

# Лечение стабильной стенокардии в Украине: исследование КЛАССИКА

Е.Г. Несукай, научный руководитель исследования

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия, антиангинальная терапия, триметазидин MR

Сердечно-сосудистые заболевания, среди которых наиболее распространена ишемическая болезнь сердца (ИБС), поражают миллионы людей, нарушают качество их жизни, являются ведущей причиной заболеваемости и смертности пациентов как среднего, так и старшего возраста в большинстве развитых стран и многих развивающихся странах. ИБС вносит большой вклад в растущую стоимость здравоохранения, особенно в стареющих популяциях [5]. ИБС остается наиболее распространенной патологией сердца в Украине и составляет 67,5 % среди всех причин смерти от болезней системы кровообращения. Предполагают, что сердечно-сосудистые заболевания останутся ведущей причиной смерти и заболеваемости населения к 2020 г., в связи с этим лечение ИБС занимает одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем XXI века [13]. Наиболее распространенной формой ИБС является стенокардия, которая тяжело поддается лечению. В Украине в 2009 г. зарегистрировано 3 232 026 больных со стенокардией (среди трудоспособных – 1 084 457) [3]. Несмотря на выдающиеся успехи в лечении стабильной стенокардии за последние 20 лет, включая превентивную терапию, фармакологические средства и реваскуляризацию, ее симптомы сохраняются у большинства больных, которые находятся в группе высокого и очень высокого риска возникновения осложнений.

Лечение ИБС имеет целью улучшение качества жизни – уменьшение выраженности симптомов, предотвращение развития инфаркта миокарда (ИМ), внезапной сердечной смерти, а также увеличение продолжительности жизни пациента. Лечение ИБС предполагает сотрудничество кардиолога и пациента сразу по нескольким направлениям, среди которых – немедикаментозные, медикаментозные и хирургические стратегии.

В течение последних лет ряд хорошо спланированных рандомизированных клинических испытаний разрушил широко распространенное убеждение, что интервенционное вмешательство при симптомной стабильной ИБС действительно лечит пациента и спасает жизнь. В большом многоцентровом исследовании COURAGE (The Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation) сравнивали эффективность использования комбинации чрескожного коронарного вмешательства и оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) с проведением только ОМТ у больных со стабильной стенокардией с фокусом на заболеваемость и смертность [17]. ОМТ включала ацетилсалициловую кислоту, метопролол длительного действия, амлодипин, симвастатин и эзетимиб при необходимости достичь целевых уровней липопротеинов низкой плотности. Медикаментозная антиишемическая терапия включала при необходимости изосорбида мононитрат. После наблюдения за больными в среднем в течение 4,6 года смертность (5,9 по сравнению с 6,5 %) и частота нефатальных ИМ (9,4 по сравнению с 10,4 %) не различались между группами. В группе с интервенционным вмешательством отмечали более быстрое устранение симптомов, однако через 4,6 года наблюдения группы не различались по частоте ишемических симптомов. Таким образом, в исследовании COURAGE положительное влияние интервенционных вмешательств на прогноз лечения стабильной ИБС не подтвердилось.

Результаты исследования COURAGE хорошо согласуются с результатами другого исследования по первичной консервативной стратегии при стабильной ИБС – the Atorvastatin Versus Revascularization Therapy study, в котором ОМТ высокими дозами аторвастатина (80 мг/сут) приводила к снижению на 36 % частоты новых

ишемических эпизодов (сердечно-сосудистая смерть, нефатальный ИМ, аортокоронарное шунтирование (АКШ), ангиопластика или госпитализация как результат ухудшения стенокардии) при сравнении с чрескожными коронарными вмешательствами с сопутствующей медикаментозной терапией [15]. В этом исследовании были получены доказательства того, что прогрессирование атеросклеротического процесса более эффективно контролируется ОМТ.

Опубликовано несколько метаанализов клинических исследований, в которых сравнивали стратегии чрескожных коронарных вмешательств и ОМТ у больных со стабильной ИБС. В классическом метаанализе D.G. Katritsis не было различий в частоте сердечной смерти и нефатального ИМ между больными, лечеными с помощью чрескожных коронарных вмешательств и с помощью ОМТ [11]. В недавнем метаанализе W.T. Cecil показано, что увеличение на 12 % относительного риска развития сердечной смерти или ИМ ассоциировано с чрескожными коронарными вмешательствами, так же, как и увеличение на 22 % относительного риска нефатального ИМ [7]. В другом метаанализе A. Schomig, включавшем 4 исследования со стабильными пациентами после недавнего ИМ и 4 исследования с проведенными чрескожными коронарными вмешательствами и АКШ, показано, что реваскуляризационные стратегии ассоциированы с уменьшением на 26 % случаев сердечной смерти и недостоверным снижением на 10 % частоты нефатального ИМ [16].

Интересно отметить, что наиболее дорогостоящие терапевтические вмешательства вносят сравнительно небольшой вклад в уменьшение сердечно-сосудистой заболеваемости [8]. Возможно, это происходит из-за того, что они так или иначе применяются слишком поздно или недостаточно у больных с высоким риском и очень дорогостоящие. В США уменьшение сердечно-сосудистой смертности за 20 лет лишь в 5 % случаев объясняют применением реваскуляризационных процедур, в 45–75 % – профилактикой и влиянием на факторы риска и в оставшихся 55–25 % – терапевтическим лечением в целом. Оказалось, что стратегия, направленная на изменение образа жизни и питания, вдвое эффективнее, чем другие дорогостоящие стратегии [8, 12]. Из этого следует, что будущее лежит в снижении факторов риска при первичной и вторичной профилактике и инди-

видуальных вмешательствах у пациентов с высоким риском [14]. При этом не подвергается сомнению необходимость реваскуляризации после ИМ, при наличии больших участков миокарда с ишемическим риском (больные с выраженным стенозом, поражением трех сосудов) [6].

Современные рекомендации по лечению стабильной стенокардии сочетают модификацию образа жизни и медикаментозную терапию с реваскуляризационными стратегиями [4, 9]. Фармакологические вмешательства уменьшают прогрессирование атеросклеротической бляшки, стабилизируют ее путем уменьшения воспаления и сохранения нормальной эндотелиальной функции и, наконец, предотвращают возникновение тромбоза в случае дисфункции эндотелия или разрыва бляшки. Среди механизмов регресса коронарного атеросклероза рассматривают снижение уровня липидов, противовоспалительные вмешательства и увеличение ламинарного напряжения сдвига в сосудистом эндотелии. Вклад в фармакологическое лечение таких средств, как ацетилсалициловая кислота, статины,  $\beta$ -адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), трудно переоценить [10].

Актуальной задачей является устранение симптомов стенокардии при лечении пациентов с ИБС. По данным эпидемиологических исследований, несмотря на принимаемое медикаментозное лечение, а иногда и после реваскуляризационных вмешательств у пациентов продолжают симптомы стенокардии напряжения, что резко снижает качество жизни [10].

В последние годы более глубокое понимание роли энергетического метаболизма сердца в патогенезе ишемии миокарда стало основанием для разработки новых подходов к ее лечению. Метаболическая терапия направлена на улучшение энергетического метаболизма клеток сердца путем оптимизации процессов образования и переноса энергии без непосредственного влияния на коронарный кровоток, частоту сокращений сердца (ЧСС), пред- и постнагрузку [1, 2]. Сегодня единственным зарегистрированным в Европе и в Украине антиангинальным метаболическим средством, рекомендованным к применению при ИБС по стандартам доказательной медицины, является триметазидин MR (Предуктал MR, Servier, Франция), результаты клинических исследований которого позволили экспер-

там Европейского общества кардиологов рекомендовать его в качестве препарата для лечения больных со стабильной стенокардией. Триметазидин MR селективно ингибирует 3-кетоацил коэнзим А-тиолазу (3-КАТ) жирных кислот с длинной цепью. Уменьшая окисление жирных кислот и повышая окисление глюкозы, триметазидин MR способствует использованию кислорода ишемизированными клетками и тем самым проявляет выраженный антиишемический эффект.

Практикующий кардиолог стоит перед выбором оптимальной комбинации препаратов для обеспечения наилучшего антиангинального эффекта у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

С целью определения оптимальной комбинации антиангинальных медикаментозных средств было спланировано исследование КЛАССИКА (Наиболее эффективная комбинация антиангинальных препаратов в лечении пациентов со стабильной стенокардией), в котором приняли участие 144 врача-кардиолога из 34 городов Украины.

## Материал и методы

Для того чтобы изучить, насколько лечение пациентов со стабильной стенокардией напряжения в реальной амбулаторной практике соответствует требованиям современных рекомендаций и какая комбинация антиангинальных препаратов наиболее эффективна для устранения симптомов стенокардии, врачи заполняли пункты опросника, состоявшего из трех вопросов.

Первый вопрос: какие группы препаратов должно включать оптимальное лечение пациентов со стабильной стенокардией напряжения? В структуре лечения антитромбоцитарные препараты составили 95 %, статины – 98 %,  $\beta$ -адреноблокаторы – 97 %, нитраты длительного действия – 54 % и блокаторы кальциевых каналов – 20 %.

Второй вопрос: какая тактика, по мнению врача, наиболее эффективно устраняет сохраняющиеся симптомы стенокардии напряжения у пациента, уже принимающего  $\beta$ -адреноблокаторы в оптимальной дозе? Анализ данных показал, что оригинальный триметазидин MR назначали в комбинации в 92 % случаев. Среди них наиболее популярной оказалась комбинация нитратов длительного действия с оригинальным

триметазидином MR (51 %), а также нитратов длительного действия с блокаторами кальциевых каналов (17 %), 20 % врачей считают достаточным добавление к  $\beta$ -адреноблокаторам только оригинального триметазидина MR.

Третий вопрос касался того, что назначили бы врачи в качестве терапии при непереносимости  $\beta$ -адреноблокаторов у пациента с сохраняющимися приступами стенокардии. Оригинальный триметазидин MR в комбинации назначают 77 % врачей, в том числе наиболее часто в комбинации с блокаторами кальциевых каналов и нитратами длительного действия (41 %), реже только с нитратами длительного действия (22 %) или блокаторами кальциевых каналов (14 %). Обращает на себя внимание, что 8 % врачей считают достаточным назначать триметазидин MR в качестве монотерапии. Следует отметить, что согласно существующим в Украине стандартам лечения стабильной стенокардии напряжения метаболические агенты не являются средствами первого выбора, а назначаются как средства дополнительной терапии или при непереносимости основных препаратов [4].

Исследование КЛАССИКА состояло из двух частей – эпидемиологической и клинической.

Для получения эпидемиологических данных 144 врача-кардиолога из 34 городов Украины заполнили 1423 карты пациентов со стабильной стенокардией напряжения, которые были затем проанализированы.

Статистическую обработку результатов проводили методом вариационной статистики с помощью пакета оригинальных прикладных программ с расчетом средних арифметических значений, стандартной ошибки среднего. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента, различия считали достоверными при  $P < 0,05$ .

## Результаты и их обсуждение

Среди обследованных больных было 67 % мужчин и 33 % женщин. Пациенты трудоспособного возраста (мужчины – 40–60 лет, женщины – 40–55 лет) составили 44 %, в более старшую возрастную группу (мужчины – 61–74 лет, женщины – 56–74 лет) вошли 47 % обследованных. У 54 % пациентов регистрировали 3–6 приступов в неделю, у 33 % – 6 приступов и более, у 13 % – менее 3 приступов стенокардии в неделю.

Наиболее часто отмечали стенокардию напряжения II и III функционального класса (ФК) – соответственно у 38,8 и 53,9 %.

Длительность стенокардии у 46 % была от 1 до 5 лет, у 32 % – от 6 до 10 лет и у 21 % – более 10 лет, среди них 82 % перенесли ИМ, причем каждый пятый пациент перенес 2 и более повторных ИМ. При этом коронарорентрикулографию проведено у 31 % мужчин и 12 % женщин, у 30 % больных, перенесших ИМ, и у 13,5 % без него, только 10,4 % перенесли реваскуляризацию и 9,9 % – операцию АКШ. У пациентов, которые имели три и более приступов стенокардии в неделю, по сравнению с больными со стенокардией более легкой степени, была более высокой частота развития ИМ (86 по сравнению с 13 %), проведения АКШ (88 по сравнению с 20 %) и стентирования венечных артерий (80 по сравнению с 20,1 %).

Анализ факторов риска показал, что значительная часть пациентов недостаточно контролируют факторы риска: у 82 % выявляли артериальную гипертензию, у 91 % – сердечную недостаточность, у 22,9 % – сахарный диабет, у 35 % – избыточную массу тела (индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>), у 84 % больных уровень холестерина в крови превышал 4,5 ммоль/л, средняя ЧСС составляла 74 в 1 мин и у 66 % пациентов ЧСС превышала 70 в 1 мин (в этой группе 63 % перенесли ИМ по сравнению с 37 % в группе с ЧСС менее 70 в 1 мин).

Таким образом, изученная популяция пациентов со стабильной стенокардией включала пациентов с высоким/очень высоким риском, нередко – с длительной ИБС и осложнениями (ИМ), со множественной сопутствующей пато-

Таблица 1

Удельный вес и средняя суточная доза  $\beta$ -адреноблокаторов (по результатам анализа амбулаторных карт пациентов)

Препарат	Абс.	%	Средняя доза, мг/сут	Стандартная антиангинальная доза, мг/сут
Атенолол	11	1,0	45,22 $\pm$ 7,31	100
Бетаксолол	56	4,9	13,13 $\pm$ 0,76	20
Бисопролол	634	55,6	6,01 $\pm$ 0,12	10
Карведилол	175	15,3	19,41 $\pm$ 1,04	50–100
Метопролол	141	12,4	57,23 $\pm$ 2,79	200
Небиволол	121	10,6	4,71 $\pm$ 0,14	5–10
Пропранолол	3	0,3	28,33 $\pm$ 11,67	80–120
Всего	1141	100,0		

логией, неудовлетворительным контролем симптомов стенокардии, факторов риска (масса тела, ЧСС, липиды), недостаточной частотой проведения коронарорентрикулографии и процедур реваскуляризации.

Анализ назначаемой терапии показал, что статины применяли у 83 % больных, в том числе у 87 % пациентов с гиперхолестеринемией, у 85 % – с сахарным диабетом и у 89 % – с сочетанием сахарного диабета и ИМ. Антиангинальные препараты назначали у 97,7 % больных, в том числе  $\beta$ -адреноблокаторы – у 81,7 %, нитраты длительного действия – у 56,8 %, блокаторы кальциевых каналов – у 25,4 %, оригинальный триметазидин MR – у 69,6 %. Интересно отметить, что средняя суточная доза  $\beta$ -адреноблокаторов не достигала целевой (табл. 1). При этом 31 % пациентов принимали комбинацию из четырех антиангинальных препаратов, 27 % пациентов были назначены три



Рис. 1. Дизайн клинической части исследования.

антиангинальных препарата, 19 % – два антиангинальных препарата, 14 % – пять препаратов, у 6,5 % пациентов применяли монотерапию.

В арсенале врача имеется не только возможность влиять на гемодинамические параметры для контроля приступов стенокардии. Защита миокарда от ишемии на уровне кардиомиоцита путем коррекции метаболических изменений, составляющих основу прогрессирования патологического процесса, оказывает выраженный антиангинальный эффект. Согласно национальным рекомендациям, первым и единственным в Украине оригинальным препаратом подобного действия является триметазидин MR (Предуктал MR), умелое и своевременное использование которого позволяет повысить эффективность антиангинальной терапии. Поэтому целью клинической части исследования КЛАССИКА было подтвердить эффективность комбинации оригинального триметазида MR с традиционными гемодинамически активными препаратами в уменьшении количества приступов стенокардии и потребления нитратов. Дизайн клинической части исследования был максимально приближен к условиям реальной амбулаторной практики (рис. 1).

Критерии включения пациентов:

- стабильная стенокардия напряжения II–III ФК (3 и более эпизодов стенокардии в неделю);

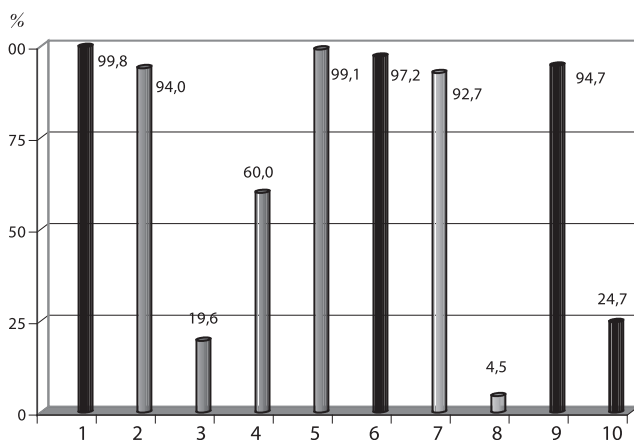


Рис. 2. Медикаментозная терапия больных со стабильной стенокардией. 1 – антиангинальные препараты; 2 – β-адреноблокаторы; 3 – блокаторы кальциевых каналов; 4 – нитраты длительного действия; 5 – оригинальный триметазидин MR; 6 – анти тромботическая терапия, в том числе 7 – ацетилсалициловая кислота; 8 – другие; 9 – статины; 10 – другие препараты.

- терапия ИБС (принимаемая стабильно без изменений в течение как минимум 1 мес до включения)

- ацетилсалициловая кислота,
- статин,
- лечение стенокардии (одно из нижеперечисленных):

- монотерапия β-адреноблокатором (1-я группа);

- комбинация β-адреноблокатор + нитрат длительного действия (2-я группа);

- комбинация β-адреноблокатор + блокатор кальциевых каналов (3-я группа).

Критерии исключения:

- перенесенный ИМ (менее 6 мес после острого ИМ до включения);

- артериальная гипертензия (офисное систолическое артериальное давление (АД) более 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД более 90 мм рт. ст.);

- стабильная стенокардия I и IV функционального класса;

- нарушения ритма и проводимости;

- сердечная недостаточность, систолическая дисфункция (фракция выброса < 45 %);

- пороки сердца (включая дегенеративный аортальный стеноз);

- сахарный диабет;

- хронические obstructивные заболевания легких, бронхиальная астма;

- тяжелые нарушения функции почек, печени (уровень креатинина в 1,5 раза выше нормальных показателей (более 170 мкмоль/л), уровень общего билирубина в 1,5 раза выше нормальных показателей (более 35 ммоль/л).

В исследование включено 1213 пациентов, соответствовавших критериям отбора. На первом визите пациентам всех трех групп лечения назначали оригинальный триметазидин MR в дозе 35 мг 2 раза в день в течение 2 мес.

На втором визите через 1 мес после включения проводили клинический осмотр с определением АД, ЧСС, оценивали количество приступов стенокардии, доз нитратов короткого действия. Каждому пятому пациенту проводили коррекцию антиангинальной терапии в зависимости от состояния пациента, у 42,0 % больных увеличена доза β-адреноблокатора, у 24,6 % – уменьшена доза нитратов длительного действия.

На третьем визите через 2 мес после включения проводили клинический осмотр с определением

Таблиця 2

Удельный вес и средняя суточная доза  $\beta$ -адреноблокаторов у больных, включенных в клиническую часть исследования

Препарат	Абс.	%	Средняя доза, мг/сут
Атенолол	17	1	21,1 $\pm$ 5,4
Бетаксоллол	58	5	13,3 $\pm$ 1,2
Бисопролол	696	57	5,9 $\pm$ 0,1
Карведилол	131	11	19,9 $\pm$ 1,4
Метопролол	154	13	57,6 $\pm$ 2,3
Небиволол	155	13	4,8 $\pm$ 0,2

нием АД, ЧСС, оценку числа приступов стенокардии, доз нитратов короткого действия.

Анализ исходных данных показал, что пациенты, включенные в исследование, в большинстве случаев принимали оптимальную медикаментозную терапию (рис. 2). Однако суточные дозы  $\beta$ -адреноблокаторов у пациентов, включенных в клиническую часть исследования, были сопоставимы с таковыми в эпидемиологической части и также были меньше, чем стандартные антиангинальные дозы (по причине плохой переносимости или побочных реакций) (табл. 2).

На втором визите у 20 % больных проводили коррекцию антиангинальной терапии в зависимости от состояния пациента (табл. 3).

Анализ данных показал, что количество приступов стенокардии в неделю у всех пациентов достоверно снизилось через 1 мес в среднем с 6,4 $\pm$ 0,1 до 3,6 $\pm$ 0,1 ( $P < 0,01$ ) и продолжало достоверно снижаться через 2 мес терапии до 1,9 $\pm$ 0,1 приступов в неделю ( $P < 0,01$ ) (рис. 3). Аналогич-

Таблиця 3

Динамика показателей состояния здоровья больных

Показатель	1-й визит (включение в исследование)	2-й визит (через 1 мес после включения)	3-й визит (через 2 мес после включения)
Количество приступов стенокардии в неделю среднее	6,4 $\pm$ 0,1	3,6 $\pm$ 0,1*	1,9 $\pm$ 0,1*
Количество доз нитратов короткого действия в неделю среднее	5,7 $\pm$ 0,1	2,8 $\pm$ 0,1*	1,2 $\pm$ 0,1*
САД, мм рт. ст.	129,5 $\pm$ 0,3	123,7 $\pm$ 0,3*	121,4 $\pm$ 0,2*
ДАД, мм рт. ст.	80,8 $\pm$ 0,2	76,8 $\pm$ 0,2*	75,3 $\pm$ 0,2*
ЧСС в 1 мин	74,5 $\pm$ 0,3	68,5 $\pm$ 0,2*	66,1 $\pm$ 0,2*

**Примечание.** \* – различия показателей достоверны по сравнению с таковыми при 1-м визите ( $P < 0,001$ ).

но и среднее количество доз нитратов короткого действия за неделю достоверно снизилось уже через 1 мес – в среднем с 5,7 $\pm$ 0,1 до 2,8 $\pm$ 0,1 и продолжало уменьшаться через 2 мес терапии до 1,2 $\pm$ 0,1 ( $P < 0,001$ ) (см. табл. 3).

Для решения вопроса об оптимальной комбинации антиангинальных препаратов с целью лечения стенокардии был проведен анализ эффективности в группах лечения: оригинальный триметазидин MR +  $\beta$ -адреноблокатор (1-я группа,  $n=400$ ); оригинальный триметазидин MR +  $\beta$ -адреноблокатор + нитрат длительного действия (2-я группа,  $n=691$ ); оригинальный триме-

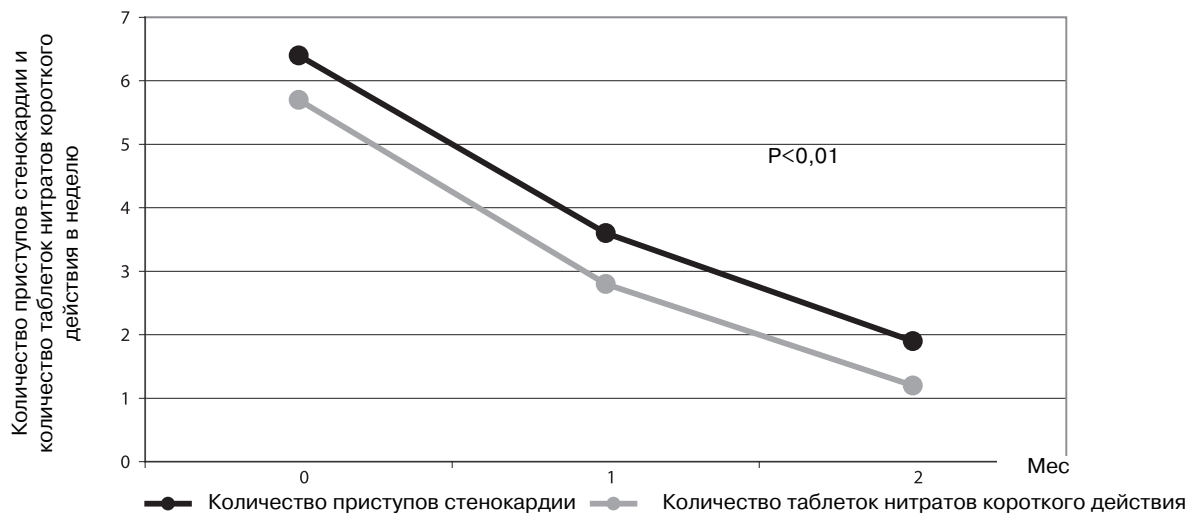


Рис. 3. Динамика приступов стенокардії у всіх обстежуваних пацієнтів со стабільною стенокардією.

Таблиця 4  
Динамика приступов стенокардії в тиждень в групах хворих

Середнє кількість приступов стенокардії в тиждень	1-я група		2-я група		3-я група	
	1-й візит	3-й візит	1-й візит	3-й візит	1-й візит	3-й візит
Менше 3	1,8±0,2	0,4±0,3*	2,0±0,2	0*	–	–
3–6	4,1±0,1*	1,0±0,1*	4,4±0,1*	1,2±0,1*	4,3±0,2	1,3±0,2*
7 и более	13,4±0,1	3,1±0,1*	10,5±0,2**	3,4±0,1*	10,4±0,1**	3,4±0,1*

**Примечание.** Различия показателей достоверны по сравнению с таковыми: \* – при 1-м визите ( $P<0,001$ ); \*\* – в 1-й группе ( $P<0,001$ ).

тазидин MR +  $\beta$ -адреноблокатор + блокатор кальциевых каналов (3-я группа,  $n=122$ ).

Анализ результатов у больных с различной частотой приступов стенокардии напряжения в неделю показал эффективность добавления к терапии оригинального триметазида MR во всех группах больных.

Не отмечено значимых различий по группам больных у пациентов с количеством приступов до 7 в неделю (табл. 4).

Максимальная эффективность дополнительного назначения оригинального триметазида MR была продемонстрирована у пациентов с тяжелой стенокардией напряжения (7 и более приступов в неделю), количество приступов стенокардии у пациентов 1-й группы исходно было достоверно большим по сравнению с таковым во 2-й и 3-й группах, при этом к концу наблюдения количество приступов во всех группах было сопоставимым (рис. 4).

## Выводы

1. Изученная популяция пациентов со стабильной стенокардией включала пациентов с высоким/очень высоким риском, нередко – с длительной ишемической болезнью сердца и осложнениями (инфаркт миокарда), с множественной сопутствующей патологией, неудовлетворительным контролем симптомов стенокардии, факторов риска (масса тела, частота сокращений сердца, уровень липидов), недостаточной частотой проведения коронароангиографии и процедур реваскуляризации.

2. Применение оригинального триметазида MR существенно уменьшает количество приступов стенокардии и потребление нитратов короткого действия в неделю у пациентов с сохраняющимися приступами стенокардии напряжения на фоне лечения  $\beta$ -адреноблокаторами или в комби-

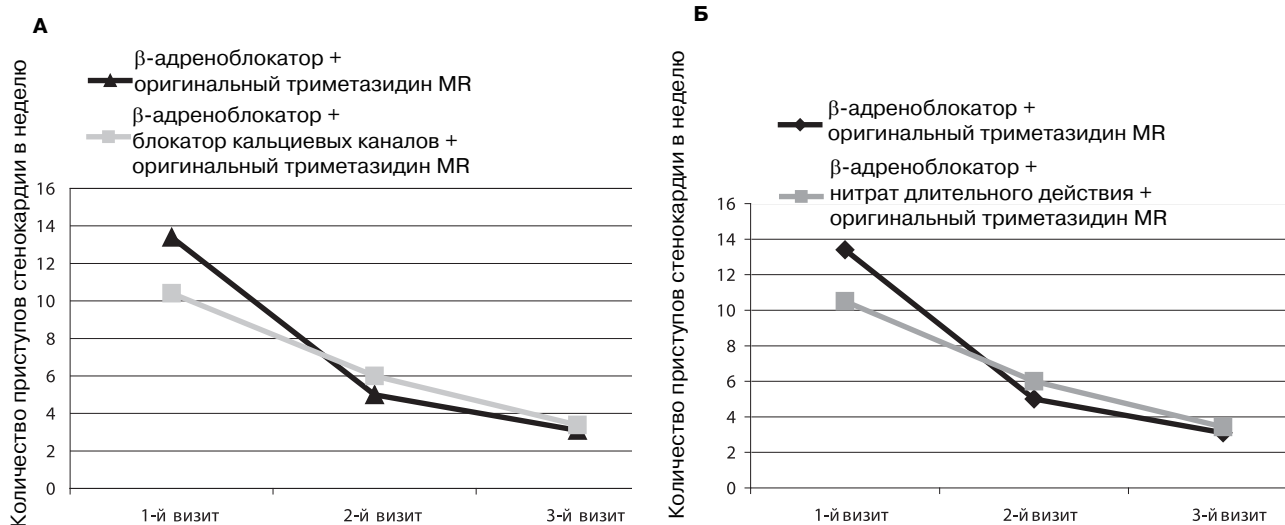


Рис. 4. Динамика приступов стенокардии у пациентов с более тяжелым течением ИБС, принимавших  $\beta$ -адреноблокатор и оригинальный триметазидин MR, по сравнению с применявшими эти препараты в комбинации с блокатором кальциевых каналов (А) и нитратом длительного действия (Б).

нации их с нитратами длительного действия или блокаторами кальциевых каналов.

3. Комбинированное назначение нитратов длительного действия или блокаторов кальциевых каналов с  $\beta$ -адреноблокаторами не приводит к дополнительному уменьшению частоты приступов стенокардии в неделю по сравнению с больными, получающими  $\beta$ -адреноблокатор и оригинальный триметазидин MR.

## Литература

1. Амосова Е.Н. Метаболическая терапия поврежденных миокарда, обусловленных ишемией: Новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности // Укр. кардіол. журн. – 2000. – № 4. – С. 86-92.
2. Воронков Л.Г. Триметазидин при хронической коронарогенной сердечной недостаточности: время пришло? // Укр. кардіол. журн. – 2007. – № 2. – С. 8-20.
3. Демографія і стан здоров'я народу України (Аналітично-статистичний посібник) / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2010. – 144 с.
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. – 2010. – 96 с.
5. Allender S., Scharbotough P., Peto V. et al. European cardiovascular disease statistics: 2008 edition. – London: British Heart Foundation; 2008.
6. Boden W.E., O'Rourke R.A., Teo K.K. et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease // Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 1503-1516.
7. Cecil W.T., Kasteridis P., Barnes J.W.Jr. et al. A meta-analysis update: percutaneous coronary interventions // Amer. J. Manag. Care. – 2008. – Vol. 14. – P. 521-528.
8. Ferrari R. Preface // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol. 16 (Suppl. 2). – P. 1.
9. Fox K., Garcia M.A., Ardissino D. et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1341-1381.
10. Gielen S., Sandn M., Schuler G. et al. Risk factor management: antiatherogenic therapies // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol. 16 (Suppl. 2). – P. 29-36.
11. Kastritsis D.G., Loannidis J.P. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-analysis // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 2906-2912.
12. Kotseva K., Wood D. The challenge for preventive cardiology // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol. 16 (Suppl. 2). – P. 16-23.
13. Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1610-1619.
14. Lopez A., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 1747-1757.
15. Pitt B., Waters D., Brown W.V. et al. Aggressive lipid-lowering therapy compared with angioplasty in stable coronary artery disease // New Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 341. – P. 70-76.
16. Schomig A., Mehilli J., Seyfarth M. et al. A meta-analysis of 17 randomized trials of a percutaneous coronary intervention-

based strategy in patients with stable coronary artery disease // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 52. – P. 894-904.  
17. Tommaso C.L. One year perspective on COURAGE // Catheter Cardiovasc. Interv. – 2008. – Vol. 72. – P. 426-429.

## Приложение

### Список врачей, принявших участие в исследовании КЛАССИКА

Винница: Катилова Т.А. Мелашенко Ю.Г.; Днепропетровск и Днепропетровская область: Беленко И.В., Волошина Л.Г., Зимогляд Т.А., Златкина О.А., Калашник Т.Л., Коцаба Н.В., Платонова С.В., Полишкевич В.Г., Сущенко Л.Д., Терешина Т.Ф., Украинец О.П.; Донецк и Донецкая область: Алексеева Н.А., Анненкова И.В., Бойко Н.В., Букреева Е.А., Бурлакова О.Ю., Гунькина В.Н., Кавун Л.А., Князев А.А., Моторжина И.Н., Муранов А.Н., Надоля Л.Н., Новак Т.Г., Новиченко И.М., Петрухина О.Г., Салимова С.В., Свистунова Н.С., Слапинова С.А., Чаус Е.А., Чернышова А.С., Шматко В.Н.; Житомир: Гуз Н.Л., Кушнир Н.О., Мулык О.Н., Олефир В.А., Пелевин Н.Б.; Запорожье: Вертегел Н.И., Дудко И.В., Кемкина И.М., Назаришина И.Ю., Олейникова Д.А.; Киев: Балюк Г.А., Бурова Т.В., Витренко С.Г., Волкова Н.И., Дученко Т.Ф., Карасева Н.Я., Кислевич Л.Ф., Козловская И.Д., Коминко О.В., Либова Л.Т., Мельник Н.Г., Овчинникова Н.Н., Плюснина Е.С., Самбир Е.В., Сидоренко А.И., Ткаченко Л.М., Удод Л.К., Цива Т.А., Шанина С.И., Шарупич Ю.П.; Кировоград: Голованова А.В., Еремина И.В., Пархоменко И.С., Покрова Е.В., Соколенко Т.А.; Луганск и Луганская область: Борисенко К.В. Бунина А.А., Горошко О.С., Куприянова Л.В., Сошникова А.И.; Львов и Львовская область: Андрухив Н.А., Власюк Ж.Г., Возна О.М., Гольк Т.Н., Князь-Подигурская Н.И., Котмалева Г.В., Кравцов В.В., Пешко-Подоляцкая И.П., Стасив М.С., Ябковская Е.И.; Николаев: Пучець В.Ф., Киливник Л.Н., Бовкунова И.А.; Одесса и Одесская область: Бессмертная Е.В., Говорова О.В., Кузнецова М.А., Лаца О.П., Настаско В.В., Находнова М.Н., Себов Д.М., Тихонова С.А., Чернова Г.Ф., Яковлева Л.А.; Полтава и Полтавская область: Вишован М.В., Коренева О.И., Неделько Н.Е., Перепелица Н.В., Стебельская М.Н.; Республика Крым: Асманова А.Э., Гадомская Е.Н., Григорьева Т.Л., Корохова Л.В., Кучеренко Т.Е., Тарасова Ю.В., Шаронова И.Н.; Севастополь: Дубовик, Залесова Н.Н.; Сумы и Сумская область: Гайвронская В.Г., Ганул Е.В., Горбик Т.И., Кобзарь Т.И., Яровая Е.Д.; Харьков: Батанова И.В., Белоус Н.М., Бережная Т.Ф., Бондаренко Т.И., Бортная Т.Н., Гребенюк О.В., Кулинич С.Е., Магдалиц Т.И., Макаренко Л.Я., Масандика Н.А., Мирошник Т.Д., Оболенцева Н.Н., Степаненко Е.С., Титова Е.В., Ходин В.М.; Херсон: Карпенко Л.Д., Павелкив Н.В.; Хмельницкий: Бонар Е.А., Петрова И.Н., Яржемская И.Л.; Черкассы и Черкасская область: Алешин В.Г., Дробыш И.В., Ковальчук О.М., Плосконос Л.В., Старова Л.Н.; Чернигов: Давиденко Л.Н., Лазаренко В.С., Гузь Е.Д., Миронович Г.А., Ходовицкая М.И.

Поступила 27.08.2010 г.



**Stable angina pectoris treatment in Ukraine: CLASSICA trial**

E.G. Nesukay

*144 cardiologists from 34 regions of Ukraine took part in the trial «The most effective combination of antianginal medications in treatment of patients with stable angina pectoris» (CLASSICA). We analyzed 1423 ambulatory cards of patients with stable angina pectoris and showed that the studied population included the patients of very high cardiovascular risk, often with large duration of IHD and its complications, with different concomitant pathology, unsatisfactory control of symptoms of angina and cardiovascular risk. Trimetazidine MR substantially diminished number of angina attacks and consumption of short acting nitrates in patients on a background treatment by beta-receptor blockers or in combination with long acting nitrates or calcium channel blockers. The combined usage of long-acting nitrates or calcium channel blockers with beta-receptor blockers does not result in the additional decrease of frequency of angina attacks per week as compared to patients receiving beta-receptor blockers and trimetazidine MR. As a metabolic agent without influence on hemodynamic parameters, trimetazidine MR can be used in combination for treatment of stable angina pectoris providing high antischemic and antianginal efficacy in patients with stable angina pectoris.*