М.И. Лутай, д.м.н., профессор, руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца; **И.П. Голикова,** к.м.н., научный сотрудник,
ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, г. Киев

β-Адреноблокаторы в лечении ишемической болезни сердца: место бисопролола

Продолжение. Начало на стр. 22.

на фоне 4-недельной монотерапии бисопрололом полностью исчезли приступы стенокардии. Только 3 больных (10%) не отметили улучшения состояния. После окончания исследования им был рекомендован регулярный прием пролонгированных нитратов в дополнение к бисопрололу и ацетилсалициловой кислоте. Нормализация АД в ходе лечения отмечена у всех пациентов с АГ.

На фоне назначения бисопролола уже через 4 ч после приема первой дозы (время достижения максимальной концентрации в плазме крови при пероральном приеме) наблюдалось максимальное снижение ЧСС в покое до 67,2±2,5 уд/мин (в среднем на 21% по сравнению с исходной), причем у пациентов с исходной тахикардией было отмечено более значительное замедление ЧСС по сравнению с пациентами с нормальным синусовым ритмом.

Препарат оказывал антиангинальное действие, что клинически проявлялось достоверным уменьшением частоты возникновения приступов стенокардии и суточной потребности в нитроглицерине (у 22 пациентов, 73% обследованных); количество приступов стенокардии уменьшилось до 1-2 в неделю по сравнению с 6-7 приступами до лечения; суточное потребление нитроглицерина уменьшилось с 3-4 до 0-1 таблеток, рис.).

Препарат достоверно повышал толерантность пациентов к физической нагрузке при проведении ВЭМ; при этом результаты, полученные в «остром» тесте – через 4 ч после однократного приема 10 мг препарата, – существенно не отличались от таковых после 30-дневной терапии. На фоне приема бисопролола мощность нагрузки и ее продолжительность увеличивалась более чем на 30% (табл. 3). Следует также отметить, что влияние препарата на показатели ВЭМ сохранялось через 24 ч после его приема, что обеспечивало возможность назначения бисопролола 1 раз в сутки в качестве не только антигипертензивного, но и антиангинального средства.

Прием препарата в течение 30 дней не оказывал влияния на основные лабораторные показатели: уровни глюкозы, холестерина, триглицеридов, креатинина, калия, натрия, количество лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина, СОЭ. В настоящем исследовании клинически значимые побочные эффекты не отмечены, однако у 5 пациентов после приема первой дозы 10 мг бисопролола наблюдалось выраженное снижение АД (с 140/85 до 100/65 мм рт. ст.) и ЧСС (с 76-80 до 48-52 уд/мин), что сопровождалось общей слабостью, головокружением. Этим пациентам в последующем доза бисопролола была снижена до 5 мг/сут с удовлетворительным клиническим эффектом.

В заключение хотелось бы отметить, что собственный клинический опыт применения препарата бисопролола Бисопрофар у больных со стабильной стенокардией напряжения свидетельствует о его высокой антиангинальной эффективности и хорошей переносимости. Влияние бисопролола на толерантность к физической нагрузке по результатам ВЭМ сохранялось через 24 ч после его приема, что делает возможным назначение препарата один раз в сутки в качестве как антигипертензивного, так и антиангинального средства.

Таблица 3. Показатели ВЭМ до назначения и на фоне лечения бисопрололом (M±m)

Показатели ВЭМ	До лечения	Через 4 ч после приема препарата	Через 24 ч после приема препарата	Через 30 дней после приема препарата
Пороговая мощность нагрузки, Вт	65,3±5,6	85,7±6,3*	80,1±5,2*	87,1±4,7*
Время педалирования до появления приступа стенокардии и/или депрессии ST на ЭКГ, с	425,0±51,1	580,0±49,6*	537,0±56,5	593,0 ±45,3*
Исходная ЧСС, уд/мин	78,3±3,6	65,3±4,1*	67,7±4,2	64,2±3,3*
Пороговая ЧСС, уд/мин	111,4±3,4	110,6±2,7	110,5±4,4	115,3±3,6
Исходное САД, мм рт. ст.	142,3±7,6	118,2±4,8*	136,5±5,3*	122,6±4,9*
Пороговое САД, мм рт. ст.	173,5±4,8	156,5±5,1*	170,6±5,5*	163,3±4,6*

Примечания: САД – систолическое АД;
* различия показателей достоверны по сравнению с исходными (p<0,05).

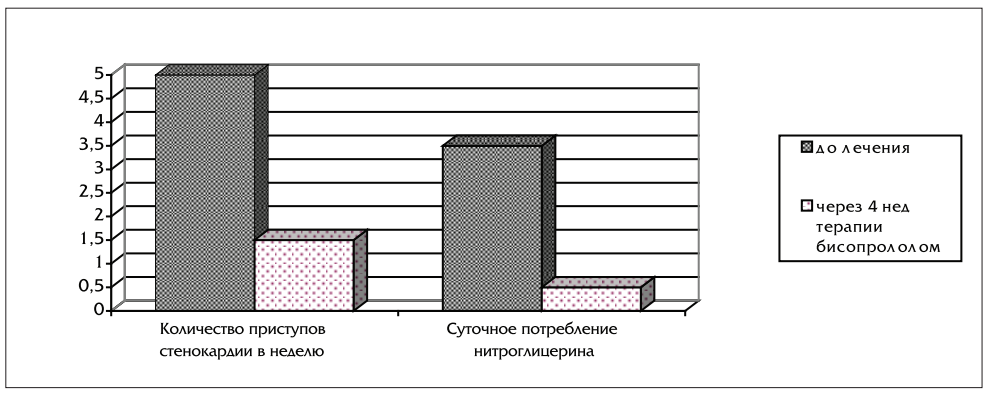

Рис. Количество приступов стенокардии в сутки и потребность в нитроглицерине на фоне терапии бисопрололом

Российский национальный
пришло время для

6–8 октября в г. Москве в здании Российской академии медицинских наук (РАМН) состоялся Российский национальный конгресс кардиологов. На церемонии открытия мероприятия его участников и делегатов приветствовали известные российские ученые-кардиологи и зарубежные гости.

Академик РАН и РАМН, доктор медицинских наук, профессор Евгений Иванович Чазов, анализируя в своем выступлении путь становления и развития российской кардиологической службы, отметил большую роль организационных мероприятий в эффективном функционировании систем неотложной и плановой кардиологической помощи населению.

– В 70-80-е годы прошлого столетия в СССР организация системы здравоохранения предусматривала оказание медицинской помощи кардиологическим пациентам как на уровне специализированных бригад скорой помощи, так и на уровне участковых врачей. Уже в те годы в стране проводились исследования, направленные на изучение эффективности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), проводимой силами участковой поликлинической службы. Блестящие результаты исследований, показавшие высокую эффективность таких мероприятий в плане снижения смертности от ССЗ, стали основанием для создания новой организационной системы оказания кардиологической помощи населению.

Первые шаги по оказанию ургентной помощи кардиологическим пациентам, разработка и испытание метода тромболитической терапии, появление первого реанимобиля открывали перед российской кардиологией большие возможности и перспективы. Разрушение в 1990-х годах организационных основ оказания кардиологической помощи, первичной и вторичной профилактики ССЗ, остановка развития догоспитальной помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), невозможность использования в широких масштабах высокотехнологичных методов кардиологической помощи привели к резкому повышению уровня сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Политика государства в области здравоохранения, проводимая в последние годы и направленная на возрождение и совершенствование российской кардиологической службы, а также на укрепление системы здравоохранения в целом, уже принесла первые результаты: в 2009 г. впервые с момента распада СССР уровень рождаемости в России превысил уровень смертности. Это только начало пути, целью которого является снижение к 2020 г. уровня сердечно-сосудистой смертности населения России в 2 раза.

С целью совершенствования кардиологической помощи населению сегодня в стране проводится ряд организационных мероприятий, направленных, в частности, на восстановление и организацию эффективной работы кардиологических диспансеров, которые должны выполнять роль главных организационно-методических центров на местах. Именно кардиодиспансеры будут отвечать за организацию специализированной медицинской помощи в регионах в целом, тогда как функции региональных сосудистых центров ограничатся внедрением в практику современных высокотехнологических методов лечения ОКС и инсультов.

Значительное внимание в настоящее время уделяется оказанию помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе. И в этом случае также показательным является низкий уровень проведения догоспитальной тромболитической терапии во многих российских городах вследствие недостаточно эффективной организации работы бригад скорой медицинской помощи даже при наличии выделенных из государственного бюджета средств. Именно неэффективная организация кардиологической помощи на догоспитальном этапе является сегодня одной из основных причин высокой смертности при ОКС.

Однако изменение отношения со стороны государства к проблемам кардиологической службы и лечебно-профилактическая работа с привлечением специалистов всех уровней системы здравоохранения позволяют надеяться на получение новых, более ощутимых результатов в будущем.

Президент Всероссийского научного общества кардиологов, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Рафаэль Гегамович Оганов посвятил свое выступление возможностям практического здравоохранения в первичной профилактике ССЗ и формировании приверженности населения к здоровому образу жизни.

– На сегодня не вызывает сомнений наличие связи между уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости и образом жизни и модифицируемыми факторами риска (ФР), выделение которых у каждого пациента очень важно с практической точки зрения. При этом оптимальным вариантом для врача первичного звена здравоохранения является выбор ФР, общих для всех наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. Именно на этом принципе сегодня

Конгресс кардиологов: реализации накопленного потенциала

основываются так называемые интегрированные программы профилактики. Наиболее важными из общих ФР являются курение; гиподинамия; наличие артериальной гипертензии (АГ), ожирения, дислипидемии; злоупотребление алкоголем. Ценность этих факторов состоит в том, что методы их коррекции доступны для практического здравоохранения.

Перечисленные выше традиционные ФР позволяют достаточно высоко оценить степень риска в будущем, когда речь идет о первичной профилактике ССЗ. Что касается большинства новых биомаркеров, то тщательная оценка доказательств их информативности и полезности позволяет предполагать, что сегодня пока рано говорить об их широком использовании в рутинной клинической практике при осуществлении первичной профилактики ССЗ.

В первичном скрининге населения большое значение имеет использование программ и шкал, созданных на основе результатов проспективных эпидемиологических исследований и позволяющих оценить степень суммарного риска. В настоящее время признана целесообразность создания национальных шкал, учитывающих особенности популяции отдельной страны или части континента.

В России на стадии завершения находится работа по созданию шкалы, разработанной на основе результатов российских проспективных эпидемиологических исследований и получившей название «Экспертная оценка управления индивидуальным сердечно-сосудистым риском». Данная система позволит оценить как абсолютный, так и относительный риск. Кроме того, с помощью такой шкалы можно будет определить вклад в суммарный риск отдельных факторов, выделить наиболее значимые из них и составить экспертное индивидуализированное заключение с рекомендациями относительно дальнейшей тактики профилактики или лечения ССЗ.

Простота применения шкалы позволяет использовать ее для оценки риска на уровне первичного звена здравоохранения, в частности специалистами фельдшерско-акушерских пунктов и поликлинических отделений.

В ходе пленарного заседания **руководитель отделения кардиоваскулярной медицины и хирургии Университета Пьера и Мари Кюри и Госпиталя Pitie-Salpetriere в г. Париже (Франция), профессор Мишель Комаждa** представил вниманию аудитории доклад, в котором осветил нерешенные проблемы в области лечения сердечной недостаточности (СН).

– На сегодня наиболее проблемным вопросом в области лечения хронической СН (ХСН) остается тактика в отношении пациентов с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). В последних рекомендациях ESC отмечено, что ни один вид терапии пока не продемонстрировал способности к достоверному снижению смертности среди пациентов с СН и сохраненной ФВ ЛЖ.

Действительно, ряд многообещающих исследований, изучавших эффективность использования препаратов различных классов в лечении пациентов с ХСН и сохраненной ФВ, завершились неудачно. Часть этих неудач вполне объяснима, и анализ ошибок позволяет надеяться, что в перспективе при внесении определенных корректив будут получены лучшие результаты.

Однако на сегодня приходится констатировать неудовлетворительные результаты исследования I-PRESERVE, в котором применение блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) ирбесартана не показало преимуществ перед плацебо у пациентов с ХСН и сохраненной ФВ в плане снижения первичных и вторичных комбинированных точек. Одной из возможных причин этого является большое количество случаев включения новых участников в ходе исследования,

а также случаев преждевременного прекращения лечения (30% пациентов).

Отрицательные результаты клинических плацебо контролируемых исследований CORONA и GISSI-HF, в которых изучались эффекты розувастатина в лечении больных с ХСН, стали основанием для признания нецелесообразности назначения статинов при данной патологии.

Более обнадеживающими в отношении лечения пациентов с дисфункцией ЛЖ оказались результаты исследования BEAUTIFUL, подтвердившие плохой прогноз у больных ИБС с синусовым ритмом и систолической дисфункцией при высокой частоте сердечных сокращений (ЧСС).

Несмотря на то что в общей популяции пациентов проводимая терапия ингибитором f-каналов ивабрадином не имела положительных результатов в плане уменьшения первичных конечных точек (сердечно-сосудистой смерти и частоты случаев госпитализации по поводу СН или ИМ), это исследование подчеркнуло важность дальнейшего изучения эффектов снижения ЧСС у различных категорий пациентов с ИБС. Об этом в первую очередь свидетельствуют результаты, полученные в подгруппе пациентов с исходной ЧСС ≥70 уд/мин, в которой наблюдалось достоверное влияние терапии на первичные конечные точки.

С целью получения ответов на многие вопросы, возникшие после окончания BEAUTIFUL, в настоящее время проводится исследование SHIFT, в котором изучают эффекты ингибитора f-каналов в лечении пациентов с ИБС и разными уровнями ЧСС в плане влияния на различные конечные точки.

К сожалению, необходимо признать отсутствие в последние годы прогресса в области лечения острой декомпенсированной СН. Недавно завершившиеся клинические плацебо контролируемые исследования ESSENTIAL, SURVIVE, REVIVE, EVEREST с применением инотропных препаратов эноксимона, левосимендана и блокатора рецепторов вазопрессина толваптана у больных декомпенсированной острой СН продемонстрировали либо нейтральные, либо отрицательные результаты в отношении влияния на первичные конечные точки.

Неутешительные данные получены и в исследовании PROTECT, результаты которого были представлены на последнем конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC), прошедшем в этом году в г. Барселоне. В этом исследовании сравнивалось влияние селективного антагониста A_1-аденозиновых рецепторов с плацебо на исходы при острой декомпенсированной СН. Авторы исследования констатировали,

что ролофиллин не улучшает исходы у пациентов с этой патологией.

В то же время в последние годы получены ответы на многие вопросы, связанные с ведением пациентов с СН. Продолжает изучаться целесообразность определения уровней мозгового натрийуретического пептида (BNP) в плазме крови для выбора лечебной тактики при ХСН. В исследовании STARS-BNP применение стратегии, основанной на уровне плазменного BNP, сопровождалось достоверным снижением риска смерти и госпитализации. С другой стороны, результаты исследований TIME-CHF и PRIMA показали отсутствие различий в уровнях смертности от общих причин, сердечно-сосудистой смертности и госпитализации по поводу СН в группах с различной стратегией лечения ХСН.

В исследованиях последних лет доказана важность повышения приверженности к лечению у пациентов с ХСН, а также польза от регулярных оптимальных физических нагрузок.

В настоящее время ожидаются результаты ряда других исследований, в которых изучаются эффекты различных препаратов в лечении пациентов с СН. Это исследование TOPCAT (использование спиронолактона у пациентов с СН и сохраненной ФВ), EMPHASIZE (использование эплеренона при умеренной СН), исследование HEAAL (сравнение различных доз лосартана), а также большое количество проектов, посвященных поиску новых возможностей влияния на течение СН при помощи новых препаратов.

Столь активный поиск, ведущийся в области фармакотерапии различных форм СН, позволяет надеяться на получение в скором будущем ответов на многие актуальные для практической кардиологии вопросы.

* * *

Традиционно насыщенная научная программа конгресса включала множество научных симпозиумов, в ходе которых известные российские ученые-кардиологи ознакомили практических врачей с последними тенденциями и направлениями в диагностике и лечении кардиологических заболеваний. Наибольшее внимание участников форума привлекли заседания, посвященные неотложным состояниям в кардиологии. Большое количество слушателей собрали и симпозиумы, посвященные ведению пациентов с АГ, сочетающейся с другими распространенными ФР. Выбрать оптимальную схему терапии, направленную на коррекцию имеющихся ФР, и одновременно избежать полипрагмазии у таких пациентов – сложная задача в каждом конкретном случае. Разнообразие тем, обсуждавшихся в ходе этих симпозиумов, позволило каждому кардиологу, терапевту и семейному врачу услышать ответы на волнующие вопросы.

Активные дискуссии с участием многих специалистов стали еще одним свидетельством того, что у российских и украинских кардиологов, работающих на разных уровнях системы здравоохранения, имеются общие проблемы и общие причины их немедленного разрешения. Подобные форумы вселяют надежду на то, что огромный научный и практический потенциал, накопленный еще во времена существования единой системы здравоохранения СССР, будет сегодня реализован и позволит восстановить и развить эффективную систему оказания кардиологической помощи населению.

P.S. Подробное освещение наиболее интересных выступлений российских ученых планируется в следующих выпусках газеты.

Подготовила ***Наталья Очеретяная***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 6200 посещений в день • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года