

Актуальные вопросы кардиологии и возможности соблюдения международных стандартов лечения в Украине

18-19 ноября 2010 года в г. Киеве состоялся XVI Национальный съезд терапевтов Украины. Генеральным спонсором этого мероприятия выступила компания Фармак®.

В рамках мероприятия обсуждались вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), бронхиальной астмы, гастроэнтерологической патологии, хронической боли, а также проблемы антибиотикорезистентности. Особый интерес слушателей вызвал симпозиум, посвященный актуальным проблемам кардиологии.

О причинах неэффективности лечения ССЗ и необходимости пересмотра принципов контроля основных факторов риска в Украине рассказал профессор кафедры семейной медицины Волынского филиала ФПДО Львовского медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Ягеньский.



— ССЗ являются ведущими причинами смерти и инвалидизации людей молодого и среднего возраста. Современные протоколы лечения ССЗ, разработанные

Европейским обществом кардиологов и Американской ассоциацией сердца, позволяют значительно снизить риск развития сердечно-сосудистых катастроф и улучшить качество жизни кардиологических пациентов. Несмотря на это, смертность от ССЗ в Украине не уменьшается, что в значительной мере обусловлено отсутствием или неэффективностью их вторичной профилактики. Это подтверждают и результаты польско-украинского исследования ASCAP (Assessment of Secondary Cardiovascular Prevention), проводившегося в двух городах — Луцке и Гдыне — с целью оценить адекватность мероприятий по вторичной профилактике сердечно-сосудистых событий у лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) или ишемический инсульт, в реальной клинической практике.

В исследовании принимали участие пациенты, которые находились на стационарном лечении по поводу острого ИМ или ишемического инсульта на протяжении последних 5 лет.

Результаты этого исследования показали, что целевое артериальное давление (АД) у пациентов после перенесенного ИМ было достигнуто у 42,5% пациентов в г. Луцке и у 29,2% мужчин и 30,8% женщин в г. Гдыне. Несмотря на проводимое лечение, только у 21% пациентов после перенесенного ИМ и у 14% пациентов после перенесенного инсульта АД находилось в пределах 140/90 мм рт. ст.

Анализ назначаемой терапии показал, что пациенты, которые перенесли ИМ, принимали в среднем 1,7 антигипертензивного препарата, пациенты с перенесенным инсультом — 1,3, тогда как результаты клинических исследований

последних лет свидетельствуют о необходимости назначения в большинстве случаев как минимум двух, а иногда — трех или четырех антигипертензивных препаратов для достижения целевых цифр АД. Особую обеспокоенность вызвал тот факт, что только 49% пациентов после перенесенного ИМ из г. Луцка принимали ацетилсалициловую кислоту. В г. Гдыне данный показатель составил 80%.

Приверженность к лечению у пациентов, перенесших ИМ, в значительной мере зависела от давности события, а также от профиля курировавшего их специалиста (у больных, постоянно наблюдавшихся у кардиологов, отмечался более высокий комплаенс, чем у пациентов, которых наблюдали терапевты).

На примере гг. Луцка и Гдыни можно прийти к выводу, что лечение пациентов после ИМ и ишемического инсульта как в Украине, так и в Польше находится на ненадлежащем уровне и во многих случаях не соответствует современным рекомендациям и протоколам ведения больных данной категории. В то же время в Украине сегодня имеются возможности для четкого соблюдения современных протоколов лечения и проведения как первичной, так и вторичной профилактики даже у пациентов, имеющих ограниченные финансовые возможности.

Стоимость лечения, особенно пожизненного, значительно влияет на приверженность к терапии. Применение качественных препаратов национальной компании Фармак®, таких как Бисопрол®, Эналазид®, Рамизес® и Тромбонет®, — весомый вклад в работу, направленную на изменение ситуации с ССЗ в нашей стране.

Сотрудник отдела симптоматических гипертонзий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины», доктор медицинских наук Анна Дмитриевна Радченко продемонстрировала возможности контроля АД в реальной клинической практике, опираясь на данные всеукраинского многоцентрового исследования МЕКАТ — «Можливості ефективного контролю АД за допомогою комбінованого лікування препаратами українського виробника».



— Неадекватный контроль АД значительно ухудшает течение артериальной гипертензии (АГ) и может привести к быстрому прогрессированию этого заболевания.

К основным причинам недостаточного контроля АД относятся:

- отсутствие приверженности пациентов к лечению;
- многофакторность заболевания;
- неправильный подбор лекарственных средств;
- недооценка врачами проблемы переносимости назначенных препаратов;
- необоснованные рекомендации по ограничению физической активности и многие другие факторы.

На приверженность пациента к лечению влияют многие факторы, но наиболее значимыми являются хорошая переносимость, удобный режим приема и дозирования. Заинтересованность больного в лечении также улучшает приверженность.

Исследование Wolf-Maier и соавт. (2004) показало, что большинство

пациентов с АГ в Европе лечатся неэффективно: более 70% пациентов не достигают целевых уровней АД.

Для определения возможностей оптимизации лечения АГ в популяции неорганизованного населения Украины на амбулаторно-поликлиническом этапе при содействии национальной компании Фармак® было проведено многоцентровое исследование МЕКАТ, в котором приняли участие 10 158 пациентов с различным уровнем АД из 62 городов Украины.

В исследование МЕКАТ были привлечены 531 врач, которые на свое усмотрение назначали больным с АГ антигипертензивные препараты производства компании Фармак®: Бисопрол®, Эналазид® 12,5, Эналазид® 25, Эналазид® Моно, Амлодипин, Фармадипин® в дозировках согласно инструкциям для медицинского применения.

Пациентам с уровнем АД ≤160/100 мм рт. ст. назначалась монотерапия, в случае недостижения целевого АД дозировку лекарственного средства корректировали или добавляли еще один препарат. При уровне АД >160/100 мм рт. ст. комбинированную терапию назначали уже на старте.

Врачи имели возможность применять антигипертензивные препараты разных производителей, выбирать и корректировать дозу препарата, а также давать рекомендации по осуществлению немедикаментозного лечения. Обязательным было стремление врачей достичь целевого АД у пациента. В конце исследования МЕКАТ проводилась оценка эффективности лечения.

Результаты всеукраинского многоцентрового исследования МЕКАТ показали, что антигипертензивная терапия с использованием украинских генерических антигипертензивных препаратов Бисопрол®, Эналазид® 12,5, Эналазид® 25, Эналазид® Моно, Амлодипин и Фармадипин® производства компании Фармак® характеризовалась эффективным снижением АД





и достижением его целевого уровня у 58,9% пациентов, уменьшением частоты гипертензивных кризов, хорошей переносимостью (частота побочных реакций – 9,1%) и увеличением приверженности к лечению.

В исследовании МЕКАТ также было показано, что трехмесячное лечение уменьшило риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений в течение последующих 10 лет на 4,8% и риск фатальных событий – на 1,5%. Если считать, что в Украине около 13 млн пациентов с АГ, то трехмесячное антигипертензивное лечение на основе препаратов **национальной компании Фармак®** сможет предупредить возникновение осложнений у 617 тыс. пациентов с АГ в следующие 10 лет и риск возникновения фатальных событий у 193 тыс. больных при условии, что показатели АД сохраняются на достигнутом уровне. Уменьшение риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений приведет к значительному экономическому и социальному эффекту в масштабах всей страны.

Заведующий кафедрой внутренней медицины ФПО Луганского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Борис Алексеевич Ребров в докладе затронул проблему лечения АГ у беременных.



– Повышение АД может значительно осложнять течение беременности, в 20-30% случаев является причиной материнской смертности и в 5% случаев – перинатальной смертности. Беременные с АГ составляют группу риска по развитию преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, задержки роста плода и других материнских и перинатальных осложнений. Диагноз АГ у беременных выставляется при повышении уровня АД >140/90 мм рт. ст. При определении степени тяжести АГ, а также при выборе объема лечения особое внимание уделяется уровню диастолического АД, которое характеризует периферическое сосудистое сопротивление.

Тактика ведения беременных с АГ включает ряд немедикаментозных мероприятий, направленных на оптимизацию режима с ограничением физических и эмоциональных нагрузок. Особое значение в данном состоянии приобретает периодический отдых на левом боку не менее 2 ч в сутки, так как это значительно облегчает отток крови из правой почки.

Питание беременной должно быть полноценным и включать продукты, богатые белком, витаминами, микроэлементами, антиоксидантами, полиненасыщенными жирными кислотами, без значительного ограничения употребления соли.

Фармакотерапия антигипертензивными препаратами при АД >140/90 мм рт. ст. проводится в случаях гестационной гипертензии, при поражении органов-мишеней (гипертоническая болезнь II ст.), высоком риске развития сердечно-сосудистых событий, появлении протеинурии. В отсутствие всех вышеперечисленных факторов фармакотерапия показана только при АД >150/95 мм рт. ст. или предшествующей гипертонической болезни I ст.

Женщинам с мягкой и умеренной АГ, которым до беременности проводилась антигипертензивная терапия, препараты постепенно отменяют. В дальнейшем при необходимости назначают препараты, разрешенные к применению в период гестации.

Согласно рекомендациям ESH/ESC по лечению АГ (2008) при беременности препаратом первой линии является метилдопа в дозе 2000 мг/сут, разделенной на 2-3 приема. За 2 дня до родов прием этого препарата прекращается в связи с риском развития послеродовой депрессии. Препаратами второй линии при лечении АГ во время беременности являются β-адреноблокаторы, дигидропиридоновые антагонисты кальция и вазодилататоры миотропного действия.

К β-блокаторам, которые могут использоваться при беременности, относятся бисопролол, метопролол, лабеталол. Тем не менее, по данным ряда исследований, эффективность метопролола сопоставима с таковой плацебо, а лабеталол не имеет такой формы выпуска, как таблетки.

Одним из препаратов бисопролола на фармацевтическом рынке Украины является Бисопрол® производства национальной компании Фармак®. Этот препарат обеспечивает высокий β-блокирующий эффект, имеет стабильную биодоступность более 90%. Согласно данным исследования В.З. Нетяженко, бисопролол имеет наибольшую β₁-селективность в сравнении с другими β-блокаторами, что обуславливает снижение риска развития нежелательных эффектов (задержки развития плода, угрозы невынашивания и постнатальной дезадаптации ребенка). Высокое качество препарата Бисопрол® достигается благодаря использованию современных технологий и соблюдению стандартов Надлежащей производственной практики (GMP).

Заведующий кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета, доктор медицинских наук, профессор Аркадий Львович Верткин сделал акцент на проблемах, связанных с долгосрочным применением ацетилсалициловой кислоты (АСК) в качестве препарата для вторичной профилактики сердечно-сосудистых катастроф.



– Лечение и профилактика ССЗ значительно снижают риск развития ИМ и инсульта, однако способствуют возникновению другой проблемы. Согласно данным Московского городского центра патологоанатомических исследований, в 2009 г. из 3893 летальных исходов в 43,37% случаев причиной смерти пациентов стали фатальные кровотечения. Большинство пациентов страдали ССЗ и в качестве вторичной профилактики длительно принимали антиагреганты и антикоагулянты.

В современных рекомендациях в лечении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST основная роль отводится антиагрегантной терапии. В качестве препарата первой линии всем пациентам назначается АСК в дозировке 75-160 мг.

Эффективность АСК в профилактике сердечно-сосудистых катастроф была доказана большим количеством клинических исследований, однако следует помнить о высоком риске развития желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и НПВП-гастропатии при назначении данного препарата. Увеличивает вероятность развития ЖКК при приеме АСК наличие таких факторов риска, как:

- возраст старше 65 лет;
- соматическая патология;
- язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе;
- применение не прямых антикоагулянтов;
- применение глюкокортикостероидов;

– применение других нестероидных противовоспалительных препаратов; Попытки уменьшить воздействие АСК на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки не всегда обеспечивают положительные результаты, приводя в ряде случаев к снижению антиагрегантной эффективности препарата.

Определенное значение при необходимости проведения антиагрегантной терапии имеет наличие резистентности к АСК. Предположить устойчивость к действию данного препарата можно у пациентов с такими заболеваниями, как сахарный диабет 2 типа, подагра, сердечная недостаточность, нарушения липидного обмена, а также у курящих.

В качестве альтернативы АСК в мировой практике используется клопидогрель. Благодаря своим фармакокинетическим и фармакодинамическим свойствам клопидогрель может обеспечивать более высокую эффективность при сопоставимых безопасности и переносимости. Добавление клопидогреля в схему лечения пациентов с острым коронарным синдромом в значительной степени улучшает исход заболевания.

Эффективность указанного препарата была доказана в ходе исследований CAPRIE, CHARISMA, CURE, PCI-CURE, CREDO, COMMIT, CLARITY.

На украинском фармацевтическом рынке представлен генерик клопидогреля Тромбонет® (Фармак®). Эффективность и биоэквивалентность этого препарата были подтверждены в многочисленных исследованиях.

Подготовили **Ольга Новосад, Анастасия Лазаренко**



Злагоджена робота серця!

Бісопрол®
Bisoprolol

Ефективний при:

- артеріальній гіпертензії
- ішемічній хворобі серця
- хронічній серцевій недостатності



Виробник: БАТ "Фармак", м. Київ, вул. Фрунзе, 63
0 (44) 239 19 44

www.farmak.ua

Регістраційні номери: UA/3214/01/02, UA/3214/01/01, UA/3214/01/03.
Перед застосуванням лікарського засобу необхідна консультація з лікарем.