

Современные аспекты ведения кардиологических пациентов: как обеспечить эффективность и доступность лечения

Современные стандарты ведения кардиологических больных предполагают использование достаточно сложных схем лечения, каждый компонент которого важен. В связи с этим необходимо прикладывать все усилия, чтобы пациенты сохраняли приверженность к длительному приему препаратов, и одним из главных условий успеха является доступность терапии. Проблема обеспечения эффективного и доступного лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в соответствии с мировыми стандартами был посвящен круглый стол, который прошел 21-23 сентября в г. Киеве в рамках XVII Национального конгресса кардиологов.

Доктор медицинских наук, профессор Лилиана Николаевна Бабий (отдел инфаркта миокарда и восстановительного лечения ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины) посвятила свой доклад дополнительным возможностям в улучшении течения ишемической болезни сердца (ИБС).



Пациенты с ИБС помимо лечения, направленного на уменьшение проявления симптомов стенокардии (антиангинальные/антиишемические препараты, миокардиальные ци-

топротекторы, ревазуляризация миокарда), получают многокомпонентную терапию для снижения риска осложнений и улучшения прогноза. С этой целью применяются антитромбоцитарные, гиполипидемические средства, β -адреноблокаторы, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС). Крайне важно, чтобы терапия, назначенная таким больным в стационаре, продолжалась и после перехода под наблюдение семейных врачей, терапевтов, кардиологов по месту жительства. Отдельно следует сказать о пациентах, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ): у них отмена жизненно важных препаратов однозначно сопряжена с развитием тяжелых осложнений, которые могут иметь фатальный исход.

Результаты исследования, проведенного в отделе инфаркта миокарда и восстановительного лечения, показывают, что у большинства (57%) пациентов с острым ИМ во время коронарографии обнаруживается двух- или трехсосудистое поражение коронарных артерий. Поскольку в ургентном порядке выполняются стентирование только инфаркт-зависимой артерии, можно сделать вывод, что у большого количества пациентов после ИМ сохраняется морфологическая основа для возникновения ишемии миокарда. Это обуславливает высокий риск возникновения приступов стенокардии, которые значительно ухудшают качество жизни пациентов, снижая толерантность к физическим нагрузкам и ограничивая повседневную активность. У этих больных большое значение имеет назначение адекватной антиишемической терапии, и лечащий врач должен быть уверен, что он использовал все возможности для уменьшения эпизодов ишемии, особенно если отмечается недостаточная эффективность антиангинальных препаратов первого ряда. Кроме того,

пациенты, особенно пожилого возраста, могут иметь сопутствующие заболевания, исключающие возможность назначения β -адреноблокаторов. В таких ситуациях следует рассмотреть назначение метаболитической терапии, в частности триметазидина. Триметазидин, способствуя увеличению количества молекул АТФ на одну потребляемую молекулу кислорода, улучшает баланс между потребностью миокарда в кислороде и его поступлением. Помимо устранения дефицита внутриклеточного уровня АТФ, возникающего в условиях ишемии миокарда, триметазидин участвует в утилизации свободных жирных кислот, что способствует восстановлению структурной целостности клеточных мембран. Триметазидин можно назначать в дополнение к стандартной терапии ИБС или как альтернативу β -адреноблокаторам при их непереносимости или наличии противопоказаний.

Эффекты триметазидина изучены в многочисленных исследованиях, посвященных поиску путей оптимизации метаболизма в миокарде, и их результаты демонстрируют широкие возможности, связанные с применением этого препарата. Известно, что у пациентов со стабильной стенокардией триметазидин уменьшает потребление нитратов. Так, в исследовании К. Маколкина и соавт. (2004) этот показатель снизился в 3 раза на фоне терапии триметазидином. Установлено, что триметазидин обладает не только антиангинальным, но и дополнительными полезными эффектами, имеющими важное значение для пациентов с ИБС. Например, в исследовании G. Fragasso и соавт. (2003) продемонстрировано улучшение функции левого желудочка (ЛЖ), метаболизма глюкозы и эндотелиальной функции у пациентов с сахарным диабетом (СД) и ишемической кардиомиопатией при приеме триметазидина.

Триметазидин хорошо известен украинским врачам, а с появлением генерического препарата (Тридуктан МВ) круг пациентов, которым можно проводить эффективную метаболитическую терапию, существенно расширился. Лектор подчеркнула, что пациенты с ИБС относятся к категории высокого риска, поэтому крайне важно обеспечить влияние на все дополнительные факторы риска, которые обнаруживаются при сборе анамнеза или проведении дополнительных исследований. К таким факторам риска относятся: нарушения углеводного и липидного обмена, ожирение, повышенное артериальное давление (АД), нарушение почечной функции, хронический стресс и т. д.

Доктор медицинских наук Лариса Анатольевна Мищенко (отдел гипертонической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины) в своем докладе «Как уменьшить риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией?» также подчеркнула необ-



ходимость всестороннего влияния на факторы риска. Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее значимый и широко распространенный фактор риска развития тяжелых ССЗ: примерно в 60% случаев ИБС и инсульты протекают на фоне повышенного АД, поэтому его эффективный контроль — неотъемлемая часть лечебной стратегии, направленной на улучшение прогноза.

Согласно результатам метаанализа 123 исследований с участием 613815 пациентов, снижение АД на 10 мм рт. ст. уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений на 20%, ИБС — на 17%, инсульт — на 27%, сердечной недостаточности (СН) — на 28%, смерти от всех причин — на 13% (D. Ettehad et al., 2016). На сегодня для общей популяции больных АГ в качестве целевых определены значения систолического АД (САД) ≤ 140 мм рт. ст. Предметом дискуссий является вопрос о целесообразности более интенсивного снижения АД, и остроту ему придают результаты исследования SPRINT, согласно которым достижение уровня САД < 120 мм рт. ст. обеспечило ряд преимуществ в виде уменьшения уровня общей смертности на 27%, сердечно-сосудистой смертности — на 43% и риска развития СН — на 38% по сравнению со снижением САД < 140 мм рт. ст. Однако для реальной клинической практики в настоящее время более актуальной является проблема достижения общепринятых на данный момент целевых значений АД. Эта проблема особенно актуальна в странах Восточной Европы, но даже по сравнению с ними ситуация в Украине выглядит крайне неблагоприятной: по данным эпидемиологических исследований, в нашей стране эффективный контроль АД достигается в 16% случаев и только 51% пациентов информированы о своем заболевании (Е.А. Кваша, 2016).

Неудовлетворительный контроль АД и высокий уровень ССЗ в эру создания высокоэффективных антигипертензивных препаратов, обладающих не только выраженным и длительным действием, но и ценными органопротекторными эффектами, — факт, свидетельствующий

о врачебной инертности и отсутствии у пациентов чувства ответственности за собственное здоровье. Между тем сегодня мы можем назначать удобные фиксированные комбинации современных антигипертензивных средств, которые обеспечивают контроль АД на протяжении суток и снижают вероятность и выраженность поражений органов-мишеней. Одной из них является комбинация блокатора РАС и антагониста кальция (АК).

Преимущества данной комбинации во влиянии на прогноз были продемонстрированы, в частности, в исследовании ACCOMPLISH. В этом исследовании применение комбинации блокатора РАС и АК амлодипина оказалась эффективнее в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти по сравнению с комбинацией того же блокатора РАС и диуретика гидрохлортиазида (разница в снижении конечной точки составила 20%). Учитывая многочисленные органопротекторные свойства блокаторов РАС и амлодипина, а также взаимопотенцирующий эффект при сочетанном применении этих препаратов, мы можем обеспечить достижение целевых уровней АД у большинства пациентов с АГ, эффективную профилактику поражений органов-мишеней и, следовательно, улучшение прогноза.

Однако нельзя упускать из поля зрения еще один важный момент: достаточно высокий резидуальный риск сердечно-сосудистых осложнений при воздействии только на один фактор риска. Оптимальной тактикой ведения больных АГ является активное выявление и коррекция всех факторов риска, и одним из наиболее распространенных является гиперхолестеринемия. В свете этой проблемы все большее значение приобретает терапия статинами, применение которых с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий является сегодня общепринятым стандартным подходом, и, кроме того, гиполипидемическую терапию можно рассматривать для первичной профилактики ССЗ у больных АГ высокого риска. Данная рекомендация основана на результатах рандомизированных контролируемых исследований, в которых показано, что одновременное воздействие на уровень АД и холестерина (ХС) липопропротеидов низкой плотности (ЛПНП) приводит к дополнительному значимому снижению риска. Достаточно вспомнить о таких наиболее крупных в области изучения АГ исследованиях, как ASCOT-LLA (10 380 пациентов) и HOPE-3 (12 705 пациентов). В первом было показано, что добавление статина в схему терапии на протяжении 3 лет пациентам высокого риска существенно улучшает их прогноз, снижая риск инсульта на 27%, сердечных катастроф — на 29%, сердечно-сосудистых осложнений — на 21% (P.S. Sever et al., 2003).

Результаты исследования HOPE-3 продемонстрировали целесообразность назначения статинов больным с умеренным риском. Так, применение розувастатина (10 мг) на протяжении 5 лет приводило к снижению уровня ХС ЛПНП на 26,5%, что, в свою очередь, обуславливает снижение риска развития инсульта и ИМ на 30 и 35% соответственно (S. Yusuf et al., 2016).

Практически двукратное снижение риска кардиоваскулярных осложнений констатировали авторы недавней работы, проведенной в США, в которой проанализированы результаты 14 крупных обсервационных исследований (102 773 пациента). Общий период наблюдения составил 32 года. Оказалось, что комбинация генетически обусловленного снижения ХС ЛПНП (на 1 ммоль/л) и САД (на 10 мм. рт. ст.) снижает риск развития сердечно-сосудистых катастроф на 86,1%. Исследователи подтвердили, что повышенные уровни САД и ХС ЛПНП являются этиологическими факторами развития ССЗ и одновременное воздействие на эти факторы обеспечивает более значимое снижение риска по сравнению с коррекцией только одного из них. Очевидно также, что риск кардиоваскулярных осложнений можно значительно уменьшить, если контролировать САД и ХС ЛПНП длительно, начиная с молодого возраста (В.А. Ferrence et al., 2016).

Безусловно, усиление влияния на прогноз при совместном применении антигипертензивных препаратов и статинов происходит вследствие одновременного обеспечения нескольких важных эффектов, включая профилактику поражений органов-мишеней и уменьшение выраженности оксидативного стресса. Однако большую роль играют также и общие плейотропные эффекты – снижение выраженности системного воспаления и эндотелиальной дисфункции.

Результаты уже упоминавшегося исследования ASCOT-LLA позволяют сделать еще один важный вывод: выбор антигипертензивных препаратов влияет на превентивный эффект статинотерапии. Установлено, что добавление статина к терапии блокатором PАС и амлодипином приводило к снижению риска осложнений на 53%, тогда как в группе пациентов, принимавших β-адреноблокатор и диуретик, статинотерапия не обеспечила достоверного дополнительного влияния на кардиоваскулярный риск (P.S. Sever et al., 2006).

Таким образом, проведение комплексной терапии, включающей современную антигипертензивную комбинацию (блокатор PАС + АК амлодипин) и статинов, позволит эффективнее влиять на кардиоваскулярный риск у пациентов с АГ, нуждающихся в медикаментозной профилактике осложнений.

Это подтверждают и результаты исследования, проведенного в отделе гипертонической болезни, в ходе которого изучали эффекты сочетанного применения фиксированной комбинации валсартана и амлодипина (препарат Дифорс) и розувастатина (Кливас) (Л.А. Мищенко и соавт., 2016). Пациенты были рандомизированы на две группы: в первой группе принимали только антигипертензивную комбинацию, во второй к этой терапии добавляли розувастатин (вечерний прием препарата). Согласно полученным результатам

в обеих группах было достигнуто приблизительно одинаковое снижение АД при офисном измерении и при суточном мониторинге. Однако у пациентов, дополнительно принимавших статины, наблюдалось более выраженное снижение АД в ночное время (разница составляла 3 мм рт. ст.).

Кроме того, отмечено позитивное влияние сочетанного приема комбинации валсартан + амлодипин (Дифорс) и розувастатина (Кливас) на уровни маркеров системного воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6, фактор некроза опухоли-α), которые достоверно уменьшались.

Через 6 мес терапии у пациентов первой группы были зарегистрированы изменения, свидетельствующие об органопротекторных эффектах терапии: регресс

гипертрофии ЛЖ (уменьшение индекса массы миокарда), увеличение скорости клубочковой фильтрации и уменьшение выраженности микроальбуминурии.

Наблюдение длилось 6 мес, и на протяжении этого периода пациенты сохраняли высокую приверженность к лечению. В результате большинство больных (70%) достигли целевого уровня АД и столько же – целевых значений ХС ЛПНП.

Таким образом, одновременный прием современной фиксированной антигипертензивной комбинации, включающей валсартан и амлодипин, в сочетании с розувастатином, позволяет эффективно воздействовать на основные патогенетические звенья атеросклероза и обеспечивает органопротекцию. Такой подход

означает возможность изменения течения ССЗ и улучшения прогноза больных.

Участники круглого стола отметили, что в нынешней непростой экономической ситуации важным является социально ответственное поведение бизнеса – от этого выигрывают не только пациенты, но и общество в целом. Компания «Фарма Старт» относится именно к таким производителям. В рамках проходящей социальной программы увеличена доступность для украинских пациентов препаратов Диокор Соло, Диокор, Дифорс, Кливас и Тридуктан МВ, что расширяет возможности в области контроля АД и гиперхолестеринемии у пациентов высокого риска, а также симптомов стенокардии у больных ИБС.

Подготовила **Наталья Очеретяная**
CARD-PUB-112016-016

37

ТРИДУКТАН МВ

триметазидин МВ 35 мг

Энергия для сердца



- лидер продаж в 2015г.¹
- снижает частоту приступов стенокардии²
- доступнее благодаря социальной программе³



acino

Швейцарское качество, украинская цена

ООО «Фарма Старт» | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина
Компания Acino Group, Швейцария | Телефон: +38 044 281 2333
www.acino-pharma.com

ФАРМАСТАРТ

1. По количеству проданных упаковок среди препаратов триметазидина, АТС3-С01Е, 2015 г. Согласно данным PharmXplorer 2015 г.

2. Makolkin VI, Osadchiy KK. Trimetazidine Modified Release in the Treatment of Stable Angina: TRIUMPH Study TRIumetazidine MR in Patients with Stable Angina: Unique Metabolic Path. Clin Drug Investig. 2004;24(12):731-8.

3. Социальная программа — возможность приобретения упаковок №10 и №20 по специальной цене в рамках акций, проводимых совместно с дистрибьюторами ООО «Фарма Старт».

ТРИДУКТАН МВ. Таблетки, покрытие пленочной оболочкой, с модифицированным высвобождением по 35 мг № 60 (20x3) в блистерах в пачке. Состав: 1 таблетка содержит триметазидина дигидрохлорида 35 мг. Фармакогруппа: Кардиологические препараты. Триметазидин. Код АТС С01Е В15. Фармакологическое действие. Триметазидин предупреждает уменьшение внутриклеточного уровня АТФ, обеспечивая тем самым надлежащее функционирование ионных насосов и трансмембранного натриево-калиевого потока при сохранении клеточного гомеостаза. Триметазидин тормозит β-окисление жирных кислот, блокируя длинноцепочечную 3-кетотацил-КоА-тиолазу (3-КТА), что повышает окисление глюкозы. Усиление процесса окисления глюкозы оптимизирует энергетические процессы в клетках и поддерживает метаболизм энергии в условиях ишемии. Показания. Для симптоматического лечения взрослых пациентов со стабильной стенокардией при условии недостаточной эффективности или непереносимости антиангинальных лекарственных средств первой линии. Побочные эффекты. со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, абдоминальная боль, диарея, диспепсия, тошнота и рвота, сыпь, астения. Условия отпуска. По рецепту. Р.с. МЗ Украины № UA/5030/01/01. Производитель: ООО «Фарма Старт» Украина, 03124, г. Киев, бульвар И.Лепсе, 8. ООО «Фарма Старт» входит в группу компаний АСІНО (Швейцария). Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских учреждений и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.