

Современные подходы в лечении пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

19 февраля 2015 года в зале «Green Ballroom» Дома приемов г. Алматы состоялся семинар-тренинг «Современные подходы в лечении пациентов с ИБС» «От рекомендаций к практике», организованный фармацевтической компанией «Сервье». В мероприятии приняли участие 200 врачей-кардиологов, терапевтов, кардиохирургов, врачей общего профиля, а также сотрудники КазНМУ и курсанты КазМУНО.



В приветственной речи к участникам семинара директор РГП на ПХВ «НИИ кардиологии и внутренних болезней» МЗ и СР РК д.м.н., профессор С.Ф. Беркимбаев подчеркнул, что «Болезни системы кровообращения остаются главной причиной смертности во всем мире, в том числе и в Казахстане. Подходы в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний регулярно пересматриваются в связи с появлением новых данных. Проведение семинар-тренинга с приглашением ведущих российских ученых – профессора кафедры кардиологии факультета постдипломного образования МГМУ им. И.М. Сеченова Глезер Марии Генриховны и профессора Фомина Игоря Владимировича, зав. кафедрой внутренних болезней Нижегородской ГМА, это не только возможность познакомиться с новыми подходами в лечении ИБС, но и применить полученные знания в повседневной практике казахстанскими врачами».

О состоянии кардиологической службы в Казахстане, о мероприятиях по снижению смертности от заболеваний системы кровообращения, а также о перспективах ее развития рассказала д.м.н. Г.А. Джунусбекова – заместитель директора по кардиологии и последипломному образованию РГП на ПХВ «НИИ

кардиологии и внутренних болезней» МЗ и СР РК.

Гульнара Алдешевна проинформировала участников семинара, что в настоящее время проводится работа по дальнейшему совершенствованию кардиологической службы в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы, в которой существенное внимание уделяется профилактике ССЗ, ранней диагностике и реабилитации кардиологических пациентов, внедрению международных стандартов и эффективных подходов к диспансерному наблюдению, формированию здорового образа жизни казахстанцев, качеству подготовки кадров здравоохранения. Ведущими казахстанскими специалистами разработано и издано Положение об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан. В результате проводимых мероприятий смертность от болезней системы кровообращения снизилась с 407,3 на 100 тыс. населения в 2010 году до 162,5 на 100 тыс. населения в 2014 году. В то же время, лектор отметила, что имеется ряд нерешенных проблем в сфере оказания кардиологической помощи.

Далее Г.А. Джунусбекова ознакомила участников семинара с Концепцией кардиологической и терапевтической служб на 2016–2020 гг. Целью данной концепции является совершенствование кардиологической и терапевтической служб РК для обеспечения населения доступной, качественной медицинской помощью и снижения смертности от предотвратимых причин.

Затем слово было предоставлено профессору М.И. Глезер, которая рассказала участникам семинара о новых возможностях в лечении ИБС на протяжении всего сердечно-сосудистого континуума и отметила что, качественная медицинская помощь невозможна без эффективных и безопасных лекарственных средств.

В своем докладе Мария Генриховна обратила внимание аудитории на обновленные методические рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по лечению стабильной ишемической (коронарной) болезни сердца (ИБС), которые были опубликованы в сентябре 2013 г. В лечении больных стабильной ИБС существуют две основные цели: снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и уменьшение симптомов.

Чтобы предотвратить сердечно-сосудистые осложнения и улучшить прогноз пациентов с ИБС необходимо назначение антикоагулянтов, статинов и АПФ (Престариум®).

Для уменьшения симптомов в качестве первой линии рекомендованы БАБ, БКК, к которым для усиления терапии могут быть добавлены ивабрадин, триметазидин (Предуктал® MR), никорандил. Для

купирования приступов используются короткодействующие нитраты. Критерием эффективной антиангинальной терапии является полное или почти полное устранение приступов стенокардии и перевод пациентов в I ФК. При этом важно добиться контроля АД ниже 140/90 мм рт.ст и ЧСС на уровне 60 ударов в минуту. Это дает возможность больному быть активным в повседневной жизни, не чувствовать дискомфорта в связи со многими ограничениями, предшествовавшими лечению.

АД и ЧСС нормализованы, а боли остаются... Чем это объяснить?

Мария Генриховна подчеркнула, что на сегодняшний день взгляды на механизмы развития ишемии миокарда изменились. Не только несоответствие между доставкой кислорода и потребностью тканей в нем обуславливают ишемию, но и энергетический дисбаланс в кардиомиоцитах, связанный со снижением выработки АТФ, играет важную роль в этом процессе. При уменьшении синтеза АТФ и недостатке кислорода увеличивается количество ишемических метаболитов (они стимулируют нервные окончания) и развивается ангинозная боль. Кроме того, дефицит энергии в кардиомиоците ведет к нарушению работы АТФ-зависимых ионных каналов, перегрузке ионами кальция, возникновению ацидоза, повреждению мембран свободными радикалами. Пациент при этом чувствует характерную для стенокардии боль. Таким образом, боль при ИБС связана непосредственно с изменениями, происходящими на уровне кардиомиоцита, возникшими вследствие энергетического дисбаланса.

Одним из путей устранения дефицита АТФ в миокарде является увеличение синтеза АТФ в кардиомиоците, что возможно только при применении триметазидина 35 мг 2 раза в день (Предуктал® MR). Триметазидин 35 мг напрямую действует на кардиомиоциты, стимулирует окисление глюкозы путем повышения активности фермента пируватдегидрогеназы, снижает окисление СЖК за счет ингибирования – 3-кетоацил СоА-тиолазы. Препарат увеличивает синтез АТФ на 33%, уменьшает внутриклеточный ацидоз и защищает кардиомиоциты от ишемии. Таким образом, триметазидин 35 мг – это патогенетическая терапия ИБС с доказанной эффективностью в лечении стабильной стенокардии.

Мета-анализ 18 плацебо-контролируемых исследований с Предукталом® MR подтвердил его антиангинальную и антиишемическую эффективность. Доказано, что триметазидин 35 мг усиливает антиангинальную терапию ИБС и достоверно снижает частоту приступов стенокардии, увеличивает переносимость физической нагрузки и улучшает ФК стенокардии.

Имеются данные о благоприятном влиянии Предуктала® MR на течение ИБС после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и аортокоронарного шунтирования (АКШ). Показано, что терапия с при-



менением этого лекарственного средства минимизирует неблагоприятные последствия реперфузионного повреждения миокарда при ЧКВ и АКШ.

Предуктал® MR, благодаря увеличению выработки АТФ, поддерживает сократительную способность миокарда, что проявляется увеличением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на 6,5–9,5% у пациентов с ХСН ишемического генеза и улучшением функционального класса по NYHA.

В исследованиях KAMIR, METRO, EL Kady, Di Napoli установлено: Предуктал® MR при длительном лечении позволяет увеличить выживаемость пациентов с ИБС и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

Российский эксперт не оставила без внимания вопрос терапевтической эквивалентности оригинального Предуктала® MR и генериков триметазидина 20 мг и 35 мг. В исследованиях ЭТАЛОН, ЭФФЕКТ простая замена генериков триметазидина, у пациентов с сохраняющимися приступами стенокардии, на Предуктал® MR привела не только к значительному снижению частоты приступов стенокардии и приема нитроглицерина, но и к уменьшению числа вызовов скорой помощи и госпитализаций, тем самым обеспечив значимый экономический эффект.



Мария Генриховна обратила внимание аудитории, что благодаря результатам исследований с оригинальным триметазидином 35 мг Предуктал® MR рекомендован Европейским обществом кардиологов для лечения пациентов с ИБС. В то время как другие препараты, например, содержащие мельдоний, кокарбоксилазу, карнитин и до сих пор используемые при лечении пациентов с ИБС, не входят в данные рекомендаций.

В завершении своего выступления Мария Генриховна отметила, что «На фармацевтическом рынке присутствует достаточное количество препаратов для лечения ИБС. Главное – принять обоснованное

Целевые уровни АД в соответствии с Рекомендациями ESH/ESC 2013 представлены в таблице.

| Категория | САД мм рт.ст. | ДАД мм рт.ст. |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Офисное АД | ≤140 | и/или ≤90 |
| Амбулаторное АД | | и/или |
| Днем | ≤135 | и/или ≤85 |
| Ночью | ≤120 | и/или ≤70 |
| АД в течение 24 часов | ≤130 | и/или ≤80 |
| АД дома | ≤135 | и/или ≤85 |

решение с учетом рекомендаций и идти по выбранному пути».

Профессор И.В. Фомин представил доклад «Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: фармакотерапия с позиций патогенетических взаимосвязей». Он подчеркнул, что сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца часто встречается в повседневной клинической практике. Например, по результатам Казахстанского исследования «Компас» 9 из 10 пациентов с ИБС имели сопутствующий диагноз «артериальная гипертензия». Естественно, возникает вопрос – что же объединяет АГ и ИБС? Согласно современным представлениям, таким моментом является эндотелиальная дисфункция (ЭД). Таким образом, общность патогенеза ИБС и АГ позволяет подходить к их лечению с весьма сходных позиций.

Препараты, используемые при лечении АГ и ИБС, в том числе и после инфаркта миокарда (ИМ), имеют разную доказательную базу. Наибольшее значение имеет использование препаратов, относящихся к классу IA (полезность и эффективность лечения несомненна и доказана в многоцентровых рандомизированных клинических исследованиях). Фактически это те препараты, которые обязательно (при отсутствии противопоказаний) нужно применять всем пациентам при ИБС, особенно после ИМ.

Согласно Рекомендациям ESH/ESC 2013 по лечению АГ могут быть использованы 5 классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы АПФ, диуретики, блокаторы кальциевых каналов, сартаны, бета-адреноблокаторы. Предпочтение отдается препаратам с суточной продолжительностью действия при однократном приеме.

Клиническая эффективность ингибиторов АПФ на всем протяжении сердечно-сосудистого континуума, в т.ч. при АГ и ИБС, объясняется их способностью подавлять деятельность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС),

ПРЕСТАРИУМ® 10 МГ

ПОКАЗАНИЯ:

- ✓ **Артериальная гипертензия¹**
 - ★ пациенты с вновь установленным диагнозом или неконтролируемые на предшествующей терапии
- ✓ **ИБС²**
 - ★ стабильная стенокардия
 - ★ постинфарктный кардиосклероз
- ✓ **Состояния после реваскуляризации²**
 - ★ ангиопластика
 - ★ коронарное стентирование
 - ★ аортокоронарное шунтирование
- ✓ **Хроническая сердечная недостаточность³**



* 1. ACT-study.

2. EUROPA Investigators. Lancet. 2003;362:782-788. Ferrari R. Arch Intern Med. 2006;166:659-666.

3. PEP-CHF Investigators. Eur Heart J. 2006;27:2338-2345.

Утвержденная инструкция по применению – Приказ № 830 от 20.09.2013 г.



хроническая активация которой является важнейшим фактором, ведущим к формированию эндотелиальной дисфункции. Одним из основных компонентов РААС является ангиотензинпревращающий фермент (АПФ), большая часть которого локализована непосредственно на мембранах эндотелиальных клеток крупных и мелких артерий и артериол, а также в адвентиции сосудов. Поэтому применение ингибиторов АПФ с целью коррекции эндотелиальной дисфункции представляется патогенетически обоснованным и целесообразным подходом.

Престариум® (периндоприла аргинин) – на сегодня самый изученный и АПФ с обширной доказательной базой. Препарат применяется в дозовом диапазоне 5–10 мг/сут. как для лечения пациентов с АГ, так и для лечения пациентов с ИБС. Использование дозировки 10 мг гарантирует эффективное снижение и контроль АД на протяжении 24 часов в сутки и обеспечивает максимальную защиту от сердечно-сосудистых осложнений.

В российском исследовании ПРЕМИЯ Престариум® (периндоприла аргинин) применялся в лечении 2200 больных в различных клинических ситуациях. Результаты данного исследования показали, что терапия, основанная на Престариуме®, сопровождалась мощным антигипертензивным эффектом со снижением как систолического, так и диастолического АД на 32/16 мм рт.ст., что позволило достичь целевых цифр АД у 70% пациентов с АГ. Кроме того, у пациентов также наблюдалась положительная динамика со стороны показателей ЭКГ, в том числе регрессия признаков гипертрофии ЛЖ и улучшение показателей углеводного и липидного обменов.

Исследование PREFER было посвящено оценке эффективности и безопасности периндоприла аргинина в дозе 5–10 мг/сут. у 824 пациентов (средний возраст – 60,3±9,8 года), не достигших целевого АД на других иАПФ. Этим пациентам

перевели на периндоприл аргинин в дозе 5 мг/сут.; в последующем дозировку увеличили до 10 мг. В результате достигли дополнительного снижения систолического АД на 26,2 мм рт.ст. ($p<0,001$), диастолического АД – на 12,6 мм рт.ст. ($p<0,001$). Кроме того, было снижено пульсовое АД в среднем на 13,6 мм рт.ст. Эффективность периндоприла аргинина не зависела от исходной выраженности АГ и числа сопутствующих сердечно-сосудистых факторов риска.

Таким образом, результаты исследования PREFER свидетельствуют о мощном антигипертензивном эффекте Престариума® (периндоприла аргинин), что позволяет рекомендовать его как для старта антигипертензивной терапии, так и в той ситуации, когда другие ингибиторы АПФ оказываются малоэффективными.

Результаты проведенного многоцентрового двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого клинического исследования EUROPA доказали преимущество использования Престариума® у больных ИБС, в том числе в сочетании с АГ (12 218 пациентов), не только в качестве гипотензивного средства, но и как препарата с кардиопротективными эффектами с возможностью использования его для вторичной профилактики. Положительное влияние на прогноз периндоприла (Престариума®) у больных с наличием АГ, ИБС, факторами риска сердечно-сосудистых событий подтверждается и в других многоцентровых исследованиях: ASCOT, ADVANCE, PROGRESS, PREAMI, PEP-CHF.

Завершая выступление, Игорь Владимирович подвел итоги:

Современные рекомендации по лечению АГ предусматривают не только снижение и контроль АД, но и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти.

Лечение АГ подчиняется законам: «Чем раньше, тем лучше», «Чем длительнее применение, тем эффективнее лечение».

Применение иАПФ требуется всегда при повреждении органа мишени. При неэффективном контроле АД у больных ИБС или высоком риске формирования ИБС антагонист кальция добавляется к иАПФ. Антагонист кальция в комбинации с иАПФ также назначается при выраженном атеросклерозе.

Эффективность профилактики осложнений ИБС требует не только жесткого контроля АД, ЧСС и липидного профиля, но и иАПФ в этом случае выступает как основное средство органопротекции.

Применение Престариума® как наиболее изученного иАПФ при ИБС позволяет говорить о его эффективности не только при АГ, но и при ИБС независимо от наличия АД или отсутствия АГ у пациентов с атеросклерозом. ■

Подготовила Айгуль Рахметова

Кораксан® 15 МГ

в сутки

7,5

утром и

7,5

вечером



2 ПОКАЗАНИЯ ИБС и ХСН

Пациентам с ХСН и
сохраненным синусовым
ритмом, ЧСС > 75 уд/мин

Пациентам с недостаточным
контролем стенокардии
на фоне приема
бета-блокатора



Международное непатентованное название: Ивабрадин
Лекарственная форма: Таблетки, покрытые оболочкой 5 мг и 7,5 мг

Показания к применению

• лечение хронической стабильной стенокардии у пациентов, страдающих коронарной болезнью сердца, с нормальным синусовым ритмом;

• при непереносимости или противопоказаниях к бета-блокаторам;

• в комбинации с бета-блокаторами у пациентов, при недостаточном (неадекватном) контроле состояния оптимальной дозой бета-блокаторов;

• лечение хронической сердечной недостаточности (II-IV степени по классификации NYHA/NYU - Йоркская кардиологическая ассоциация) с синусовой дисфункцией, у пациентов с синусовым ритмом, с клиническими симптомами хронической сердечной недостаточности и ЧСС > 75 уд/мин, в сочетании со стандартной терапией, включая бета-блокаторы, а также при непереносимости или противопоказаниях бета-блокаторов.

Способ применения и дозы

Лечение хронической стабильной стенокардии

Начальная рекомендуемая доза составляет 5 мг 2 раза в день. После 3-4 недель лечения доза может быть увеличена до 7,5 мг 2 раза в день, в зависимости от терапевтической реакции.

Таблетки следует принимать перорально 2 раза в день – утром и вечером во время еды.

Если во время лечения ЧСС не превышает 50 уд/мин в состоянии покоя или у пациента наблюдаются симптомы, связанные с брадикардией (головокружение, усталость, гипотензия), доза должна быть титрована в сторону уменьшения, вплоть до 2,5 мг 2 раза в день.

Побочные действия

Очень часто

- световые ощущения (фосфены), как правило, возникающие в первые 2 месяца лечения, после чего могут возникать вновь. Фосфены прекращаются в период лечения (в большинстве случаев (77,5%)) или его окончания.

Часто

- брадикардия, особенно в первые 2-3 месяца лечения; атриовентрикулярная блокада I степени; желудочно-кишечные расстройства; нарушение четкости зрения; неконтролируемое артериальное давление; головная боль; головокружение, возможно связанное с брадикардией.

Противопоказания: повышенная чувствительность к активному веществу или к одному из вспомогательных веществ; ЧСС в состоянии покоя до начала лечения ниже 60 уд/мин; кардиогенный шок; острый инфаркт миокарда; тяжелая гипотензия (< 90/50 мм рт.ст.); тяжелая печеночная недостаточность; беременность и период лактации; детский и подростковый возраст до 18 лет.

Лекарственные взаимодействия:

- усиливают действие ивабрадина: хинидин, дигоксин, бепридил, соталол, ибупрофен, амлодипин, пемзол, эналаприл, сартаны, мепролон, галофентрил, пеламидин, озаприд, артемицин для внутривенного введения;

- не взаимодействует: противодиабетические препараты, ингибиторы АПФ, диуретики.

Условия отпуска По рецепту

Производитель

Les Laboratoires Servier Industrie (Les Laboratoires Servier Industrie), Франция

Представительство Les Laboratoires Servier в РК

050020, г. Алматы, пр-т Достык 310с, Бизнес-центр, 3 этаж

Тел.: (727) 386 76 62/63/64/70/71, Факс: (727) 386 76 67

Разрешение № 4195 от 30.07.2013

PK-IC-SN 009979, PK-IC-SN 009978, 10.04.2012

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

