

Ведение пациентов высокого риска после острого инфаркта миокарда: как оптимизировать вторичную профилактику?

По материалам XIV Национального конгресса кардиологов Украины (17-19 сентября 2013 г., г. Киев)

Снижение риска повторных кардиоваскулярных событий и улучшение прогноза – главная цель лечения пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Современным направлениям вторичной профилактики таких больных был посвящен доклад профессора кардиологии Медицинского университетского колледжа Суонси (Уэльс, Великобритания) Джулиана Хэлкокса.

— В лечении пациентов с ОИМ сегодня выделяют несколько направлений, каждое из которых играет определенную роль во вторичной профилактике, воздействуя на разные звенья патологического процесса, приводящего к развитию повторных событий. Как известно, пациенты, перенесшие ОИМ, относятся к группе очень высокого кардиоваскулярного риска, который обусловлен «уязвимостью» миокарда, атеросклеротической бляшки и сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза. Рассмотрим с этой точки зрения основные группы препаратов, включенные в международные рекомендации по лечению больных после ОИМ. В настоящее время ключевые доказательства эффективности в улучшении прогноза пациентов с ОИМ имеются для следующих групп препаратов: бета-адреноблокаторов (БАБ), блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), гиполипидемических препаратов (статинов), антиагрегантов, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Уменьшение уязвимости миокарда, то есть кардиопротекторные эффекты, достигается с помощью терапии, направленной на борьбу с ишемией миокарда, лечение или снижение риска развития нарушений ритма сердца, профилактику или уменьшение выраженности симптомов сердечной недостаточности. С этой целью в качестве стандартного лечения применяются БАБ, блокаторы РААС (ингибиторы АПФ, сартаны), антагонисты альдостерона — для всех перечисленных препаратов доказана способность снижать риск смерти у пациентов после ОИМ. На стабилизацию атеросклеротической бляшки направлено лечение статинами, которые снижают уровень холестерина, уменьшают воспаление и дисфункцию эндотелия сосудов. С целью нормализации состояния гемостаза применяется двойная антитромбоцитарная терапия.

Каждая из указанных групп лекарственных препаратов занимает определенную нишу во вторичной профилактике ОИМ, воздействуя на одно или несколько звеньев патогенеза. Однако даже на фоне современной терапии, направленной на вторичную профилактику ОИМ, риск развития повторного события остается достаточно высоким.

В связи с этим особенное внимание привлекают возможности, связанные с приемом высокоочищенных омега-3 ПНЖК, которые обладают многочисленными важными свойствами.

В экспериментальных и клинических исследованиях доказано наличие у омега-3 ПНЖК гиполипидемического противовоспалительного, кардио- и

вазопротекторного, антитромбоцитарного, preconditionирующего и антиаритмогенного эффектов. Таким образом, использование омега-3 ПНЖК позволяет воздействовать одновременно на многие звенья патогенетического процесса, приводящего к развитию повторного ОИМ. Важно, что перечисленные эффекты омега-3 ПНЖК реализуются в такие клинические результаты, как снижение частоты сердечно-сосудистых (СС) осложнений, общей и СС-смерти.

Данный факт был доказан в крупном клиническом рандомизированном исследовании в области вторичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) — GISSI-Prevenzione.

В этом исследовании участвовали 11 323 пациента, недавно перенесших ОИМ (<3 мес), наблюдение за которыми продолжалось 12 мес. Все больные, включенные в исследование, получали стандартную терапию, при этом в группе вмешательства дополнительно назначали омега-3 ПНЖК в капсулах (комбинацию эйкозапентаеновой и докозагексаеновой ПНЖК — ЭПК/ДГК) в дозе 1000 мг/сут — препарат Омакор.

Первичными конечными комбинированными точками исследования GISSI-Prevenzione являлись: смерть + нефатальный ИМ + нефатальный инсульт и СС-смерть + нефатальный ИМ + нефатальный инсульт. В группе пациентов, получавших дополнительно к стандартной терапии омега-3 ПНЖК, наблюдали снижение первичных конечных точек на 15 и 20% соответственно по сравнению с группой контроля.

Результаты анализа динамики отдельных показателей продемонстрировали снижение уровня общей смертности на 21%, СС-смертности — на 30%. Кроме того, на 35% снизился уровень кардиальной смертности и смертности от ИБС (рис. 1). Установлено, что снижение этого показателя произошло в основном за счет уменьшения частоты случаев внезапной сердечной смерти на 45%. При этом снижение частоты внезапной смерти у пациентов, принимавших омега-3 ПНЖК, становилось более выраженным по мере ухудшения функции левого желудочка сердца (рис. 2).

На результатах исследования GISSI-Prevenzione основаны рекомендации Американской ассоциации сердца (АНА, 2002) по употреблению омега-3 ПНЖК (комбинации ЭПК/ДГК). В частности, предложено использовать данную комбинацию омега-3 ПНЖК в дозе около 1000 мг/сут у больных с установленной ИБС.



Дж. Хэлкоккс

В настоящее время большое значение придается результатам использования медикаментозных методов лечения пациентов высокого риска не только в рандомизированных клинических исследованиях, но и в реальной клинической практике. Поэтому крайне важно, что мы располагаем такими данными в отношении рецептурного препарата омега-3 ПНЖК (Омакор). Эти сведения были получены в Великобритании при оценке уровня смертности у больных, принимавших Омакор в дозе 1000 мг/сут в течение 90 дней после развития первого ОИМ. В ходе ретроспективного исследования проанализирована медицинская информация, касающаяся более 12 тыс. пациентов с ОИМ и накопленная в период от момента официального одобрения препарата Омакор до момента последнего сбора данных (июль 2001 — декабрь 2011). Целью исследования было сравнение уровня общей смертности у больных после первого ОИМ, принимавших Омакор на протяжении 90 дней, и пациентов, которым этот препарат не назначали.

Согласно полученным результатам прием рецептурного препарата омега-3 ПНЖК в дозе 1000 мг/сут в дополнение к стандартной терапии для вторичной профилактики ОИМ обеспечивает дальнейшее снижение уровня смерти от всех причин на 21,8% по сравнению со стандартным лечением (Poole et al., 2013).

Авторы исследования также отметили, что последовательное снижение уровня общей смертности у больных после ОИМ, принимавших рецептурный препарат омега-3 ПНЖК, не зависело от стратегии анти-тромбоцитарной терапии, выбора статина и уровня липидов крови.

Таким образом, эффективность терапевтической стратегии, предполагающей включение в схему лечения постинфарктных пациентов омега-3 ПНЖК 1 гр/сут (Омакор), доказана как в крупном рандомизированном исследовании, так и в реальной клинической практике. Данная стратегия предоставляет дополнительные возможности в улучшении прогноза больных, перенесших ОИМ, и должна использоваться врачами при лечении таких пациентов.

Профессор Дж. Хэлкоккс отметил, что назначение рецептурного препарата омега-3 ПНЖК (комбинация ЭПК/ДГК) наряду с двойной антитромбоцитарной терапией, статинами, блокаторами РААС, β-адреноблокаторами и эплереноном (при наличии хронической сердечной недостаточности) является сегодня одним из правил его повседневной профессиональной деятельности.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

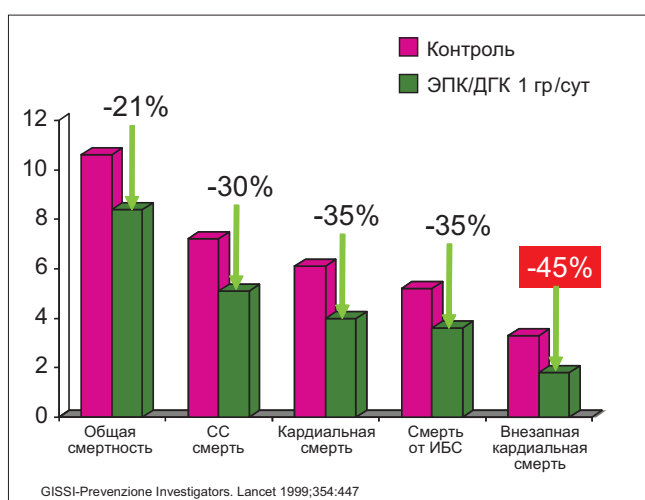


Рис. 1. Исследование GISSI-Prevenzione: конечная точка — смертность

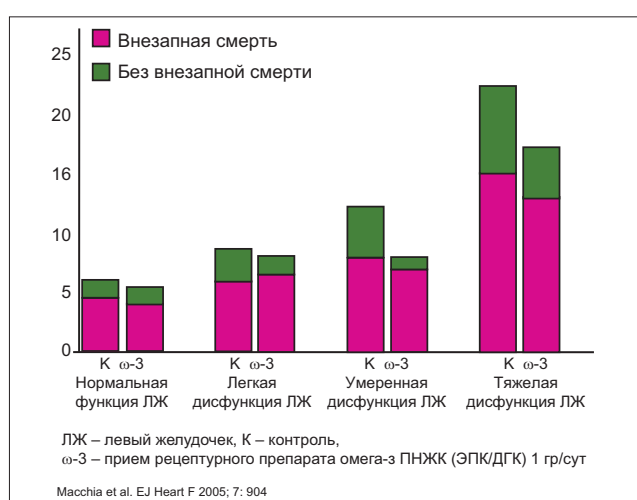


Рис. 2. Исследование GISSI-Prevenzione: эффективность омега-3 ПНЖК у пациентов после ОИМ в зависимости от функции ЛЖ