

Ведение больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующей артериальной гипертензией в Украине. Результаты исследования ПРЕСТИЖ

М.И. Лутай

Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, г. Киев

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, диагностика, лечение, амбулаторное

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – главная причина смертности и утраты трудоспособности населения в Украине. Своевременная диагностика и адекватное лечение ИБС определяют не только качество жизни пациентов, но и возможность снижения частоты коронарных осложнений, а значит, и судьбу больного.

В рамках доказательной медицины существует четкий алгоритм медикаментозного лечения больных с хроническими формами ИБС. Известно, что положительное влияние на прогноз (класс I, уровень доказательности A) оказывают четыре группы лекарственных средств. К ним относятся антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота (АСК), при непереносимости – клопидогрель), статины, β -адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) для пациентов, имеющих сочетание ИБС с артериальной гипертензией (АГ), сердечной недостаточностью (СН), дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), сахарным диабетом (СД) 2-го типа [1]. Помимо этого, с целью улучшения прогноза, больным с ИБС без специальных показаний к назначению ИАПФ могут быть назначены рамиприл и периндоприл (класс IIa, уровень доказательности B) [4, 5]. Перечисленные лекарственные препараты снижают риск возникновения сердечно-сосудистой смерти и инфаркта миокарда (ИМ) как минимум на 20–30 %, и поэтому их необходимо назначать всем больным с установленным диагнозом ИБС при отсутствии противопоказаний [9]. Симптоматическая терапия хронической ИБС включает органические нитраты короткого действия для купирования приступов стенокардии и три основных группы лекарственных средств (β -адреноблокаторы, блокаторы каль-

циевых каналов и нитраты пролонгированного действия) для их предупреждения [6]. Последние клинические исследования показали, что, помимо β -адреноблокаторов, еще один антиангинальный препарат – селективный антагонист I_f-каналов ивабрадин – оказывает позитивное влияние на прогноз у пациентов со стабильной стенокардией и дисфункцией ЛЖ (фракция выброса < 40 %), а также у пациентов с клиническими проявлениями СН, в том числе и у больных с хронической ИБС (BEAUTIFUL, 2009; SHIFT, 2010) [14, 19]. Следует подчеркнуть, что дополнительный эффект от назначения ивабрадина наблюдали у пациентов, принимавших β -адреноблокаторы.

У больных с ИБС и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений оптимальной лечебной тактикой является выполнение реваскуляризации миокарда. К этой категории, прежде всего, относятся пациенты с поражением ствола левой венечной артерии, трехсосудистым поражением и доказанной обширной ишемией миокарда и/или дисфункцией ЛЖ, поражением 2–3 артерий, включая выраженный стеноз в проксимальном отделе передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, множественным поражением венечных артерий и СД. У таких больных проведение операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) не только улучшает качество жизни, но и оказывает позитивное влияние на ее продолжительность [10, 13].

В настоящее время широкое распространение получили интервенционные методы реваскуляризации миокарда и, прежде всего, стентирование венечных артерий, что по сравнению с операцией АКШ значительно менее травма-

тично. Этот метод устраняет симптомы стенокардии, значительно улучшает качество жизни, однако убедительных данных о положительном влиянии на выживаемость больных со стабильной стенокардией пока нет (данные метаанализа 61 исследования, проведенного за последние 20 лет, – Lancet, 2009). В соответствии с последними европейскими рекомендациями, при выборе метода реваскуляризации у больных со стабильной стенокардией стентирование венечных артерий имеет преимущество перед АКШ только в случаях поражения 1-2 сосудов в непроксимальных отделах. В других случаях следует предпочесть АКШ, так как операция оказывает позитивное влияние на прогноз заболевания. Выполнение хирургической или эндоваскулярной реваскуляризации миокарда не приводит к полному излечению больных, так как не устраняется основная причина ИБС – коронарный атеросклероз. По данным Европейского регистра, ежегодный риск возникновения сердечно-сосудистой смерти у больных после реваскуляризации в среднем составляет 3,7 %, поэтому, несмотря на проведенное вмешательство, такие пациенты относятся к группе высокого риска и требуют дальнейшей медикаментозной терапии. Тактика медикаментозного лечения больных после реваскуляризации миокарда, за исключением пациентов с установленными элутинг-стентами, требующими обязательного назначения двойной антиагрегантной терапии (АСК + клопидогрель) с целью предупреждения поздних тромбозов в стенте, принципиально не отличается от таковой у пациентов без хирургических вмешательств [12, 13].

Роль информированности врача о последних научных достижениях в области современных технологий диагностики и лечения больных с ИБС и использовании их в ежедневной практике трудно переоценить. Ввиду важности оптимизации лечения больных с ИБС в Украине рабочей группой по проблеме атеросклероза и хронической ИБС Ассоциации кардиологов Украины при поддержке компании Servier (Франция) планируется разработка образовательной программы для практических врачей. Для того чтобы сделать эту программу максимально полезной и интересной, было принято решение изучить особенности ведения больных с ИБС и сопутствующей АГ в реальной клинической практике. Для выполнения поставленной задачи на первом этапе был реализован научно-исследова-

тельский проект ПРЕСТИЖ (Украинский Проект по изучению информированности врачей о современных Стандартах ведения больных со стабильной ИБС и АГ и применения клинических рекомендаций в ежедневной практике).

Цель исследования – изучение методом анкетирования уровня диагностики и обоснованности врачебных назначений больным с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией в амбулаторной практике в городах Украины и его соответствия современным рекомендациям.

Материал и методы

В исследовании участвовали 110 врачей поликлиник крупных городов, представляющих 7 регионов Украины.

Каждому врачу предлагали обследовать 7 пациентов с хронической ИБС и АГ и при необходимости внести коррективы в их лечение. Обязательным условием для получения достоверной статистической информации было неизбирательное включение в исследование подряд 7 пациентов с диагнозом ИБС и АГ, которые обратились к врачу-исследователю. В исследовании не включали больных с сопутствующей онкологической патологией, тяжелой почечной и печеночной недостаточностью, а также пациентов с тяжелой СН (III–IV функционального класса (ФК) по NYHA).

Анкета включала следующие разделы:

1. Клинико-anamnestические данные.
2. Сопутствующие заболевания.
3. Наличие других дополнительных факторов риска.
4. Объективные данные.
5. Обследования, которые были проведены больному в течение последних 12 мес.
6. Модификация образа жизни.
7. Медикаментозное лечение на момент обращения к врачу.
8. Рекомендации, касающиеся проведения реваскуляризации миокарда.

В исследовании приняли участие 1016 больных с ИБС и АГ. Из них 694 (68,3 %) мужчины и 322 (31,7 %) женщины. Среди пациентов преобладали лица в возрастной группе от 50 до 59 лет (42,2 %), средний возраст – 57 и 62 года соответственно. У 315 (32,3 %) больных индекс массы тела превышал 30 кг/м². Продолжительность ИБС у 458 (47,2 %) пациентов составила более 5 лет.

Результаты и их обсуждение

У подавляющего большинства пациентов в соответствии с Канадской классификацией была выявлена стенокардия напряжения II (48,5 %) и III (47,7 %) ФК. Пациенты с I ФК составили 2,8 %, IV ФК – 1 %.

Диагноз ИБС основывался на жалобах, данных анамнеза, результатах нагрузочных ЭКГ-тестов, суточного мониторирования ЭКГ, данных коронароангиографии. Положительная ЭКГ-проба с дозированной физической нагрузкой имела место у 24,4 % больных, суточное мониторирование ЭКГ проводили у 28,7 %, ИМ в анамнезе наблюдали у 62,9 %. У 20 % пациентов диагноз был подтвержден с помощью коронароангиографии. Методы обследования, применявшиеся у больных с ИБС и АГ в течение 12 мес до включения в исследование, представлены в табл. 1.

Таким образом, в исследование ПРЕСТИЖ вошли пациенты с верифицированным диагнозом, прошедшие тщательное обследование. Очевидно, что такой уровень диагностики доступен только в специализированных клиниках крупных городов. Этот факт следует учитывать при интерпретации данных, касающихся не только диагностики, но и лечения пациентов-участников исследования. Однако следует заметить, что в Украине для специализированной диагностики ИБС необходимо более широкое применение нагрузочных ЭКГ-тестов, чем суточного мониторирования ЭКГ, которое по диагностическим возможностям уступает стресс-тестам и дает большее количество ложноположительных ответов, особенно у лиц молодого возраста и женщин.

Так как условием включения в исследование было наличие у больных с ИБС сопутствующей АГ, изучали частоту применения метода 24-часового мониторирования АД и методов, направленных на оценку состояния органов-мишеней: определение массы миокарда, микроальбуминурии, креатинина, скорости клубочковой фильтрации. Отрадно отметить сравнительно частое определение у пациентов микроальбуминурии (21,9 %) и применение метода суточного мониторирования АД (28,7 %), с другой стороны, простой и информативный метод оценки функционального состояния почек – скорость клубочковой фильтрации – применялся кардиологами редко (13 %).

Таблица 1

Инструментальные и биохимические методы исследования, проведенные больным, включенным в исследование, в течение последних 12 мес

Методы обследования	Частота применения, %
ЭКГ в покое	98,3
Суточное мониторирование ЭКГ	47,8
Проба с дозированной физической нагрузкой	24,4
Суточное мониторирование АД	28,7
Эхокардиографическое исследование сердца	83,7
Коронароангиография	20,0
Определение микроальбуминурии	21,9
Оценка скорости клубочковой фильтрации	13,8

Примечание. АД – артериальное давление.

Клинико-anamnestические данные

Перенесенный ИМ в анамнезе был установлен у 639 пациентов, из них давностью до 1 года до проведенного опроса – у 207 пациентов; у 74,1 % больных был диагностирован ИМ с патологическим зубцом Q; 91,1 % опрошенных больных перенесли один ИМ; 8,9 % – 2 и более. У 96,2 % пациентов, перенесших ИМ, наблюдали клинические проявления СН. СН разной степени выраженности наблюдали у 718 опрошенных больных, из них 468 (65,2 %) по данным эхокардиографии имели фракцию выброса > 45 %. Распределение больных по ФК СН в общей группе было следующим: I ФК – 25,8 %, II ФК – 58,9 %, III ФК – 15 %, IV ФК – 0,3 %.

Сопутствующие заболевания и факторы риска возникновения ИБС

СД диагностирован у 23,5 % больных с ИБС, из них у 35,3 % уровень гликозилированного гемоглобина превышал 7 %, то есть контроль глюкозы крови был явно недостаточным. Встречаемость СД у больных с ИБС соответствовала последним данным международного регистра REACH, в котором последняя составила в странах Восточной Европы 26 %, Западной Европы – 34 %. Почти в 2 раза выше встречаемость СД у жителей Северной Америки – 43 % [17].

Наличие АГ являлось критерием включения в исследование, и поэтому у подавляющего большинства больных (78,7 %), включенных в исследование, наблюдали увеличение массы

миокарда ЛЖ более 150 г по данным эхокардиографии. Известно, что при ИБС гипертрофия миокарда развивается как «заместительная», чаще у пациентов, перенесших ИМ, вследствие ремоделирования ЛЖ, и выраженность ее, как правило, меньше, чем у больных с длительно существующей АГ. Несмотря на проводимое антигипертензивное лечение, у 78,5 % пациентов при первом осмотре АД превышало 140/90 мм рт. ст. (целевой уровень АД у больных с ИБС – 130/85 мм рт. ст.), что указывало на недостаточный контроль АД. Острые нарушения мозгового кровообращения или транзиторные ишемические атаки в анамнезе отмечены у 8,3 %, заболевания периферических артерий – у 9,7 % больных, включенных в исследование.

В связи с этим уместно остановиться на результатах международного регистра REACH, в соответствии с которым поражение сосудов нескольких бассейнов выявлено приблизительно у 1/4 пациентов с ИБС, у 2/5 больных с цереброваскулярными заболеваниями и у 3/5 пациентов с периферическим атеросклерозом. У пациентов с поражением сосудов нескольких бассейнов регистрировали большее количество конечных точек. У больных с цереброваскулярными заболеваниями более вероятным было развитие последующего инсульта. Сердечно-сосудистая смерть в течение 3 лет наблюдения была наиболее частой у пациентов с периферическим атеросклерозом. У этой категории больных выявлены высокая распространенность сопутствующих поражений в других бассейнах, наличие множественных факторов риска атеротромбоза, включая предиабет и недиагностированный СД, недостаточное использование препаратов для профилактики сердечно-сосудистых факторов риска [7]. В исследовании ПРЕСТИЖ у больных с ИБС клинические проявления атеросклероза другой локализации (периферический, церебральный) наблюдали у 18 % больных, то есть приблизительно у каждого четвертого пациента, как и в регистре REACH [8]. В Украине также нередко недооценивают тяжесть пациентов с признаками периферического атеросклероза, часто они наблюдаются хирургами или участковыми терапевтами, которые меньше внимания уделяют коррекции модифицируемых факторов риска и, прежде всего, снижению уровня холестерина. К сожалению, и позиция украинских невропатологов по назначению липидосни-

жающей терапии больным с цереброваскулярными нарушениями более сдержанная, чем у кардиологов.

Несмотря на предшествующие врачебные рекомендации по модификации образа жизни (отказаться от курения – 27 %, повысить физическую активность – 79,5 %, соблюдать режим питания – 92,2 %), на момент опроса в исследовании ПРЕСТИЖ продолжали курить 45,3 % больных с ИБС и АГ, что свидетельствует об очень низком уровне профилактики этого фактора риска в нашей стране. По данным исследования REACH, курит значительно меньше пациентов с наличием коронарного атеросклероза – 13 % и периферического – 24 %.

Гиперхолестеринемию наблюдали у 71,9 % больных с ИБС. Содержание холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,3 ммоль/л у женщин выявлено у 43,7 % обследованных.

Отягощенный анамнез в отношении сердечно-сосудистых осложнений регистрировали у 21,6 % больных, гиперурикемию (уровень мочевой кислоты ≥ 400 мкмоль/л) – у 31,5 % больных. Уровень креатинина ≥ 115 мкмоль/л у мужчин и ≥ 97 мкмоль/л у женщин выявлен у 13,4 % больных. У 10,9 % пациентов в анамнезе были указания на язвенную болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки. У 8,7 % больных отмечены клинические проявления хронического обструктивного заболевания легких.

Медикаментозная терапия ИБС по данным исследования ПРЕСТИЖ

В соответствии с рекомендациями для медикаментозной терапии ИБС применяют лекарственные средства, влияющие на течение и прогноз заболевания, и препараты, оказывающие симптоматическое действие (антиангинальные средства). Сердечно-сосудистые осложнения у больных с ИБС, как правило, связаны с атеротромбозом, приводящим к развитию острого коронарного синдрома, проявляющегося нестабильной стенокардией, ИМ или внезапной коронарной смертью. Тромб формируется на поверхности атеросклеротической бляшки в месте ее разрыва, изъязвления или локальной дисфункции эндотелия. Для предотвращения этих осложнений, прежде всего, необходимо «стабилизировать» атеросклеротическую бляшку. Это достигается назначением статинов и снижением уровня холестерина (ХС)

до целевых его значений: общий ХС < 4,5 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) < 2,5 ммоль/л (нормальный популяционный уровень общего ХС < 5,0 ммоль/л, ХС ЛПНП < 3,0 ммоль/л). Для предупреждения тромбообразования используют АСК в дозе 75–150 мг/сут и/или клопидогрель в дозе 75 мг/сут [4, 5].

Следует отметить, что перечень препаратов, которые назначались в Украине больным с хронической ИБС и АГ в рамках исследования ПРЕСТИЖ, в целом соответствовал международным и украинским рекомендациям. В табл. 2 представлены данные о назначении основных групп препаратов, влияющих на прогноз ИБС до и в ходе исследовательского визита.

Обращает на себя внимание оправдано более высокая частота назначения статинов и β-адреноблокаторов больным, перенесшим ИМ, и необоснованно низкая частота назначения ИАПФ пациентам с ИБС и АГ без СН и СД. Доказано, что ИАПФ показаны всем больным с ИБС, так как они имеют ангиопротекторное действие. В частности такие препараты, как рамиприл и периндоприл, способствовали снижению частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности у больных с ИБС без дисфункции ЛЖ (исследования HOPE, EUROPA).

Липидоснижающая терапия. Статины, по данным исследования ПРЕСТИЖ, назначали 86,5 % больных с ИБС и АГ, а в ранее опубликованном исследовании PULSAR – 61,5 % [3]. Такой высокий показатель назначения статинов является неожиданностью даже для самого оптимистично настроенного кардиолога, работающего в Украине. Вызвали они удивление и у автора данной статьи, знающего реальное положение дел в практической кардиологии. Пытаясь объяснить этот факт, мы провели анализ соответствия частоты назначения статинов по данным указанных исследований и количества препаратов, продаваемых в аптечной сети. Учитывали реальную потребность в статинах для лечения пациентов с зарегистрированным диагнозом ИБС (данные официальной статистики) и общую численность упаковок всех статинов, реализованных в Украине в течение 2009 г. Полученные результаты свидетельствуют, что количество проданных статинов смогло бы при условии постоянной терапии удовлетворить только 1,4 % пациентов. Для справки – по данным официальной статистики в нашей стране

Таблица 2

Медикаментозное лечение больных с ИБС и АГ в исследовании ПРЕСТИЖ

Терапевтическая группа препаратов	n	Абс.	%
Статины	1016	879	86,5
в т. ч. среди больных с ИМ в анамнезе	619	570	92,1
Антитромбоцитарные препараты	1016	901	88,7
ИАПФ:	1016	813	80,0
в т. ч. среди больных без СН и СД	1016	40	3,9
Блокаторы рецепторов ангиотензина	1016	91	9,0
Блокаторы кальциевых каналов	1016	175	17,2
Бета-адреноблокаторы:	1016	818	80,5
в т. ч. среди больных с ИМ в анамнезе	619	531	85,8
Ивабрадин	1016	213	21,0
Нитраты короткого действия	1016	260	25,6
Нитраты длительного действия	1016	356	35,0
Метаболические препараты	1016	588	57,9
Другие препараты:	1016	197	19,4
Диуретики	1016	133	13,1
Другие антигипертензивные	1016	7	0,7
Антидиабетические	1016	39	3,8
Антиаритмические	1016	12	1,2

хроническими формами ИБС страдает 22,3 % взрослого населения, что составляет 8 657 608 больных (2009) [2] и почти в два раза превышает международные показатели распространенности заболевания. По-видимому, это следствие гипердиагностики ИБС без соответствующей верификации диагноза. Даже с учетом такого предположения, имеющиеся данные свидетельствуют, что в лучшем случае статины могли регулярно принимать не более 3 % больных с ИБС. Следует отметить, что в настоящих расчетах мы не учитывали больных с СД и пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, которые также нуждаются в назначении статинов. Значительные расхождения между данными анкетирования в исследованиях PULSAR и ПРЕСТИЖ и реальной ситуацией, по-видимому, связаны с плохой приверженностью пациентов к лечению статинами. Пациентам назначают препараты, но они принимают их нерегулярно и непродолжительно. Как известно, проблема приверженности к лечению и недостаточной его эффективности существует не только в нашей стране. Так, по данным международного регистра REACH, в странах Восточной Европы недо-

стижение целевых уровней ХС при лечении статинами наблюдают в 64 %, Западной Европы – в 48 %, Азии и Латинской Америки – в 43 % случаев. Несколько лучше обстоят дела в Северной Америке, где этот показатель составляет 28 % [7]. Особенно остро эта проблема касается статинов, не оказывающих симптоматического действия, но улучшающих прогноз заболевания – препаратов, которые должны использоваться регулярно в течение неопределенно длительного времени.

По результатам исследования ПРЕСТИЖ, в большинстве случаев использовали препараты, которые в международных клинических исследованиях продемонстрировали высокую эффективность и безопасность. Аторвастатин назначали больным в 67,6 % случаев в средней суточной дозе 19,3 мг, симвастатин – в 25,4 % в дозе 19,8 мг/сут. Розувастатин применяли значительно реже – в 2,7 % случаев, фибраты принимали менее 1 % больных, ω -полиненасыщенные жирные кислоты – 3 %.

В целом эффективность гиполипидемической терапии в исследовании ПРЕСТИЖ была явно недостаточной. Целевой уровень общего ХС (менее 4,5 ммоль/л) и ХС ЛПНП (менее 2,5 ммоль/л) был достигнут только в 18,5 и 23 % случаев соответственно, а уровень «полезного» ХС ЛПВП почти у половины больных (44 %) был ниже нормальных величин (< 1,0 ммоль/л для мужчин и < 1,3 ммоль/л для женщин).

Недостаточная эффективность липидоснижающей терапии в исследовании ПРЕСТИЖ, вероятно, связана не только с плохо контролируемым и нерегулярным приемом статинов, но и с использованием недостаточных доз лекарственных средств. Например, терапевтические дозы симвастатина составляют 20–40 мг/сут. Длительный прием именно таких доз препарата в многочисленных клинических исследованиях, включая наиболее крупные – 4S и HPS, позволил снизить уровень ХС на 30–40 % и обеспечил уменьшение риска развития основных сердечно-сосудистых осложнений [11, 18, 16, 21]. В исследовании ПРЕСТИЖ средняя доза симвастатина составила 19,8 мг/сут, что очевидно недостаточно для наблюдаемых больных.

Антитромботическая терапия. Назначение антитромботической терапии предупреждает развитие атеротромботических осложнений и является обязательным для всех больных со стабильной стенокардией при отсутствии про-

тивопоказаний. Классический метаанализ Anti-thrombotic Trialists' Collaboration (АТС) 11 клинических исследований подтвердил снижение на 33 % частоты серьезных сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, инсульт, кардиальная смерть) у больных со стабильной стенокардией при назначении АСК. Аналогичные результаты наблюдали у пациентов, перенесших ИМ, – прием АСК уменьшал смертность и частоту возникновения повторного нефатального ИМ на 31 %.

Антитромботические препараты в соответствии с результатами исследования ПРЕСТИЖ получали 88,7 % пациентов. В течение последних лет большинству больных с ИБС в Украине традиционно назначают АСК. Настоящее исследование не было исключением, АСК принимали 75,9 % пациентов в средней дозе (85,0 \pm 0,72) мг в сутки, клопидогрель в дозе 75 мг/сут – 17,4 % больных. Комбинированную терапию клопидогрелем и АСК проводили у 3,7 % пациентов. Варфарин в средней дозе (3,30 \pm 0,25) мг/сут назначали у 2,8 % пациентов.

Необходимо помнить о побочных реакциях, связанных с использованием антитромботической терапии, включая тяжелые, прежде всего желудочно-кишечные, кровотечения. Это особенно актуально при назначении двойной (АСК + клопидогрель) и тройной (АСК + клопидогрель + варфарин) антитромботической терапии. Назначение только АСК сопровождается развитием угрожающих жизни желудочно-кишечных кровотечений, в среднем в 1 % случаев в год, двойной терапии – в 2–3 %, а присоединение варфарина к одному или двум антитромбоцитарным препаратам увеличивает риск до 8–48 %. В этом случае риск зависит от наличия у пациента предшествующего ИМ, СД, инсульта, кровотечений в анамнезе, уровня креатинина, показателя гематокрита. Для сравнения при назначении статинов абсолютный риск миопагии, наиболее грозной побочной реакции, составляет всего 0,01 % в год. Встречающееся при терапии статинами увеличение аланин-трансаминазы в крови при использовании, к примеру, аторвастатина в дозе 10 мг/сут отмечено у 0,2 % больных, а в дозе 80 мг/сут – у 1,2 %. Иными словами только у одного из 100 больных, пролеченных максимальной дозой аторвастатина, наблюдали повышение аспарагиновой трансаминазы в 3 раза, что требовало снижения дозы или отмены препарата (исследование TNT) [11].

Контроль артеріального тиску. В дослідженні ПРЕСТИЖ були включені більшість ІБС з супутньою АГ. Необхідно врахувати, що АГ є фактором ризику розвитку атеросклерозу, зокрема коронарного. Але й само по собі підвищення АД призводить до специфічного ураження органів-мішеней. Лікарям необхідно вміти диференціювати серцево-судинні ускладнення, пов'язані з АГ і виникають внаслідок розвитку атеросклерозу (табл. 3) [5].

Комбінація ІБС і АГ збільшує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень в 2 рази, тому контроль АД у таких хворих набуває особливого значення. Рекомендовані в 2006 р. в Європейських рекомендаціях по лікуванню хворих зі стабільною стенокардією цільові рівні АД були нижче популяційних нормальних його значень і становили менше 130/85 мм рт. ст.

Але аналіз останніх досліджень показав ймовірність того, що досягнення низьких значень АД може бути пов'язано не зі зниженням, а з збільшенням ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з ІБС. До цих пор поки в нових дослідженнях не були отримані більш переконливі докази, цілорозумно у хворих з ІБС і АГ знижувати систолічний АД до рівня 130–139 мм рт. ст. (Перегляд Європейських рекомендацій по веденню хворих з артеріальною гіпертензією, 2009).

Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту в дослідженні ПРЕСТИЖ отримували 80 % хворих. З цієї групи препаратів найбільш призначуваними були периндоприл (57,8 %), рамиприл (12,5 %) і еналаприл (16,8 %). Такий вибір препаратів слід вважати грамотним, так як периндоприл і рамиприл, крім гіпотензивного ефекту, продемонстрували своє ангіопротекторне, антиатеросклеротичне дію у хворих з ІБС, а еналаприл, за даними доказової медицини, є стандартом лікування хворих з супутньою СН. Такі хворих було в дослідженні 70 %. До недавнього часу основними показаннями для призначення ІАПФ були АГ, застоююча СН і СД 2-го типу. Наявність у хворих з ІБС цих супутніх захворювань вимагає обов'язкового призначення ІАПФ для їх лікування. Разом з тим, сьогодні є доказаним більш широке використання

Таблиця 3

Ураження різних органів, пов'язані з АГ і атеросклерозом

Органи-мішені	Ураження, пов'язані з АГ	Ураження, пов'язані з атеросклерозом
Головний мозок	Гіпертензивна енцефалопатія Судинна деменція Кровоизливання в мозок Лакунарні інфаркти мозку	Прехідні порушення мозгового кровообігу Ішемічний інсульт
Серце	СН	Стенокардія ІМ Внезапна смерть
Почки	Первинний нефросклероз Фібриноидний некроз	Стеноз ниркової артерії
Артерії	Аневризми артерій Розшарування аорти	Перемежуюча хромота Гангрена
Очі	Кровоизливання в сітчатку Отек соска зорового нерва Втрата зору	–

ІАПФ при ІБС. Основами для такого підходу стали результати двох великих досліджень, HOPE і EUROPA, в яких було досягнуто статистично достовірне зниження серцево-судинного ризику у хворих з ІБС під впливом терапії рамиприлом і периндоприлом. С точки зору тактики ведення хворих з ІБС представляють інтерес результати дослідження EUROPA, оскільки в ньому брали участь хворі зі стабільною стенокардією, без ознак СН, і з відносно невисоким/умереним ризиком серцево-судинних подій. Ще однією важливою характеристикою дослідження EUROPA стало те, що ефективність периндоприлу була виявлена у хворих, які отримували адекватне лікування сучасними засобами, що впливають на прогноз ІБС. Досліджуваний препарат, периндоприл, призначали в середньому впродовж 4,2 року. До кінця періоду спостереження відзначали зниження загальної смертності на 14 % ($P=0,0009$), випадків нефатального ІМ – на 22 % ($P=0,001$), госпіталізацій по приводу СН – на 39 % ($P=0,002$). Слід підкреслити, що позитивні результати терапії спостерігали у хворих всіх вікових груп, незалежно від наявності АГ, СД або

предшествующего ИМ. Эти данные послужили предпосылкой для включения ИАПФ – периндоприла и рамиприла – в перечень препаратов для вторичной профилактики ИБС с целью снижения сердечно-сосудистого риска (класс IIa, уровень доказательности B).

При обсуждении механизмов позитивного влияния ИАПФ на прогноз ИБС, прежде всего, следует помнить о следующих эффектах.

Кардиопротекторный эффект. Уменьшение избыточной гипертрофии миокарда и размеров патологически увеличенных полостей сердца.

Вазопротекторный эффект. Восстановление функции эндотелия, вследствие повышения продукции брадикинина. Обладая прямым сосудорасширяющим действием, брадикинин также стимулирует продукцию NO.

Антиатерогенный эффект. Антипролиферативные и возможно антиатерогенные свойства. По экспериментальным данным, экспрессия ангиотензинпревращающего фермента и ангиотензина повышает ангиопластические процессы и пролиферацию неоинтимы сосудов. ИАПФ уменьшают гиперплазию интимы, и этот эффект связан с процессом деградации брадикинина.

Антитромботический эффект. Улучшение фибринолитической функции вследствие антитромбоцитарного эффекта, реализующегося через брадикинин и, возможно, вследствие улучшения баланса между активатором ингибитора плазминогена-1 и тканевым активатором плазминогена.

Другие ИАПФ, такие как лизиноприл, назначали в 8,1 % случаев. На фозиноприл, трандолаприл, квинаприл, каптоприл приходится около 3 % случаев. Средняя суточная доза периндоприла составила $(7,40 \pm 0,15)$ мг, рамиприла – $(6,74 \pm 0,28)$ мг, эналаприла – $(14,30 \pm 0,55)$ мг. Интересно отметить, что в группе пациентов с ИБС и АГ, которые на фоне базисной терапии принимали периндоприл, уровни систолического и диастолического АД – соответственно $(149,03 \pm 0,99)$ и $(91,08 \pm 0,59)$ мм рт. ст. – были несколько ниже по сравнению с таковыми у пациентов, принимавших другие ИАПФ, – соответственно $(151,49 \pm 1,14)$ и $(91,87 \pm 0,62)$ мм рт. ст.

Из **блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА)** наиболее часто назначали лозартан – в 53,8 % случаев, валсартан – в 24,2 % и кандесартан – в 12,1 %, в средних дозах соответственно $(58,33 \pm 3,98)$, $(104,0 \pm 9,8)$ и $(6,91 \pm 0,56)$ мг, как правило, в случаях, когда

ИАПФ плохо переносились больными, вызывали кашель.

Блокаторы кальциевых каналов (БКК) были назначены 17,2 % пациентов с ИБС. Как известно, помимо антигипертензивного действия, эти препараты обладают также антиангинальным эффектом и, в соответствии с современными рекомендациями, являются препаратами второй линии после β -адреноблокаторов при лечении стенокардии напряжения.

Их антиангинальное действие и влияние на толерантность к физической нагрузке сопоставимы с таковыми β -адреноблокаторов, однако БКК не оказывают позитивного влияния на прогноз заболевания. Существуют данные, согласно которым β -адреноблокаторы имеют более выраженное влияние на так называемое тотальное бремя ишемии – сумму всех болевых и безболевых эпизодов ишемии. Следует также помнить, что БКК являются препаратами выбора при лечении вазоспастической стенокардии.

Из группы БКК наиболее часто назначали амлодипин – в 73,8 % случаев, дилтиазем – в 9,7 % и лерканидипин – в 9,1 %, в суточных дозах соответственно $(6,10 \pm 0,22)$, $(130,58 \pm 14,31)$ и $(13,75 \pm 1,96)$ мг. Необходимо обратить внимание на то, что очень редко назначали верапамил – эффективный антиангинальный препарат, замедляющий частоту сокращений сердца (ЧСС): он был назначен только одному пациенту в дозе 160 мг/сут.

Целевой уровень АД для больных с ИБС, согласно Европейским рекомендациям по лечению больных со стенокардией (2006), менее 130/85 мм рт. ст. был достигнут только у 12,5 % пациентов, и у 9 % больных систолическое АД было в пределах 130–139 мм рт. ст. (в соответствии с Пересмотром Европейских рекомендаций по ведению больных с артериальной гипертензией, 2009). Таким образом, рекомендуемые целевые уровни АД были достигнуты у 21,5 % больных.

Блокаторы β -адренорецепторов занимают в лечении хронической ИБС особое место. Эти препараты обеспечивают как улучшение прогноза, что доказано у больных, перенесших ИМ [15], так и повышение качества жизни за счет предупреждения/уменьшения клинической симптоматики. Эффективность применения β -адреноблокаторов у больных со стенокардией во многом связана с замедлением ЧСС. ЧСС считается одной из важнейших детерминант

потребности миокарда в кислороде. Ее замедление сопровождается удлинением диастолы и, соответственно, периода перфузии миокарда, что имеет особое значение в условиях ишемии. Ускорение ЧСС повышает риск развития острых коронарных событий, вероятно, в связи с механическим повреждением атеросклеротической бляшки. Учащенный пульс играет важную роль в развитии и прогрессировании коронарного атеросклероза и провоцирует ишемические события. Контроль ЧСС является одним из важнейших условий успешной антиангинальной терапии, а сам показатель напрямую связан с долгосрочным прогнозом у больных со стабильной ИБС. Исследование BEAUTIFUL подтвердило факт существенного влияния ЧСС на прогноз больных ИБС со стенокардией и дисфункцией ЛЖ. У пациентов с ЧСС в покое более 70 в 1 мин риск возникновения сердечно-сосудистой смерти повышался на 34 %, а потребность в госпитализации по поводу фатального и нефатального ИМ – на 46 % [14].

У больных, перенесших ИМ, имеющих высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, фармакологическая коррекция ЧСС с использованием β -адреноблокаторов сопровождалась улучшением прогноза и снижением коронарной смертности. Поэтому в настоящее время доза назначаемого β -адреноблокатора у больного со стенокардией контролируется с учетом отрицательного хронотропного эффекта препарата. Современные международные и отечественные рекомендации по лечению ИБС предполагают титрование дозы β -адреноблокатора до оптимальной, которая определяется как доза препарата, вызывающая замедление ЧСС в покое до 55–60 в 1 мин у больных со стенокардией без значительной дисфункции ЛЖ. Следует помнить, что ЧСС является одной из составляющих минутного объема крови и при выраженной СН, ее повышение может компенсировать сниженный ударный объем сердца. В исследовании ПРЕСТИЖ β -адреноблокаторы назначали в 80,5 % случаев, у больных, перенесших ИМ, – в 85,8 %. Наиболее часто назначали: бисопролол – в 50,2 % (в дозе $(5,41 \pm 0,12)$ мг/сут), карведилол – в 18,1 % ($18,42 \pm 1,04$), метопролол – в 13,1 % ($56,39 \pm 2,93$), небиволол – в 12,7 % ($4,48 \pm 0,16$). Однако эффективность терапии оставалась недостаточной: целевой уровень ЧСС в покое был достигнут только у 5,5 % пациентов, у 31,6 % этот показатель

составил 70–79 в 1 мин и у 31,8 % он был более 80 в 1 мин.

Не исключено, что полученные показатели ЧСС были связаны с условиями, в которых производилось их измерение. Правильная оценка ЧСС требует предварительного 10-минутного пребывания пациента в состоянии покоя, что не всегда выполняется в условиях дефицита времени на амбулаторном приеме. Другим наиболее вероятным объяснением подобных результатов являются дозы назначаемых лекарственных средств. В исследовании средняя доза бисопролола составила $(5,41 \pm 0,12)$ мг/сут, метопролола – $(56,39 \pm 2,93)$ мг/сут, что значительно ниже рекомендованных терапевтических дозировок [4]. В ряде случаев врач не может назначить β -адреноблокаторы в адекватной дозе из-за развития побочных реакций (брадикардии, чрезмерной гипотензии, угнетения сократимости миокарда и т. д.). Однако нередко назначение недостаточных доз β -адреноблокаторов вызвано не реальными побочными эффектами препаратов, а опасениями подобного воздействия, особенно в амбулаторных условиях.

Следует отметить достаточно активное, в рамках исследования ПРЕСТИЖ, внедрение в клиническую практику препарата ивабрадин из новой фармакологической группы ингибиторов If-каналов. Ивабрадин (кораксан, Servier, Франция) дополнительно назначали 21 % больных. Результаты масштабных клинических исследований последних лет свидетельствуют о высокой антиангинальной эффективности и безопасности нового лекарственного средства как при монотерапии, так и в сочетании с β -адреноблокаторами.

Учитывая материалы этих исследований, механизм действия нового препарата, его влияние на ЧСС, ивабрадин может рассматриваться как один из основных антиангинальных препаратов при непереносимости β -адреноблокаторов или противопоказаниях к их назначению. Важно, что препарат можно комбинировать с β -адреноблокаторами (ASSOCIATE, 2009) [20]. Получены убедительные данные о влиянии препарата на комбинированную конечную точку (смертность, ИМ, госпитализация по поводу СН) у больных со стенокардией и дисфункцией ЛЖ, а также у больных с СН, в том числе, развившейся вследствие ИБС, принимавших все рекомендуемые группы препаратов, в том числе β -адреноблокаторы (BEAUTIFUL, 2009; SHIFT, 2010) [14, 19].

Таким образом, помимо выраженного антиангинального эффекта, ивабрадин оказывает позитивное влияние на течение и прогноз ИБС.

Комбинированная терапия

Различные варианты комбинации препаратов, оказывающих позитивное влияние на прогноз ИБС, представлены в табл. 4.

В соответствии с современными рекомендациями, всем больным ИБС, при отсутствии противопоказаний, необходимо назначать препараты, уменьшающие риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений и кардиальной смерти. К таким препаратам относятся статины, антитромбоцитарные (АСК, клопидогрель), β -адреноблокаторы без внутреннего симпатомиметического действия, ИАПФ (периндоприл, рамиприл и другие при наличии специальных показаний) [4, 5]. Все четыре группы препаратов назначали менее чем половине больных – 41,0 %. Наиболее часто применяли следующие комбинации: антитромбоцитарный препарат + статин, антитромбоцитарный препарат + β -адреноблокатор, статин + β -адреноблокатор, антитромбоцитарный препарат + статин + β -адреноблокатор (см. табл. 4).

Рекомендации по реваскуляризации миокарда

В рамках исследования ПРЕСТИЖ был проведен опрос 499 врачей, касающийся тактики ведения больных с ИБС и АГ. На вопрос «Кому показана реваскуляризация?» 94,4 % опрошенных ответили: «Больным с ИБС, у которых симптомы ишемии сохраняются, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию». Ответ можно признать только частично правильным, так как основным критерием выбора хирургической тактики лечения следует считать степень риска сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего связанного с выраженностью и характером поражения коронарного русла, функциональным состоянием ЛЖ, наличием сопутствующих заболеваний, в частности СД, цереброваскулярных нарушений. В исследовании 47,7 % больных, которым была назначена терапия, жаловались на ангинозные боли и были отнесены к III ФК стенокардии. У 55,3 % пациентов при нагрузочной пробе пороговое значение ЧСС не превышало 120 в 1 мин, что согласно международным рекомендациям указывает на очень высокий риск развития сердечно-сосудистых

Таблица 4

Частота различных вариантов комбинированной терапии у больных с ИБС

Комбинации препаратов	Абс.	%
Антитромбоцитарный препарат + статин + ИАПФ + β -адреноблокатор	417	41,0
Антитромбоцитарный препарат + статин	801	78,8
Антитромбоцитарный препарат + β -адреноблокатор	734	72,2
Статин + β -адреноблокатор	741	72,9
Антитромбоцитарный препарат + статин + β -адреноблокатор	673	66,2
Статин + периндоприл (или рамиприл) + β -адреноблокатор	455	44,8
Антитромбоцитарный препарат + периндоприл (или рамиприл) + β -адреноблокатор	438	43,1

осложнений. Реваскуляризация миокарда была рекомендована 58,2 % больных, однако проведена только каждому пятому пациенту (19,4 %), что явно недостаточно. Реальная ситуация в практической медицине даже в крупных городах Украины значительно хуже, только незначительной части больных с ИБС выполняют реваскуляризацию миокарда.

На вопрос об особенностях ведения больных с ИБС, прошедших реваскуляризацию, 55,9 % врачей ответили правильно: подходы к медикаментозной терапии этих пациентов принципиально не отличаются от таковых у больных без хирургического вмешательства. Однако почти половина опрошенных ошибочно считают, что дозы препаратов должны быть снижены.

Ограничения исследования ПРЕСТИЖ

В исследовании был проведен анализ качества медикаментозной терапии больных с ИБС и сопутствующей АГ, назначаемой в поликлиниках больших городов Украины. Анализ не отражает состояния медицинской помощи по стране в целом. В исследовании не изучали причины выбора той или иной терапевтической тактики, не рассматривали вопросы эффективности и переносимости лечения в зависимости от тяжести больных, назначаемых препаратов, их комбинаций и дозовых режимов, не учитывали влияния всей сопутствующей патологии. В ходе исследования была сделана попытка оптимизации терапии. Во время исследовательского визита врачи корректировали лечение, что отразилось, преимущественно, на частоте

назначения лекарственных препаратов. Следует признать, что ни выбор самих препаратов, ни рекомендуемые дозы, в частности, β -адреноблокаторов и липидоснижающих средств, после проведенной коррекции практически не изменились.

Следует отметить, что спонсором исследования явилась фирма Servier (Франция), в связи с этим наблюдали две тенденции. Первая, и это особенно важно, – улучшалось качество медикаментозного лечения, оно приближалось к европейским стандартам. Таким образом, исследование явилось своеобразной «школой», повышающей информированность врачей относительно современных методов медикаментозного лечения больных с ИБС и сопутствующей АГ. Вторая – больше назначались лекарственные средства компании-спонсора, что вполне объяснимо.

Таким образом, анализ врачебных назначений больным с ИБС и АГ, проведенный в исследовании ПРЕСТИЖ, свидетельствует о том, что выбор основных групп лекарственных средств и самих препаратов, используемых в условиях поликлинической практики в больших городах Украины, приближается к международным стандартам. Частота назначения антитромботических и липидоснижающих (статины) средств, β -адреноблокаторов и ИАПФ, то есть препаратов, улучшающих прогноз больных с ИБС, сопоставима с данными последних международных регистров. Вместе с тем, эффективность терапии с учетом общепринятых критериев остается катастрофически недостаточной.

Несмотря на лечение, целевые показатели ХС были достигнуты только у 18,5 % больных, а целевые уровни АД – у 21,5 % (АД менее 130/85 мм рт. ст. – у 12,5 %, систолическое АД в пределах 130–139 мм рт. ст. – у 9 % пациентов). У 63,4 % пациентов, в том числе и принимавших β -адреноблокаторы, ЧСС оставалась более 70 в 1 мин. Следует признать пассивной тактику врачей в отношении направления больных с ИБС на реваскуляризацию миокарда, а количество выполненных вмешательств – явно недостаточным. Анализ результатов исследования ПРЕСТИЖ показал, что факторами, которые могли бы повысить эффективность терапии, являются применение адекватных доз лекарственных средств, контроль за достижением целевых уровней основных показателей (ХС ЛПНП, АД, ЧСС) и, особенно, повышение

приверженности пациентов к лечению. Важными составляющими качественной медицинской помощи больным с ИБС остаются информированность врачей о современных методах терапии и создание условий для адекватного контроля ее эффективности.

Литература

1. Аронов Д.М. Терапевтический каскад статинов // *Consilium medicum*. – 2003 (экстравыпуск). – С. 7-10.
2. Горбась І.М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика // *Здоров'я України*. – 2009. – Березень. – Р. 34-35.
3. Лутай М.І., Лысенко А.Ф. Анализ медикаментозной терапии ишемической болезни сердца в Украине: результаты исследования PULSAR // *Укр. кардіол. журн.* – 2010. – № 3. – С. 36-43.
4. Медикаментозне лікування стабільної стенокардії. Методичні рекомендації Робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологів України. – 2010.
5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування: Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. – 2010.
6. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтерра, 2004. – Т. 4.
7. Alberts M.J. et al. Three-year follow-up and event rates in the international Reduction of atherothrombosis for Continued Health Registry // *Eur. Heart J.* – 2009. – Vol. 30. – P. 2318-2326.
8. Cacoub P.P. et al. Cardiovascular risk factor control and outcomes in peripheral artery disease patients in the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry // *Atherosclerosis*. – 2009. – Vol. 204 (2). – P. 86-92.
9. Cannon C.P., Braunwald E., McCabe C.H. et al. Comparison of intensive and moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes // *New Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 350.
10. DeBacker G., Ambrosioni E., Borch-Johnsen et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // *Eur. Heart J.* – 2003. – Vol. 24. – P. 1601-1610.
11. Deedwania P., Barter P., Carmena R. et al. Reduction of low-density lipoprotein cholesterol in patients with coronary heart disease and metabolic syndrome: analysis of the Treating to New Targets study // *Lancet*. – 2006. – Vol. 368. – P. 919-928.
12. ESC Guidelines for the Management of Stable Angina Pectoris // *Eur. Heart J.* – 2006. – Vol. 27. – P. 1341-1381.
13. ESC Guidelines on myocardial revascularization // *Eur. Heart J.* – 2010. – Vol. 31. – P. 2501-2555.
14. Fox K., Ford I., Steg P.G. et al. Relationship between ivabradine treatment and cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction with limiting angina: a subgroup analysis of the randomized, controlled BEAUTIFUL trial // *Eur. Heart J.* – 2009. – Vol. 31. – P. 1-9.
15. Freemanille N., Cleland J., Young P. et al. Beta-blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis // *Brit. Med. J.* – 1999. – Vol. 318. – P. 1730-1737.
16. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebocontrolled trial // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360. – P. 7-22.
17. Krempf M. et al. Cardiovascular Event Rates in Diabetic and Nondiabetic Individuals With and Without Established

Atherothrombosis (From the REduction of Atherothrombosis for Continued Health [REACH] Registry) // Amer. J. Cardiol. – 2010. – Vol. 105(5). – P. 667-671.

18. Nissen S.E., Tuzcu E.M., Schoenhagen P. et al. Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis (REVERSAL) trial // JAMA. – 2004. – Vol. 211. – P. 1071-1080.

19. Swedberg K. Pure heart rate reduction: further perspectives in heart failure // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 12 (Suppl.). – P. 20-24.

20. Tardif J.-C., Ponikowski P., Kahan Th. Efficacy of the If current inhibitor ivabradine in patients with chronic stable angina receiving beta-blocker therapy: a 4 month, randomized, placebo-controlled trial (ASSOCIATE study) // Eur. Heart J. – 2009. – Vol. 9. – P. 1-9.

21. The Scandinavian Simvastatin Survival Study group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) // Lancet. – 1994. – Vol. 344. – P. 1383-1389.

Выражаем признательность всем врачам, принимавшим участие в исследовании ПРЕСТИЖ:

Абдуроманова С.Р., Акера Л.Н., Александрова Л.М., Асимова Э.С., Балахтарь И.В., Батанова И.В., Батракова Н.Н., Беженева Н.А., Белых Р.В., Бессонова И.И., Бланкман И.В., Бука Н.А., Валестани В.В., Витренко С.Г., Вишован М.В., Высоцкая О.Н., Гаак Н.В., Гаврилюк О.Г., Гнездилова З.М., Головня О.П., Гриненко Е.В., Гринь Л.П., Гроник О.Н., Гунькина В.Н., Гутченко И.Н., Давыденко В.В., Демина С.В., Дубовик Т.К., Дудко И.В., Епихина Н.В., Жало Т.В., Зализняк О.В., Заяц В.А., Зипунников В.И., Зленко Е.М., Камлик О.М., Кан Е.А.,

Кемкина И.М., Кизима Е.М., Князев А.А., Князь Н.И., Ковальчук ВА, Коломоец Г.Н., Корниенко С.И., Коцаба Н.В., Кравцова Е.Г., Крамаренко В.В., Кривякина В.Т., Ксензюк О.Л., Ксьондз О.Ю., Кумуржи И.П., Курбет Н.В., Кучер К.Д., Кушнир Л.В., Лаца О.М., Лисюк Т.Ф., Лихолетова Е.Г., Лукерьяна О.И., Магдалиц Т.И., Макаренко Л.Я., Мальцев С.В., Масандика Н. А., Мельник Н.Г., Месевря О.В., Милославская Ю.А., Минаева С.О., Муранов А.Н., Назарова И.Л., Насвит Р.А., Николаенко Л.А., Новак Т.Г., Носова Н.М., Огороднийчук А.С., Одинец В.П., Османова Г.Р., Парчелли С.В., Первомайская Т.В., Перепелица О.Я., Петросян Л.И., Пешко И.П., Погребная О.М., Подляскина В.Э., Покрова Е.В., Польщикова А.Т., Пономарев В.В., Пророченко И.В., Пустова Е.Н., Пустовит С.М., Резник Ю.И., Ржемовская Т.Н., Рипа М.Н., Руденко Л.Г., Рюмина А.Г., Самбир Е.В., Синица А.Л., Слапинова С.А., Соколенко Т.А., Соколовская В.М., Стемковская С.Н., Степаненко Е.С., Стойко Е.А., Столярова Н.М., Сторожук А.И., Ступар Т.К., Сущенко Л.Д., Терешина Т.Ф., Тигай Т.Л., Тимошенко В.М., Триполка С.А., Трубина С.Ю., Удод Л.К., Улахлы Н.В., Харченко А.М., Хотченкова И.И., Цива Т.А., Чайка Н.М., Чаус Е.А., Чорнобривенко О.О., Шанина С.И., Шевченко В.В., Шевченко Т.И., Шеремет С.А., Шматко В.Н., Янула Я.Д.

Поступила 02.11.2010 г.

Management of ischemic heart disease with concomitant arterial hypertension in Ukraine. The results of the PRESTIGE study

M.I. Lutay

The analysis of quality of the evaluation and usage of drug therapy in patients with coronary heart disease with concomitant hypertension in outpatient clinics of Ukraine large cities was conducted in the PRESTIGE study. Methods for evaluation of patients included ECG at rest (98.3 %), echocardiography (83.7 %), ambulatory ECG monitoring (47.8 %), exercise test (24.4 %), ambulatory blood pressure monitoring (28.7 %), coronary angiography (20.0 %), determining of microalbuminuria and glomerular filtration rate (21.9 and 13.8 % respectively). Analysis of medical prescriptions in the PRESTIGE study suggests that the choice of the main groups of drugs and drugs used in clinical practice is very close to the international guidelines. The frequency of use of antithrombotic and lipid-lowering (statin) agents, β -blockers and ACE inhibitors (medicines that improve the prognosis of patients with coronary artery disease) are comparable with data from recent international registries. However, the effectiveness of therapy in the light of generally accepted criteria remains critically insufficient. Despite treatment, the target cholesterol was achieved in only 23 % of patients, and target levels of blood pressure (130/85 mm Hg) in only 12.5 % of patients. In 63.4 % of patients, including those receiving BB, heart rate remained more than 70 bpm. Referral of patients with ischemic heart disease to myocardial revascularization should be recognized as insufficient tactics and the number of interventions performed is inadequate. Factors that could enhance the efficacy of therapy would be the application of adequate doses of drugs, monitoring and control for achieving of target levels of key indicators (LDL cholesterol, blood pressure, heart rate), as well as increasing patients' adherence to treatment.