

М.И. Лутай, д.м.н., профессор, А.Ф. Лысенко, к.м.н., ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Как улучшить прогноз больного со стенокардией: изменение образа жизни и фармакотерапия



М.И. Лутай, д.м.н., профессор, ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Современное лечение стабильной стенокардии преследует две основные цели. Первая, и она считается приоритетной, предполагает улучшение прогноза заболевания, предупреждение развития инфаркта и увеличение продолжительности жизни пациента. Вторая касается повышения качества жизни за счет уменьшения частоты и интенсивности приступов стенокардии.

Модификация образа жизни

Модификация образа жизни, включая отказ от курения, диетический режим, регулярные физические нагрузки, нормализацию массы тела, оказывает положительное влияние на течение заболевания и его прогноз.

Курение является важным фактором риска развития ИБС и еще более чем двух десятков различных заболеваний. Следует отметить, что безопасных способов потребления табака не существует: курение сигарет, сигар, трубок, использование нюхательного табака негативно влияют на состоянии здоровья курильщика. Значительный вред здоровью наносит и пассивное курение. У курящих мужчин стенокардия возникает в 2 раза чаще. Курение повышает риск коронарной смерти, особенно в молодом возрасте. Считается, что примерно 80-90% всех летальных исходов вследствие ИБС у мужчин в возрасте до 45 лет связаны с курением. В Украине потребление табака является опосредованной причиной каждого 5-го случая смерти среди лиц старше 35 лет [2]. Женщины еще более подвержены негативному воздействию этого фактора риска. Частота сердечно-сосудистых осложнений у курящих женщин возрастает почти в 6 раз. Прием таблетированных контрацептивов усиливает отрицательное влияние табакокурения. Вместе с тем курение является потенциально обратимым фактором риска, отказ от этой вредной привычки примерно на 65% снижает частоту развития первого инфаркта миокарда (ИМ) и на 30% — повторного.

Недавно в ряде стран были приняты законы, запрещающие курение в общественных местах. В течение относительно короткого времени это нововведение вызвало существенное уменьшение количества стрихий ИМ. Так, в 4 регионах

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — заболевание, вызванное атеросклерозом коронарных артерий, — остается главной причиной смерти населения развитых стран мира. Стенокардия является одной из наиболее распространенных форм ИБС и наиболее частым (до 46% случаев) первым проявлением данной патологии.

В Украине с диагнозом стенокардии живут более 3 млн человек, примерно половина из них — лица трудоспособного возраста [1].

Италии всего за 12 мес этот показатель сократился на 23% [3].

Диета — важная составляющая терапии больного стенокардией. Результаты первого в этой области клинического исследования (D. Ornish et al., 1990) показали, что модификация образа жизни и соблюдение вегетарианской диеты с низким содержанием жиров способствовали достоверному улучшению показателей ангиографии у больных ИБС независимо от приема медикаментов. Период наблюдения был достаточно продолжительным (4 года) [4]. Имеются данные об улучшении эндотелиальной функции (по результатам проб с эндотелийзависимой вазодилатацией) и существенном снижении биохимических маркеров сердечно-сосудистого риска, включая уровни С-реактивного белка и интерлейкина-6, которые наблюдались в более короткие сроки (12 нед) под влиянием аналогичной вегетарианской диеты. Уменьшение риска кардиоваскулярных осложнений в зависимости от характера питания отмечено в крупных эпидемиологических и популяционных исследованиях [5, 6].

Рациональной при ИБС считается средиземноморская диета, основу которой составляют свежие овощи и фрукты, бобовые, цельнозерновые продукты, морская рыба жирных сортов. Характерной особенностью указанной диеты является ограничение количества животных (насыщенных) жиров: рекомендованная доля жиров в суточном рационе не должна превышать 35%, в том числе насыщенных — не более 7%, а также ограничение потребления с пищей холестерина до 300 мг/сут [7].

Из всех питательных веществ насыщенные жиры в наибольшей степени способствуют повышению уровня холестерина в крови, поэтому их рекомендовано заменять моно- и полиненасыщенными растительными жирами, обладающими антиатерогенными свойствами. Мононенасыщенная олеиновая кислота содержится преимущественно в оливковом масле; что ее употребление способствует снижению уровней холестерина липопротеинов очень низкой плотности и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), а также уменьшению окисления и захвата их макрофагами. Помимо моно- и полиненасыщенных жирных кислот, растительные масла (преимущественно соевое, рапсовое, экстракты хвойных) содержат стеролы и станолы — специфические растительные липиды, способные снижать уровень холестерина за счет конкурентного ингибирования его абсорбции в тонком кишечнике. В небольших количествах фитостеролы и фитостанолы содержатся в орехах, многих фруктах, овощах, бобовых, пшенице и кукурузе. Регулярное поступление в организм указанных соединений с пищей (рекомендуемое

суточное количество — ≥ 3 г) способствует снижению концентрации ХС ЛПНП на 10-15%.

Продукты растительного происхождения содержат пищевые волокна — неперевариваемые в кишечнике сложные углеводы. Пищевым волокнам приписывают способность связывать и выводить из организма холестерин; кроме того, они поддерживают нормальную моторику желудочно-кишечного тракта. Высоким содержанием волокон отличаются цельнозерновые сорта хлеба, крупы, овсяные и ячменные отруби, свежие фрукты (например, яблоки и апельсины), овощи и сушеные бобы.

Средиземноморская диета — единственная, для которой доказано благоприятное влияние в отношении риска развития ИБС, а также общего прогноза [8]. Уже в течение первых двух лет соблюдения средиземноморской диеты сопровождалось снижением частоты коронарной смерти и нефатального ИМ на 73%, общей смертности — на 70%. Полученный положительный эффект сохранялся до 4 лет. По результатам положительного голосования 166 делегатов — представителей экономически развитых стран — средиземноморская диета была признана ЮНЕСКО частью культурного мирового наследия (2011).

Учеными Кембриджского университета (Великобритания) в 2011 г. был проведен метаанализ с использованием материалов 7 исследований (примерно 114 тыс. участников), который показал, что употребление шоколада снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний более чем на треть (37%), а риск инсульта — на 29%. В проанализированных исследованиях не было возможности стандартизовать количественные и качественные характеристики использования шоколада. Поэтому учитывалось применение различных количеств, разных видов шоколада (темного, молочного, белого) в любых продуктах (напитках, плитках и т.д.). Полученный профилактический эффект был связан с «высоким уровнем употребления шоколада», что означает его использование, по крайней мере, не реже одного раза в неделю.

Остается нерешенным вопрос о возможном потенциально более выраженном воздействии шоколада при условии его специального приготовления как профилактического средства (без излишних сахара, жиров, химических добавок). Механизм кардиопротекторного действия данного продукта также нуждается в дополнительном изучении. Не исключено, что этот эффект связан с наличием в какао-бобах полифенолов, способных регулировать функции эндотелия и тромбоцитов, артериальное давление (АД), углеводный и липидный обмен. Вместе с тем, учитывая высокую энергетическую ценность (100 г содержит

500 ккал), а также значительное содержание сахара и жира во многих коммерческих изделиях, содержащих шоколад, авторы метаанализа призывают к разумной умеренности в его потреблении [9].

Морская рыба — обязательный компонент антиатерогенной диеты. Считается, что ω_3 -полиненасыщенные жирные кислоты (ω_3 -ПНЖК), содержащиеся в рыбьем жире, снижают уровень триглицеридов в крови и оказывают регулирующее воздействие на систему свертывания крови. Эффекты ω_3 -ПНЖК в отношении сердечно-сосудистых заболеваний описывались и активно изучались в течение последних шести десятилетий. Н.М. Sinclair в 1953 г. описал низкую распространенность ИБС среди гренландских эскимосов, у которых в рационе преобладали мясо китов, тюленей и рыба [10]. Анализ 25 исследований (W.S. Harris et al., 2007) обнаружил обратную зависимость риска коронарных событий от уровня ω_3 -ПНЖК [11].

В достаточно крупных исследованиях с участием больных ИБС после перенесенного ИМ — DARTS (1989) и GISSI-Prevenzione (2001), в ходе которых применялись фармакологические препараты с ω_3 -ПНЖК, — показано положительное воздействие подобной терапии на прогностические показатели [12, 13]. Препараты ω_3 -ПНЖК назначались в дополнение к базисной терапии. В исследовании DARTS (n=2033) общая смертность (преимущественно кардиальная) в течение 2 лет снижалась на 29%. В испытании GISSI-Prevenzione (n=11 324) снижение общей смертности в течение 4 лет составило 21%, частоты внезапной коронарной смерти — 45%.

В японском исследовании JELIS [14] также участвовали больные после ИМ (n=14 981). После 5-летнего применения ω_3 -ПНЖК у них отмечалось снижение суммарного показателя основных коронарных событий на 15%. Однако в некоторых испытаниях положительный эффект ω_3 -ПНЖК не подтвердился (M.L. Burt et al. с участием больных стенокардией; D.W. Nilsen et al., а также в одном из последних масштабных исследований Alpha Omega с участием 4833 пациентов, перенесших ИМ) [15]. Учитывая противоречивые результаты, полученные в клинических исследованиях, а также возможности современной фармакотерапии, Европейское общество кардиологов не рекомендует дополнительное назначение ω_3 -ПНЖК в виде отдельных лекарственных препаратов больным ИБС, в том числе перенесшим ИМ. Рекомендательные документы США более лояльны, они не исключают использования фармакологических препаратов ω_3 -ПНЖК (1 г/сут), но отдают предпочтение употреблению морской рыбы жирных сортов. Возможными показаниями для назначения лекарственных средств ω_3 -ПНЖК остаются гипертриглицеридемия (необходимы

более высокие дозы — 2-4 г/сут) и сахарный диабет СД 2 типа. Последнее показание требует дополнительного подтверждения.

Рациональное питание предполагает умеренное употребление поваренной соли (до 5 г/сут). Для приготовления пищи предпочтительно использование свежих или свежемороженных несоленых продуктов. Приобретая готовые блюда и полуфабрикаты, следует учитывать, что они могут содержать избыточное количество соли, сахара, трансжиров. Употребление алкоголя целесообразно ограничить дозой <10-20 г/сут для женщин и <20-30 г/сут для мужчин. Пациентам с гипертриглицеридемией необходимо более жестко ограничивать потребление алкоголя, а также продуктов и напитков, содержащих сахар.

Контроль массы тела — одна из основных проблем современного общества. Снижение веса и регулярные умеренные физические упражнения эффективны в предупреждении метаболических нарушений, абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и связанных с ней сердечно-сосудистых заболеваний и СД 2 типа. Важной характеристикой диеты, необходимой для снижения веса, является калорийность. Этот тезис подтверждается данными клинических исследований. В специально спланированной работе (F.M. Sacks et al., 2009) сравнивали 4 варианта диет в зависимости от калорийности, содержания жиров и белков. Участники исследования (n=811) исходно имели избыточный вес. Первичная конечная точка определялась как динамика массы тела после 2 лет наблюдения. Средняя потеря веса составила 4 кг. Клинически значимое уменьшение массы тела было связано не с типом употребляемых в пищу продуктов (макронутриентов), а с уменьшением калорийности диеты, что и стало главным выводом исследования [16].

Физическая активность оказывает положительное влияние на общее состояние больных ИБС, способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам, нормализует массу тела. Регулярные физические упражнения, соответствующие индивидуальным возможностям, показаны всем пациентам с ИБС. Больные, перенесшие большие кардиоваскулярные события (включая коронарную реваскуляризацию), не являются исключением. Так, по данным метаанализа результатов 22 исследований, регулярные физические тренировки умеренной интенсивности у больных, перенесших ИМ, приводили к снижению общей смертности на 23% и частоты внезапной смерти на 37% [17]. Физическая нагрузка оказывает положительный эффект во всех возрастных группах. Регулярные физические тренировки у лиц пожилого возраста (по 20 мин 3 р/нед) сопровождалась 30% снижением частоты возникновения ИБС и общей смертности. Интенсивность физической нагрузки должна соответствовать индивидуальным возможностям пациента, частота сердечных сокращений (ЧСС) при этом не должна превышать 60-75% от максимальной, которая определяется по формуле: 220 минус возраст пациента (годы). Для получения оптимальных результатов тренировки желательно проводить ежедневно в течение не менее чем 30 мин.

Сопутствующие артериальная гипертензия и СД 2 типа существенно ухудшают прогноз ИБС, поэтому требуют особо жесткой коррекции. Для таких пациентов рекомендованы следующие целевые уровни АД: систолическое — 130-140 мм рт. ст., диастолическое — ≥70 мм рт. ст. Рекомендованный уровень гликозилированного гемоглобина — <7%.

Продолжение следует.



НОВИНИ НАМН

Національна академія медичних наук підписала Меморандум про співпрацю з Кіровоградською облдержадміністрацією

22 лютого в рамках робочої поїздки віце-прем'єр-міністра, міністра охорони здоров'я України Раїси Богатирьової до Кіровоградського обласного перинатального центру взяв участь президент Національної академії медичних наук (НАМН) України Андрій Сердюк.

Спілкуючись із журналістами, він нагадав, що майже місяць тому у м. Кіровограді під час наради, яку проводив Президент України, було запропоновано співпрацю між НАМН України та медичними закладами Кіровоградської області. За ці 3 тижні майже 100 жителів області мали змогу отримати висококваліфіковану безкоштовну медичну допомогу в державних профільних установах. Як запевнив президент НАМН, співпраця з регіоном продовжуватиметься не лише щодо питань надання медичної допомоги важкохворим; не менш важливою складовою буде навчання, підготовка та перепідготовка медиків області. Окрім того, Кіровоградський перинатальний центр стане базовим у підготовці спеціалістів перинатального напрямку з інших регіонів держави.

Андрій Сердюк переконаний, що слід запровадити в Кіровоградському перинатальному центрі такий інноваційний метод взаємодії медиків, як телемедицина. Цю технологію у своїй роботі уже використовують кіровоградські спеціалісти кардіологічного напрямку.

На запитання Раїси Богатирьової, як швидко цей метод зможуть освоїти спеціалісти, голова Кіровоградської облдержадміністрації (ОДА) Сергій Ларін запевнив: «Ми зробимо все для того, щоб у Кіровоградському перинатальному центрі телеметричний зв'язок з'явився вже через 2 тижні».

Голова Кіровоградської ОДА проінформував віце-прем'єр-міністра та присутніх науковців про розпочате в області масштабне дослідження радонової проблеми. «Ми готові стати пілотною областю щодо цього питання», — запропонував він. На Кіровоградщині вже розпочато предметне вивчення ймовірних причин високого рівня онкозахворювань із залученням відомої французької лабораторії, фахівців ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України» (м. Київ).

Під час наради з головними лікарями медичних закладів області відбулося підписання Меморандуму про співпрацю між Кіровоградською ОДА та НАМН.

«Сьогодні ми підписуємо меморандум, у рамках якого у поточному році кращі клінічні заклади України готові за державні кошти надати спеціалізовану допомогу понад 1 тис. важкохворим. Ми розпочали таку співпрацю саме з вашої області, — відзначив президент НАМН України. — Від сьогодні Академія стає партнером вашого перинатального центру, який, як ми сьогодні пересвідчилися, є сучасним, новітнім центром, і стане школою для решти подібних закладів держави. НАМН України готова співпрацювати з областю в напрямі запровадження найсучасніших технологій, надання медичної допомоги та підвищення кваліфікації медичних працівників Кіровоградщини в короткі терміни», — підкреслив Андрій Сердюк.

За матеріалами прес-служби Кіровоградської ОДА



Новая книга В.Ф. Москаленко «Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы»

Вышла в свет книга Виталия Федоровича Москаленко «Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы». Обсуждаемые в ней вопросы сегодня представляются весьма актуальными, перспективными, а предложения требуют скорейшего воплощения.

Вопросы охраны здоровья человека неразрывно связаны с глобальными проблемами — растущими запросами населения, дефицитом ресурсов, экономическими, технологическими и экологическими проблемами. В связи с этим поиск оптимальных моделей системы здравоохранения, позволяющих при минимальных финансовых ресурсах обеспечить максимальный охват населения качественным медицинским обслуживанием, является всегда актуальным.

В данном издании охарактеризованы ключевые императивы функционирования здравоохранения, характеризующие его базовые ценности, цели, принципы и ключевые функции, без понимания которых успешная деятельность здравоохранения не представляется возможной.

К безусловным достоинствам книги следует отнести систематизацию знаний о здоровье как наибольшей ценности и о системе здравоохранения как важнейшей сфере, отвечающей за его сохранение и укрепление.

Проведенный анализ программных документов Организации Объединенных Наций, Международной организации труда, Европейского союза, министерств здравоохранения различных стран, данных медицинской научной литературы и статистики позволил четко выделить основные категории здравоохранения. Представление их в виде императивов, т. е. в виде категорических безусловных требований, не подлежащих обсуждению, подчеркивает их приоритетную важность общегосударственного масштаба.

Автором четко и логично изложены различные аспекты сферы здравоохранения, его тенденции, факторы и детерминанты; взаимодействие сферы охраны здоровья с другими структурами общества; влияние современной медицины на безопасность и благосостояние каждого индивидуума и общества в целом. Охарактеризованы понятия потребности в медицинских услугах, механизмы формирования их стоимости, принципы и источники финансирования, а также разграничены понятия «медицинские услуги» и «медицинская помощь».

В книге подчеркивается приоритетность доступности и качества медицинской помощи. Только при соблюдении этих условий может функционировать любая модель здравоохранения.

Камень преткновения любой системы организации медицинской помощи населения — ее финансирование. Чрезвычайную важность сегодня приобретают механизмы распределения риска и обеспечения финансовой защиты всех слоев населения. В книге подробно охарактеризованы существующие механизмы формирования пула ресурсов для эффективного функционирования здравоохранения, выделены главные источники покрытия расходов на медицинское обслуживание. Только успешное решение этой проблемы позволит обеспечить адекватную медицинскую помощь населению в условиях непрекращающегося роста потребностей и сложной взаимосвязи между показателями экономического развития страны и характеристиками здоровья населения.

Освещена роль кадров в решении задач, стоящих перед современным здравоохранением; проанализированы современные проблемы и причины их возникновения; подчеркивается важность отношения медицинского персонала к реформам в медицине и его роль как важнейшего субъективного фактора в их осуществлении.

Успешное функционирование здравоохранения, по мнению автора, возможно лишь при комплексном решении вопросов планирования кадрового обеспечения, что предполагает сочетание различных категорий медицинских работников, профессиональной подготовки и сертификации, стажировки, создание гибкой системы стимулирования качества работы. В то же время разработка эффективных стратегий в области кадровых ресурсов в сфере здравоохранения не возможна без учета условий и особенностей каждой страны, включая степень развития информационного обеспечения, сложившиеся системы и инструменты управления кадровыми ресурсами, участие в процессе и поддержку со сторон ключевых политических сил.

Обоснована важность и неизбежность реформ существующей системы здравоохранения в Украине как объективной реальности современного мира. Показаны причины и предпосылки, определены цели и задачи, а также основные принципы и условия успешной реализации реформ. Подчеркивается, что эффективность реформирования непосредственно зависит от обоснованности стратегии и тактики, понимания и поддержки власти, а также от руководителей, работников медицинской сферы, наличия профессиональной команды, достаточного периода времени для реализации запланированного.

Особая ценность книги состоит в предложении оптимального «рецепта» по восприятию системы здравоохранения как одного из важнейших институтов социума во всей его целостности и комплексности, со всеми его сложными взаимосвязями с другими сферами общества, с его уникальными особенностями. В книге показаны возможные пути развития сферы медицины и влияние на них множества внешних и внутренних факторов, вызовов и угроз.

Читатель получает целостное представление о здоровье и системе здравоохранения как о наиболее значимой, сложной и затратной социальной сфере, основная задача которой — достижение максимально высокого уровня медицинских услуг для всех членов общества при минимальных финансовых ресурсах.

Уверен, что книга В.Ф. Москаленко «Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы» станет настольной для всех, кто имеет отношение к здоровью и здравоохранению, в частности, будет интересна для руководителей, от деятельности которых зависит будущее здоровья и здравоохранения, а значит, и будущее страны.

Директор ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ», заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор О.Я. Бабак

