ефективність антиагрегантної терапії оцінювали за показником МНО («международное нормализованное

Таблиця 1
Розподіл обстежених хворих залежно від рівня МНО, %

Значення МНО	I група (аспекард)	II група (кардіомагніл)
До лікування		
< 0,8	78,7	78,4
0,8–1,9	20,4	19,8
> 2,0	0,9	1,8
Після лікування		
< 0,8	11,1	8,1
0,8–1,9	39,8	36,6
> 2,0	49,1	55,3

Примітка: $P\chi^2 < 0,05$ порівняно із вихідними даними.

отношение»), який визначає відношення протромбінового часу обстежуваного пацієнта до протромбінового часу стандартної плазми. Уважають, що МНО порівняно із протромбіновим індексом є більш інформативним критерієм контролю за антикоагулянтною терапією [15, 35]. Під час лікування непрямыми антикоагулянтами МНО необхідно підтримувати на рівні 2,0–3,5. Більш низьке значення показника свідчить про недостатній терапевтичний рівень антикоагулянтної терапії [15, 35].

Усі обстежені хворі до госпіталізації не отримували антикоагулянтної терапії. Вихідний рівень МНО у 78,7% хворих I групи і у 78,4% хворих II групи був нижчий від нормальних значень (0,8–1,2) (табл. 1).

На фоні вживання антикоагулянтів спостерігали вірогідне зростання даного показника. Значення МНО, яке вважається цільовим при проведенні антикоагулянтної терапії (>2,0), в кінці лікування було у 49,1% хворих, що приймали аспекард, і у 55,3% – кардіомагніл. У 39,8% хворих I групи і у 36,6% II групи рівень МНО знаходився у межах 0,8–1,9. Рівень МНО залишався нижчим за норму (<0,8) у 11,1% хворих I групи та у 8,1% II групи. При вживанні антикоагулянтів у 21,7% хворих I групи та у 5,1% II групи розвивалися побічні ефекти з боку органів травлення (дискомфорт в епігастральній області, нудота, здуття живота, диспепсія). Шлункових кровотеч протягом курсу лікування у обстежених хворих не спостерігалось.

При вживанні аспекарду гастропатії розвивалися вже на 5–7-й день лікування, а у хворих, що вживали кардіомагніл, ускладнення з боку органів травлення реєстрували в кінці другого тижня лікування антикоагу-

лянтної терапії. Згідно з даними літератури [8], при трьохмісячному застосуванні антиагрегантів гастропатія була більш тривалою (43,3±2,7 дні) у хворих, що вживали тромбо АСС, порівняно із пацієнтами, лікованими кардіомагнілом (24,7±3,2 дні).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать, що досліджувані препарати АСК суттєво не різняться за ефективністю, а за безпечністю та переносимістю аспекард поступається комбінованому препарату кардіомагнілу, який містить у своєму складі АСК та антагоністний компонент – гідроксид магнію.

Для лікування побічних ефектів хворі отримували ЛЗ (омепразол, маалокс), вартість яких включали у загальні витрати на антикоагулянтну терапію.

Під час проведення фармакоекономічного аналізу розраховували вартість добової дози антитромботичного засобу та ЛЗ, що використовували для лікування побічних ефектів (табл. 2).

Для розрахунку вартості курсу лікування виходили з тривалості курсу застосування, яка становила для антитромботичних засобів 21 день, а для препаратів для лікування ускладнень, що розвивалися в процесі лікування кардіомагнілом, – 5 днів, аспекардом – 12 днів.

Загальна вартість курсу антиагрегантної терапії та ЛЗ для лікування побічних ефектів (на 100 хворих) представлена в табл. 3.

Як видно з даних табл. 3, вартість курсу лікування кардіомагнілом (II група) більше ніж у 2 рази перевищувала вартість лікування аспекардом (I група). Але з урахуванням витрат на лікування побічних ефектів, частота і тривалість яких у лікованих кардіомагнілом була значно меншою, загальна вартість антитромботичної терапії хворих I групи вірогідно не відрізнялася від вартості лікування хворих II групи.

Показник «вартість–ефективність», визначений за формулою, тобто загальна вартість лікування 100 хворих з досягнутим ефектом (цільовим рівнем МНО), що включає витрати на антиагрегантну терапію та витрати на ЛЗ для терапії побічних ефектів, становить 1883,9 грн/100 хворих у разі призначення аспекарду (I група) і 1556,7 грн/100 хворих – кардіомагнілу (II група). Тобто загальні витрати на ефективне лікування 100 хворих аспекардом на 21,01% перевищують витрати на лікування кардіомагнілом.

Таким чином, побічні ефекти, що розвиваються при використанні антитромботичних засобів, можуть значно збільшити витрати на медикаментозну терапію за рахунок вартості препаратів, які використовують для їхнього

Таблиця 2

Ціни препаратів та вартість добової дози АСК та ЛЗ для лікування ускладнень

Фармако-терапевтична група	Торгова назва, фірма-виробник	Ціна упаковки, грн	Вартість добової дози, грн
B01 AC06	Аспекард „Стирол”, Україна, таблетки по 100 мг № 6	22,99	0,23
B01 AC06	Кардіомагніл „Nicomed”, Данія, таблетки по 100 мг № 100	50,50	0,50
A02 AD01	Маалокс „Theraplix”, Франція	46,01	2,30
A02 BC01	Омепразол „Фармак”, Україна, капсули по 0,02 № 10	12,12	1,22

Таблица 3

Розподіл обстежених хворих залежно від рівня МНО, %

Антиагрегантна терапія	Вартість, грн	
	I група	II група
Анти-тромботичний засіб	483,00±57,30	1050,00±91,8*
ЛЗ для лікування ускладнень	756,00±31,90	88,40±17,4*
Усього	1239,30±61,50	1138,40±77,30

Примітка: P<0,05 порівняно із I групою.

лікування. Тому, незважаючи на значно нижчу ціну аспекарду порівняно із кардіомагнілом, більш висока частота побічних ефектів з боку органів травлення, які потребують застосування високовартісних ЛЗ для їхнього лікування, збільшує загальну вартість антиагрегантної терапії аспекардом у хворих старечого віку.

ВИСНОВКИ

При лікуванні ішемічної хвороби серця у хворих старечого віку з високим ризиком розвитку гастропатій економічно переважним є використання комбінованих препаратів ацетилсалицилової кислоти з антацидними компонентами, що знижує частоту побічних ефектів та вартість медикаментозної терапії.

Сведения об авторах

Купраш Лиана Петровна – ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67. E-mail: kuprash@geront.kiev.ua

Матюха Лариса Федоровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: mlarysa@gmail.com

Гриненко Юрий Александрович – Украинский государственный медико-социальный центр ветеранов войны, 08400, Киевская область, Переяслав-Хмельницкий район, с. Цибли, 1. E-mail: ydmsev@ukr.net

Купраш Елена Владимировна – ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67. E-mail: kuprash@geront.kiev.ua

Гударенко Александр Сергеевич – ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67. E-mail: kuprash@geront.kiev.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антиагрегантные средства: связь между дозами, эффективностью и побочными эффектами. Рекомендации 7-й конференции АССР по антиагрегантной и тромболитической терапии 2004 г. // Клин. фармакол. тер. – 2005. – Т. 14, № 1. – С. 67–70.
2. Безопасность и фармакоэкономическая эффективность применения различных препаратов ацетилсалициловой кислоты у пациентов с ИБС / А.Л. Верткин, О.Ю. Аристархова, Е.В. Адонина и др. // РМЖ. – 2009. – Т. 17, № 8. – С. 570–576.
3. Безруков В.В. Фармакоэкономический анализ в гериатрической клинике / В.В. Безруков, Ю.О. Гриненко, Л.П. Купраш // Врач. дело. – 2011. – № 5–6. – С. 126–130.
4. Выбор препаратов и мониторинг эффективности антиагрегантных средств / З.С. Бакаган, А.П. Момот, Е.Ф. Котовщикова, А.Н. Шилова. –

- Материалы научно-практической конференции «острый коронарный синдром: проблемы патогенеза, профилактики, диагностики, классификации, терапии» 22–23 марта 2001. – г. Томск, 2001. – С. 192–194.
5. Дроздов В.Н. Эффективность и безопасность применения ацетилсалициловой кислоты / В.Н. Дроздов, В.А. Ким // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 212–216.
6. Ена Л.М. Коморбидность и полипрагмазия у больных пожилого и старческого возраста / Л.М. Ена, Л.П. Купраш, Е.В. Купраш // Ж. практичного лікаря. – 2006. – № 3. – С. 29–33.
7. Клинико-экономический анализ / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 404 с.
8. Куликов А.Ю. Фармакоэкономический анализ антиагрегантной терапии

Фармакоэкономический анализ антиагрегантной терапии в гериатрической клинике Л.П. Купраш, Л.Ф. Матюха, Ю.А. Гриненко, Е.В. Купраш, А.С. Гударенко

Проведен ретроспективный фармакоэкономический анализ антиагрегантной терапии больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца. Показано, что у больных с высоким риском развития гастропатий использование комбинированных препаратов ацетилсалициловой кислоты с антацидными компонентами (кардиомагнил) является экономически преимущественным, так как уменьшает частоту побочных эффектов, требующих для их лечения применения дорогостоящих лекарственных средств, и снижает стоимость медикаментозной терапии.

Ключевые слова: ацетилсалициловая кислота, аспекард, кардиомагнил, пищеварительный тракт.

Pharmacoeconomic analysis of antithrombotic therapy in geriatric clinic

L.P. Kuprash, L.F. Matyukha, Yu.A. Grinenko, O.V. Kuprash, A.S. Gudarenko

A retrospective pharmacoeconomic analysis of antithrombotic therapy in elderly patients with coronary heart disease. It is shown that in patients with high risk of gastropathies use of combination drugs acetylsalicylic acid with antacid components (cardiomagnil) is economically advantageous, as it reduces the incidence of side effects requiring treatment for their use of expensive drugs, and reduce the cost of drug therapy.

Key words: acetylsalicylic acid, Aspekard, kardiomagnil, the digestive tract.

- у пациентов с ИБС и высоким риском гастропатии / А.Ю. Куликов, И.С. Крысанова // Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 62–65.
9. Мальцев В.И. Методология проведения фармакоэкономических исследований / В.И. Мальцев, Т.К. Ефимцева, Д.Ю. Белоусов // Український медичний часопис. – 2002. – № 5 (31). – С. 20–29.
10. Особливості захворюваності та споживання ліків хворими похилого та старечого віку / В.В. Безруков, Л.П. Купраш, А.Ю. Петриченко, Л.Б. Снігур, Ю.О. Гриненко, С.О. Гударенко // Ж. практичного лікаря. – К., 2003. – № 4. – С. 5–7.
11. Остроумова О.Д. Применение ацетилсалициловой кислоты для профилактики инсульта / О.Д. Остроумова // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11, № 2. – С. 16–22.
12. Фармакоэкономический анализ в

- гериатрии: Метод. рекомендації / Л.П. Купраш, Л.М. Ена, Т.Л. Єхнева, А.Ю. Петриченко, Ю.О. Гриненко, О.В. Купраш, О.С. Гударенко. – К.: ДУ «Институт геронтології АМН України», 2007. – 30 с.
13. Фармакоепідеміологічні дослідження в гериатрії / Л.П. Купраш, Л.М. Ена, А.Ю. Петриченко, О.В. Купраш, С.О. Гударенко, Л.Б. Снігур // Вісник фармакології і фармації. – 2007. – № 2. – С. 26–31.
14. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – Санкт-Петербург, 2002. – 191 с.
15. Abbasi K. Optimal oral antiplatelet therapy for vascular disease Editorial / K. Abbasi // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 10–12.
16. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease srsd strok 2002 updata: consensus panel guide to

- comprehensive risk reduction for adult without coronary or other atherosclerotic vascular disease / T.A. Pearson, S.N. Blair, S.R. Daniels et al. // *Circulation*. – 2002. – Vol. 106. – P. 338–391.
17. An Update on Aspirin in Primary Prevention of Cardiovascular Disease / R.S. Eidelman, P.R. Harbart, S.M. Weisman, C.H. Hennekens // *Ann Intern Med*. – 2003. – Vol. 163. – P. 2006–2010.
18. Analysis of risk of bleeding complications after different doses of aspirin in 192,036 patients enrolled in 31 randomized controlled trials / V.L. Serebruany, S.R. Steinhubl, P.B. Berger et al. // *Am. J. Cardiol*. – 2005. – Vol. 95. – P. 1218–1222.
19. Antithrombotic Trialists' Collaboration (2002) Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ*. – 2002. – Vol. 324 (7329). – P. 71–86.
20. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration (2009) Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373 (9678). – P. 1849–1860.
21. Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review / C.L. Campbell, S. Smyth, G. Montalescot et al. // *JAMA*. – 2007. – Vol. 297 (18). – P. 2018–2024.
22. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials / J.S. Berger, M.C. Roncaglioni, F. Avanzini et al. // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295 (3). – P. 306–313.
23. Cardiovascular mortality predictors in the oldest old. / L. Marafon, I. da Cruz, C. Schwanke, E. Moriguchi // *Cad Saude Publica*. – 2003. – Vol. 19, № 3. – P. 799–807.
24. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C.D. Holman, S.D. Price et al. // *BMJ*. – 2009. – Vol. 338. – P. 27–52.
25. Cost-effectiveness of aspirin treatment in the primary prevention of cardiovascular disease events in subgroups based on age, gender, and varying cardiovascular risk / J.P. Greving, E. Buskens, H. Koffijberg, A. Algra // *Circulation*. – 2008. – Vol. 117. – P. 2875–2883.
26. Coull A. Oxford Vascular Study: Population based study of early risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services / A. Coull, J.K. Lovett, P. Rothwell // *BMJ*. – 2004. – Vol. 328. – P. 325–328.
27. ESPRIT Study Group; Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial / P.H. Halkes, J. van Gijn, L.J. Kappelle et al. // *Lancet*. – 2006. – Vol. 367 (9523). – P. 1665–1673.
28. Felmeden D.C. Antithrombotic therapy in hypertension: a Cochrane Systematic review / D.C. Felmeden, G.Y. Lip // *J. Human. Hypertens*. – 2005. – Vol. 19. – P. 185–196.
29. Investigation of gastric and duodenal mucosal defects caused by low-dose aspirin in patients with ischemic heart disease / H. Nema, M. Kato, T. Katsurada et al. // *J. Clin. Gastroenterol*. – 2009. – Vol. 43(2). – P. 130–132.
30. Laine L. Review article: gastrointestinal bleeding with low-dose aspirin – what's the risk? / L. Laine // *Aliment. Pharmacol. Ther*. – 2006. – Vol. 24, № 6. – P. 897–908.
31. Mackins R. Gastrointestinal side effect of drugs / R. Mackins, A. Ballinger // *Expert Opin Drug Saf*. – 2003. – Vol. 2, № 4. – P. 421–429.
32. Patrono C. Aspirin: promise and resistance in the new millennium *Arterioscler. / C. Patrono, B. Rocca // Thromb. Vasc. Biol.* – 2008. – Vol. 28. – P. 25–32.
33. Pharmacoeconomics and Aging / S. Bustacchini, A. Corsonello, G. Onder, E.E. Guffanti, F. Marchegiani // *Drugs & Aging*. – 2009 – Vol. 26 – P. 75–87.
34. Турнер М. Aspirin and gastrointestinal toxicity / M. Turner // *Anadolu Kardiyol. Derg*. – 2007. – Vol. 7, № 2. – P. 27–30.
35. US Preventive Services Task Force. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: recommendation a rationale // *Ann Intern Med*. – 2002. – Vol. 136. – P. 157–160.

Статья поступила в редакцию 06.03.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МЕДЛЕННЫЙ НАБОР ВЕСА РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ – НЕ ПОВОД ДЛЯ БЕСПОКОЙСТВА

Если ребёнок медленно набирает вес в первые три месяца жизни - это ещё не повод для беспокойства, доказали учёные из университета в Бристоле, Великобритания. Результаты проведённого обзора были опубликованы в журнале *The Journal of Pediatrics*.

Каждого новорождённого обязательно взвешивают и измеряют его рост. За изменением этих показателей постоянно следят не только педиатры, но и сами родители малышей, а отклонение от нормы сразу вызывает у них беспокойство.

Группа учёных, во главе с профессором Аланом Эмондом, проанализировали данные 11499 де-

тей, принимавших участие в одном из других исследований. Было выявлено, что 507 детей, которые медленно набирали вес в течение первых восьми недель жизни, догоняли своих сверстников к двум годам. Ещё 480 детей медленно росли до девяти месяцев, но к 13 годам они совсем не отличались от ровесников. Разные сроки в этих двух группах объясняются различными причинами медленного увеличения массы тела.

Учёные отметили, что неоправданное беспокойство родителей приводит к тому, что они начинают больше кормить своих детей. Но необходимо помнить, что особенности питания во втором полугодии жизни определя-

ют будущее увеличение веса ребёнка. Поэтому потребление большого количества калорий в младенческом возрасте позже может привести к ожирению.

Если у ребёнка нет симптомов каких-либо заболеваний, а он только медленно набирает вес, это не говорит ни о какой патологии.

Доктор Саймон Ньюэлл, вице-президент Королевского колледжа педиатрии и детского здоровья, отметил: «Если вес и рост вашего ребёнка не подходит под средние показатели для его возраста, они всё равно могут быть совершенно нормальными».

<http://www.gazeta.ru>