

# Поліпшення прогнозу кардіологічного пацієнта: чи всі механізми використані?

За щорічними даними ВООЗ та Державної служби статистики України, смертність від серцево-судинних захворювань (ССЗ) лишається найпоширенішою. Основними факторами ризику розвитку ССЗ є артеріальна гіпертензія (АГ), атеросклероз, негативні аспекти способу життя, як-то стрес, куріння, фізична інертність, харчові звички тощо. Зазвичай їх можна модифікувати, що суттєво знижує частоту ССЗ та летальних випадків. Проте мало призначити раціональне лікування. Необхідні конструктивний діалог із хворим та контроль виконання ним призначень протягом тривалого часу. Отже, як покращити прогноз кардіологічного пацієнта? Яким чином забезпечити високу прихильність до лікування? Як створити та зберегти довірливі стосунки із хворими? На ці та інші запитання в межах XXI Національного конгресу кардіологів України (22-25 вересня 2020 року) в режимі онлайн відповідали провідні вітчизняні фахівці.

## Шляхи покращення прогнозу пацієнтів



Професорка кафедри внутрішньої медицини 3 Дніпропетровської медичної академії МОЗ України, д. мед. н. Олена Акіндинівна Коваль розпочала з основних механізмів, завдяки яким можна покращити прогноз хворого із ССЗ, та шляхів їхньої реалізації. Так, зміна способу життя – це вкрай важливий аспект модифікації серцево-судинних (СС) ризиків, та щоб його якісно втілити, недостатньо просто перелічити пацієнтові необхідні заходи. Потрібно розпитати хворого про його побудову, зрозуміти важливі для нього звички. Приміром, якщо пацієнт займається у спортзалі та виконує важкі фізичні вправи, слід не відмовляти його повністю кинути тренування, а перевести їх у площину кардіоанантажів (спортивна хода, біг у середньому темпі, плавання). Те саме стосується дієти.

Другим важливим аспектом є базисна фармакотерапія. Для призначення раціонального медикаментозного лікування необхідно визначити кілька аспектів. Так, варто розглянути зменшення навантаження ліками – замість монопрепаратів прийняття альтернативою є комбіновані засоби або поліпіли, наприклад, поліпіл Триномія, до складу якого входять 100 мг ацетилсаліцилової кислоти (АСК), 20 мг аторвастатину та інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) раміприл із широким спектром дозування – від 2,5 до 10 мг. При цьому ефективність лікування порівняно із монопрепаратами підвищується.

Третім механізмом для поліпшення прогнозу хворого є вчасне та обгрунтоване інвазивне втручання.

В яких випадках призначення поліпілу Триномія пацієнтам із ССЗ чи високим СС-ризиком є доцільним, та як безпечно й оптимально перевести хворого на багатокомпонентний препарат? Коли пацієнт застосує АСК / статин у середніх дозах / іАПФ у вигляді монопрепаратів, а також після гострої СС-події переведення на терапію поліпілом можливе щонайменше через три місяці. Якщо хворий на ССЗ приймає не всі компоненти Триномії не через протипоказання, слід спершу призначити їх у вигляді монозасобів з подальшим переведенням на поліпіл, за умови нормальної переносимості.

## Важливість прихильності до терапії

Щодо прихильності до лікування, Олена Акіндинівна навила дані власного дослідження (2019). Спостереження проводили за 110 хворими, виписаними після гострого коронарного синдрому (ГКС). На момент виписки учасники дослідження отримували в середньому 6±1,3 лікарські засоби, серед яких АСК (до 100 мг), аторвастатин у середній дозі й іАПФ (раміприл), тобто складові поліпілу Триномія. Професорка зазначила, що така кількість медикаментів прийнятна лише за суворого контролю, оскільки більшість пацієнтів не здатні дотримуватися режиму приймання ліків протягом тривалого часу самостійно. Власне це й довели отримані результати – протягом півроку хворі так чи інакше нехтували призначеннями. Як наслідок, за шість місяців у даній вибірці пацієнтів рівень смертності зріс на 3,6%, кількість випадків повторного інфаркту міокарда (ІМ) – на 8,4%, дестабілізація стенокардії відбулася у 6%, пароксизми фібриляції передсердь – у 4,8%, а прогресування серцевої недостатності – у 6%.

J.M. Castellano et al. (2013) дійшли подібних висновків. Так, вже через півроку після стаціонарного та/або амбулаторного лікування у хворих суттєво знизився контроль артеріального тиску (АТ), холестерину (ХС), цукрового діабету (ЦД), маси тіла. А вже за рік 50-90% пацієнтів припинили застосування призначених лікарських засобів.

З огляду на наведені дані очевидно, що модифікація лікувальних та профілактичних підходів та їхнє спрощення для пацієнта є, без перебільшення, однією з найактуальніших проблем кардіології. Один із доцільних шляхів розв'язання цього питання – впровадження у щоденну клінічну практику поліпілу Триномія.

Загалом українські лікарі різних спеціальностей позитивно ставляться до терапії поліпілом. Проте часто у них виникають сумніви, а саме: чи є Триномія ефективною щодо антигіпертензивного та гіполіпідемічного компонентів, а також чи є поліпіл економічно доступним?

## Переваги поліпілу

Переваги поліпілу в соціально-економічних реаліях переконливо демонструє дослідження SORS, проведене у Мексиці в реальних умовах (Castellano et al., 2019). Мексика подібна до України щодо поширеності факторів ризику та недоліків стосовно організації

охорони здоров'я. Проте станом на 2019 р. Мексика посідала 67-му позицію у світі за ВВП на душу населення, а Україна – лише 98. Також слід зауважити, що Триномія широко використовується практично у всіх країнах Латинської Америки, зокрема, зіставних за економічними показниками, – Перу (97-ме місце), Парагваї (99), Еквадорі (107). Тобто з точки зору економічної доцільності та реальної доступності дослідження SORS є релевантним до наших вихідних можливостей.

Отже, у випробуванні вивчали вплив Триномії на контроль основних чинників ризику – АТ та рівня ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), порівняно з лікуванням аналогічними монопрепаратами (АСК, статин, іАПФ). Хворих відбирали на власний розсуд 140 практичних лікарів, залучених у дослідження. Період спостереження становив 12 місяців.

Загалом у випробуванні взяли участь 1193 хворих, із них 54% чоловіків, середній вік – 57,4 року. До групи первинної профілактики з високим ризиком належали 19,4% учасників, із помірним – 32,7%, до групи вторинної профілактики – 47,9%. З останньої категорії пацієнти із ССЗ мали стабільну стенокардію (45,8%), перенесений ІМ (37,8%), нестабільну стенокардію (12,2%). Наявність АГ зафіксовано у 87% хворих, ЦД – у 31,9%.

Пацієнтів було поділено на три групи відповідно до СС-ризиків:

- вторинної профілактики;
- високого ризику (>20% за фремінгемською шкалою або наявністю ЦД);
- помірного ризику (10-20% за фремінгемською шкалою).

На момент включення у дослідження 85,5% хворих отримували АСК, 94% – статини і 94,2% іАПФ або БРА, а загалом 97,3% – всі три види препаратів. Через 12 місяців від початку лікування на тлі приймання Триномії рівень систолічного АТ (САТ) знизився з середнього значення 146,9 на 128 мм рт. ст. (p<0,001), діастолічного АТ (ДАТ) – з 89,1 до 80,4 мм рт. ст. (p<0,001) (рисунок).

Вміст ліпідів також достовірно зменшився: загально-го ХС – з 244 до 184,7 мг/дл (p<0,001), ХС ЛПНЩ – з 132,5 до 107,6 мг/дл (p<0,001); рівень ліпопротеїнів високої щільності зріс із 46,6 до 50 мг/дл (p<0,001). Зміни були достовірними в усіх трьох групах. Це навіть з огляду на те, що поліпіл у Мексиці включає менш потужний симвастатин (40 мг), що потребувало для деяких пацієнтів додавання фібрів.

Олена Акіндинівна підвела підсумки, що трикомпонентний поліпіл Триномія можна розглядати як важливу складову багатопідхідного підходу до лікування, первинної та вторинної профілактики ССЗ. Триномія суттєво підвищує комплаєнс та спрощує схеми лікування кардіологічного пацієнта, а отже, покращує прогноз.

## Чому статиноterapia для первинної та вторинної профілактики ССЗ є важливою?



Завідувачка кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. мед. н., професорка Віра Йосипівна Целуйко приділила увагу важливості статиноterapia для первинної та вторинної профілактики ССЗ. Також лекторка поділилася власним досвідом комунікації з пацієнтом на різних етапах лікування. Вона навила невтішну статистику: крім того, що наразі весь світ піднявся на боротьбу з коронавірусом і, безумовно, ця недуга – трагедія для людства, за п'ять днів в Україні від ССЗ помирає більше людей, аніж за весь час пандемії. Отже, не слід забувати й про кардіологічного хворого, адже пандемія мине, а ССЗ залишаться.

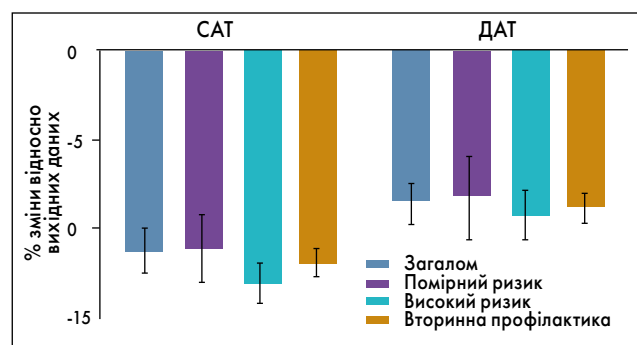


Рисунок. Зниження АТ на тлі приймання Триномії

Примітка: Адаптовано за Castellano et al. (2019).

Успішна терапія та профілактика залежать не лише від правильно призначеного лікування, але й від того, наскільки ретельно вони будуть виконані. Це визначається комплаєнсом пацієнта і довірою до лікаря.

Статини – група препаратів, що вкрай потрібні кардіологічним хворим, особливо з атеросклеротичними ССЗ. F.C. Taylor et al. (2013) проаналізували 37 випробувань, присвячених первинній профілактиці ССЗ, та визначили, що лікування статинами дозволяє знизити сумарну частоту фатальних і нефатальних СС-подій приблизно на чверть. Водночас ці препарати найчастіше відмінюють самі хворі та й, подекуди, клініцисти. Чому так трапляється?

Буває так, що пацієнта не переконав лікар стосовно поліпшення прогнозу при застосуванні статинів. Або ж хворий міг вирішити, що можна покращити ліпідний профіль за допомогою дієти, чи то виникли перестороги щодо побічних дій. Також пацієнт інколи самовільно відміняє статиноterapia через те, що показники ХС ЛПНЩ знизилися та/або вноормувалися, чи причиною стала неприйнятна вартість медикаменту. З боку лікаря основні причини відміни статинів – це недостатня обізнаність і, відповідно, відсутність віри у препарат або брак комунікації з хворим.

Із проблемою прихильності до лікування статинами стикаються не лише вітчизняні фахівці. Так, за даними дослідження S.R. Erckson et al. (2020), в якому взяли участь 3506 пацієнтів з ІМ, комплаєнс при застосуванні статиноterapia через рік знизився до 44,9%. Тобто більш ніж половина хворих відмовилася приймати препарати. Слід зазначити, що виконання цих рекомендацій було гіршим у регіонах із низьким економічним розвитком.

Отже, необхідні, зокрема, просвітницька діяльність та ініціативність лікарів. Лекторка поділилася власними напрацюваннями щодо покращення дотримання хворим режиму терапії статинами. Тож потрібно:

1. Доступно пояснити пацієнтові причини розвитку захворювання, розповісти про основні прояви, можливі ускладнення та сучасні принципи лікування.
2. Дохідливо донести принцип дії того чи іншого лікарського засобу.
3. Знайти індивідуальні аргументи необхідності дотримуватися рекомендацій.
4. Керувачись правилами деонтології, навести позитивні приклади тривалої терапії (найкраще власний досвід чи відомих людей).
5. Попередити хворого про важливість довгострокового лікування, а також можливі негативні наслідки відмови від нього.
6. За будь-якого контакту цікавитися, чи приймає пацієнт ліки. На підставі власних даних та результатів дослідження європейських вчених (Qvist et al., 2020) доведено, що найбільш позитивний вплив на комплаєнс мають телефонні нагадування.
7. У разі економічних труднощів інформувати хворого про соціальні проекти.

На сьогодні статини є найефективнішими препаратами за впливом на прогноз серед відомих у кардіології. Раціональна статиноterapia сприяє зменшенню кількості летальних випадків через ССЗ на 50%. Окрім того, одночасна корекція АГ та гіперхолестеринемії знижує ризик СС-смертності на 90% (Weng et al., 2010). Згідно з даними метааналізу 26 рандомізованих досліджень за участю 170 тис. пацієнтів, зниження рівня ХС ЛПНЩ на 1 ммоль/л приводило до зменшення ймовірності СС-смерті на 22%, 2 ммоль/л – на 40%, 3 ммоль/л – на 50% (Cholesterol Treatment Trialists Collaboration, 2010).

Також слід зауважити, що останні спостереження дозволили дійти переконливих висновків із приводу застосування статиноterapia. Так, ці препарати сприяють зниженню частоти репротезування суглобів, ризику розвитку контраст-індукованої нефропатії та раку легень в осіб із хронічним обструктивним захворюванням легень (Toso et al., 2020; Thompson et al., 2020; Raymakers et al., 2020).

Окрім того, мабуть, найактуальнішим на сьогодні аргументом є те, що статиноterapia пов'язана зі зниженням ризику розвитку коронавірусу, а також частоти побічних ефектів та смертності серед хворих (Zhang et al., 2020).

Наостанок спікерка зауважила, що, завдяки якісним генеричним препаратам, таким як Клівас (розувастатин у дозуванні 10 та 20 мг), статиноterapia стає доступнішою. Для менш захищених груп населення було впроваджено соціальну програму «Турбота про співвітчизника», в яку включено, зокрема, і Клівас. За умовами програми вартість курсу терапії визначається його тривалістю, що особливо важливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями.

Підготувала **Ольга Маковецька**

UA-CLIV-OPI-112020-033



# ТРИНОМІЯ®

ацетилсаліцилова кислота • аторвастатин • раміпріл

## поліпіл для базової, щоденної, тривалої терапії пацієнтів з ССЗ



ferrer acino

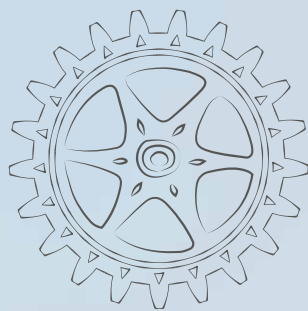
# ЛІПІДНА ШКОЛА acino

ДЕТАЛІ ЗА ПОСИЛАННЯМ <https://ua.medacino.com/>

# Клівас

Розувастатин 10 мг, 20 мг

## це ефективна статинотерапія Швейцарської якості



### Коротка інструкція для медичного застосування препарату Триномія®

**Діючі речовини:** 1 капсула містить 100 мг кислоти ацетилсаліцилової, 20 мг аторвастатину (у вигляді аторвастатину кальцію тригідрату) і 2,5 (або 5, або 10) мг раміприлу. **Лікарська форма:** капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази, інші комбінації. Код АТХ С10Б Х06. **Показання:** вторинна профілактика ускладнень з боку серцево-судинної системи у дорослих пацієнтів в якості замінної терапії, коли забезпечується адекватний контроль при терапії монокомпонентними засобами в еквівалентних терапевтичних дозах. **Побічні реакції:** розлади і заваження з боку шлунково-кишкового тракту, такі як печія, відчуття дискомфорту в животі, нудота, блювота, біль у шлунку, діарея, запор, метеоризм, диспепсія, мікрокровотечі, пароксизмальний бронхоспазм, сильна задишка, непродуктивний дратівливий кашель, закладеність носа, бронхіт, синусит, риніт, назофарингіт, висипання (у тому числі макуло-папульозні), алергічні реакції, фаринголарингеальний і головний біль, біль у м'язах, біль у суглобах, м'язовий спазм, біль в грудях і спині, кічківка і сплині, носова кровотеча, набряк суглобів, гіпергікемія, відхилення функціональних проб печінки, підвищення рівня креатинінази і калію в крові, артеріальна гіпотензія, ортостатичне зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, стомлюваність. **Протипоказання:** гіперчутливість до компонентів препарату, інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або тартразину; гіперчутливість до сої або арахісу; астма в анамнезі або інші алергічні реакції, викликані прийомом НПЗЗ; гострі печінчні виразки; гемофілія та інші порушення згортання крові; низька, печінкова або серцева недостатність тяжкого ступеня; гемодіаліз; артеріальна гіпотензія; назальні поліпи; пов'язані з астмою, яка викликана або загострюється при використанні АСК; наявне захворювання печінки або постійне підвищення рівня трансаміназ сироватки більш ніж в 3 рази в порівнянні з нормою, що не має пояснень; вагітність, годування грудьми; спільне застосування з тіранавіром, ритонавіром, циклоспорином або метотрексатом (15 мг на тиждень і більше); екстракорпоральні методи лікування, які призводять до контакту крові з негативно зарядженими поверхнями; раміпріл не слід застосовувати пацієнтам із гіпотензивними або гемодинамічно нестабільними станами; ангіоневротичний набряк в анамнезі; виражений двосторонній стеноз ниркових артерій або в одній з функціуючих нирок; діти і підлітки до 18 років; нещодавно перенесені травми і хірургічні втручання. **Фармакологічні властивості:** ацетилсаліцилова кислота необоротно інгібує агрегацію тромбоцитів шляхом ацетилювання циклооксигенази, що необоротно інгібує синтез тромбоксану А2; аторвастатин є селективним конкурентним інгібітором ГМГ-КоА-редуктази; раміпріл, активний метаболіт проліке раміприлу, протичує АПФ. **Категорія відпуску:** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** UA/15408/01/01, UA/15409/01/01, UA/15410/01/01 від 26.08.2016. **Виробник:** Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія. **Найменування та місцезнаходження уповноваженого представника:** ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» входить до групи компанії Асіно (Швейцарія).

### Коротка інструкція для медичного застосування препарату Клівас 10 (CLIVAS 10), Клівас 20 (CLIVAS 20).

**Діюча речовина:** розувастатин; 1 таблетка містить розувастатину кальцію 10,4 мг (у перерахуванні на розувастатин 10 мг) або 20,8 мг розувастатину кальцію (у перерахуванні на розувастатин 20 мг). **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Показання.** Лікування гіперхолестеринемії. Дорослі та діти віком від 10 років. Первинна гіперхолестеринемія (тип Іа, у тому числі гетерозиготна сімейна гіперхолестеринемія) або змішана дисліпідемія (тип ІІа). **Протипоказання.** Гіперчутливість до розувастатину або будь-якої допоміжної речовини; активне захворювання печінки. **Побічні реакції.** Цукровий діабет (частота залежить від наявності факторів ризику (рівень глюкози натще  $\geq 5,6$  ммоль/л, ІМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>, підвищені рівні тригліцеридів, артеріальна гіпертензія в анамнезі); головний біль, запаморочення (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** № UA/12971/01/01, № UA/12971/01/02. **Виробник:** ТОВ «Асіно Україна», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Асіно Україна» входить до групи компанії АСІНО (Швейцарія).

Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях, для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» | бульвар В. Гавела, 8  
Київ | 03124 | Україна  
Компанія Acino Group, Швейцарія | [www.acino.ua](http://www.acino.ua)

UA-CLIV-ORI-112020-032

