

ПАРАДОКСЫ И ГОЛОВОЛОМКИ

В рамках научно-практической конференции «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» 8 октября 2008 г. состоялся симпозиум «Парадоксы и головоломки кардиологии», организованный фармацевтической компанией «Тева» и вызвавший большой интерес участников и гостей конференции. Предлагаем вашему вниманию наиболее интересные фрагменты докладов, прозвучавших на симпозиуме.



РЕЗУЛЬТАТЫ ВСЕРОССИЙСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Наука о приверженности лечению стала все больше и больше внедряться в нашу повседневную практику. Проблема колоссальная, но я очень рад тому обстоятельству, что этой проблемой стали заниматься, в том числе и в нашей стране. С удовольствием ссылаюсь на нашу отечественную работу, опубликованную в журнале «Артериальная гипертензия», где четко написано: «Приверженность к лечению (комплаентность) – степень соответствия поведения больного в отношении к приему препаратов, соблюдению диеты и других мер изменения жизни».

Более 70% врачей считают причиной недостаточной эффективности терапии низкую приверженность пациента к лечению. Мол, больной сам виноват, что не принимает лекарство, поэтому врач и не может контролировать артериальное давление. В меньшей степени возлагают вину на неэффективность терапии. Сейчас выбор колоссальный, масса очень эффективных, замечательных препаратов, и каждый год появляются новые классы препаратов. Тратятся мил-

лиарды долларов на разработку новых лекарств, молекул, которые позволяют дополнительно снизить артериальное давление еще на один, на два, на три миллиметра ртутного столба, это считается победой. Но если мы будем тратить эти миллиарды долларов на повышение комплаентности пациента, то мы в разы повысим эффективность лечения.

Что мы, врачи, можем сделать? Есть ли какие-либо аспекты, на которые мы уже сегодня могли бы повлиять? Мы пытались в рамках собственного опыта ответить на эти вопросы. У нас было организовано и недавно завершилось большое исследование под названием «ПРОФИ», которое проводилось в 82 районных поликлиниках г. Москвы. Целью работы стало исследование приверженности больных артериальной гипертонией к лечению в условиях реальной повседневной амбулаторной практики и оценка гипотензивного действия препарата Фелодип из группы антагонистов кальция. Первые цифры, которые мы получили: некомплаентных пациентов



Ф.Т. Агеев, д.м.н., профессор

КАРДИОЛОГИИ

у нас 61%. В Европе, наоборот, приверженных лечению – 60%, а 30% – некомплаентных. Мы посмотрели, как работает Фелодип, снижает ли он давление в разных группах, среди мужчин и женщин. Сразу признаюсь, что для меня здесь не было какого-то откровения: Фелодип – прекрасный препарат, чудесно снижал давление, всего лишь за два месяца терапии снижение было очень значительным, как систолического, так и диастолического артериального давления, как среди мужчин, так и среди женщин. Систолическое давление в среднем снижалось на 31 мм рт. ст., диастолическое – на 16-17 мм рт. ст. В общем, препарат работал,


его заболеванием. Тогда пациент вместе с врачом разрабатывает стратегию решения проблем, тактику лечения. В этом случае наблюдается гораздо более высокая приверженность к лечению. Важность этого аспекта была подтверждена в большом российском исследовании, получившем название СИМ1. Суть этого исследования заключалась в том, чтобы посмотреть эффективность терапии статинами у больных с гиперхолестеринемией с ишемической болезнью сердца или без таковой. Пациентам в поликлинике назначался один из самых доступных и проверенных препаратов – Симгал (симвастатин). Процент

препараты и с чем это связано? Адекватность информации. Больной испугался инструкции применения препарата – это довольно частая причина некомплаентности. Кто должен объяснить пациенту сущность инструкции? Конечно, врач. Следующая причина отказа от препарата – нет улучшения самочувствия и быстрого эффекта. И наоборот, стало лучше с холестерином, прекратил лечение. По сути больной говорит: «У меня нормальный холестерин, я закончил лечение». Кто должен объяснить пациенту, что это не так? Что терапия постоянная, длительная? Врач. Но есть первая тройка лидеров,

ПРОФИ И СИМ1: ПАРАДОКСЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ

и не было никаких оснований считать, что низкая эффективность – причина отказа от терапии этим препаратом. Что предопределяет высокую приверженность лечению? Во-первых, желание выздороветь, стремление к здоровью и вера пациента в возможности терапии, поэтому он идет на то, чтобы тратить деньги, покупать препараты и регулярно их принимать, покупать домашний тонометр по рекомендации врача. Второй фактор – это тяжесть заболевания. Страх, тревога человека за свою судьбу – такой пациент более привержен лечению. Неверно было бы утверждать, что стоимость лечения не играет никакой роли, конечно, играет. Однако наличие препарата в списке ДЛО не является независимым и определяющим фактором в приверженности к лечению. Врачу очень важно завоевать доверие пациента, убедить его в необходимости лечения. Роль врача – колоссальная. Это четко продемонстрировало наше исследование. Пациент должен быть хорошо информирован в отношении того, что происходит с ним, с

достижения целевого уровня общего холестерина – 54-57% и 54% – холестерина низкой плотности. Это очень хороший результат, потому что среднестатистическая российская популяция имеет процент достижения целевого уровня крайне низкий, в том числе при крайне малом назначении статинов вообще. Что еще следует отметить при анализе полученных результатов? То, что терапия Симгалом показала себя достаточно эффективной в абсолютно разных ситуациях. У молодых и пожилых пациентов, у мужчин и у женщин, у больных с гипертонией и без. Дальше мы анализировали, продолжают ли пациенты принимать Симгал. Через два месяца на терапии Симгалом осталось 80% больных, через три месяца – 57%, спустя полгода – 43%. Год спустя (это финальные данные исследования) продолжали принимать Симгал всего лишь 10% больных. Должен отметить, что эти цифры нельзя считать слишком плохими, потому что подчас отказ от терапии статинами наблюдается гораздо чаще. Почему бросают принимать

приводящих к некомплаентности. Это плохая переносимость, отсутствие препарата в системе ДЛО, дороговизна лекарства. Но самое удивительное – это прекращение приема препарата по решению врача. Меня это просто потрясло. Сам врач отменяет: мотивируя свое решение тем, что у пациента может развиться привыкание, могут возникнуть проблемы с печенью, с желудочно-кишечным трактом и т.п. И это делаем мы сами – врачи. Вообще, конечно, это требует отдельного разбирательства, и не в рамках нашего симпозиума. Итак, получается, что основная причина низкой приверженности лечению – более 65% случаев – низкий профессионализм врача, отсутствие должного внимания, контакта врача с больным. Необходимо не просто назначить нужное лекарство, но и проконтролировать, чтобы был результат, чтобы препараты достигли цели. Любое хорошее лекарство, Фелодип и Симгал в том числе, будет эффективно лишь при условии, что больной будет его принимать не время от времени, а длительно. 

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И КУРЕНИЕ: ИЗ ДВУХ ЗОЛ ВЫБИРАЕМ МЕНЬШЕЕ?



О.Н. Ткачева, д.м.н., профессор, МГМСУ

И в Европе, и России растет количество курящих женщин, и это вызывает большую тревогу. Начнем с того, что именно для женщин особенно характерно заблуждение, что легкие сигареты менее опасны для здоровья. На самом деле курение так называемых легких сигарет – ничуть не меньший фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Врачи обязательно должны объяснять это своим пациентам.

Есть одно очень известное и часто цитируемое исследование влияния курения на здоровье американских медсестер на протяжении 25 лет. При ежедневном выкуривании до 14 сигарет в день риск ИБС возрастает в 3 раза, а более 15 сигарет в день увеличивают риск уже в 5,5 раз. Даже у тех женщин, которые прежде курили, но бросили до начала исследования, этот риск был выше в 1,5 раза. Из этого можно сделать вывод, что и после прекращения курения сохраняется повреждающее действие никотина

на эндотелий сосудов. Несколько слов о курении и беременности. Есть данные, что прекращение курения во время беременности чревато развитием преэклампсии. Но гораздо больше исследований доказывают, что у тех, кто продолжает курить во время беременности, существенно выше риск выкидышей и рождения недоношенных детей с отставанием в весе и развитии. Впоследствии эти дети будут чаще страдать не только неврологическими нарушениями, но и артериальной гипертензией вследствие внутриутробного поражения эндотелия сосудов. Курение и беременность – две вещи несовместные. Беда в том, что нашим врачам достаточно редко удается убедить женщин, ждущих ребенка, в необходимости бросить курить. Хотя, на мой взгляд, тут любые аргументы хороши, в том числе и тот, что курящая женщина быстрее стареет из-за ускоренного снижения уровня эстрогенов. Рассмотрим типичную ситуацию, когда женщина курит и у нее развилась артериальная гипертензия. Какие антигипертензивные препараты наиболее целесообразно использовать? В первую очередь назовем группу антагонистов кальция. Их вазодилатирующие свойства в данном случае как нельзя кстати, поскольку курение вызывает спазм периферических сосудов, а никотин к тому же увеличивает содержание кальция в сосудистой стенке. Курение вызывает обструкцию легочной ткани, поэтому предпочтение следует отдавать антигипертензивным препаратам, как минимум не ухудшающим, а в идеале – улучшающим бронхиальную проходимость. И здесь антагонисты кальция на своем месте. Кроме того, очень важно, что препараты этой группы являются эндотелий-активными, ведь курение жестко

ассоциируется с дисфункцией эндотелия.

Также есть очень интересные данные экспериментальных исследований, что антагонисты кальция способны ослаблять центральные нейрогенные эффекты никотина, формирующие привязанность человека к курению.

Хотелось бы поделиться своим опытом применения современного антагониста кальция Фелодипа. Известно, что он отличается длительным периодом полувыведения и не кумулирует. Фелодип обладает высокой избирательностью именно в отношении мускулатуры артериол. Артериальное давление этот препарат нормализует за счет снижения периферического сопротивления. Мы назначали Фелодип курящим женщинам 25-45 лет с артериальной гипертензией и избыточной массой тела. Начинали с монотерапии (5-10 мг), при необходимости увеличивали дозировку и добавляли метаболически нейтральный диуретик индапамид. Исследование показало, что Фелодип не только обладает хорошим антигипертензивным эффектом, но и улучшает почечную гемодинамику, которая у курящих пациентов, как правило, нарушена в большей степени, чем у некурящих.



СТАТИНЫ И КУРЕНИЕ: КАК СПАСТИ СЕРДЦЕ КУРИЛЬЩИКА

Россия – мировой лидер по производству и потреблению табачных изделий и один из лидеров по количеству курящих детей, подростков и женщин. Ни для кого не секрет, что курение относится к числу самых опасных факторов ИБС, инфаркта миокарда. Однако долгое время считалось, что опасность сердечно-сосудистых осложнений становится реальной, если человек выкуривает более 10 сигарет в день. Современные исследования показывают, что это не так. Даже при употреблении менее 5 сигарет риск инфаркта возрастает на 40%. Но таких умеренных курильщиков в России мало, для большинства норма – пачка в день, а то и больше. При таких дозах риск развития инфаркта миокарда увеличивается в 4 раза. Если врач и пациент сообща добиваются прекращения курения и коррекции гиперлипидемии, риск инфаркта снижается на 70%! Это очень важный момент – курить бросать никогда не поздно. Часто задают вопрос: насколько быстро возникает положительный эффект после отказа от курения. В среднем для достоверного снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний достаточно прожить 5 лет без никотина. Для сравнения: чтобы

снизить риск развития онкологических заболеваний, вызываемых курением, необходимо 20 лет не курить.

Какие стратегии для борьбы с курением предлагают Европейскими рекомендациями? Есть так называемое «правило 5а», в переводе с английского это выглядит так: спроси, оцени, предложи, помоги и запланируй. Спроси, курит человек или нет, оцени, как велика его привязанность к курению, сколь выражена табачная зависимость. Но при любой степени зависимости необходимо предложить обязательно прекратить курить, помочь выбрать наиболее оптимальный современный метод борьбы с курением с учетом индивидуальных особенностей. И, наконец, запланировать следующий визит для оценки результатов.


Теперь хотелось бы затронуть такую актуальную тему: влияет ли курение на результаты терапии статинами? Да, влияет. Статины наиболее эффективны у людей, никогда не куривших, а также у тех, кто курил, но бросил. Но и действующим курильщикам прием статинов приносит большую пользу. Назначение статинов улучшает эндотелиальную функцию у курильщиков с нормальным уровнем холестерина – таков вывод очень интересного исследования, в котором пациентам среднего возраста (около 40 лет) давали аторвастатин, 40 мг. Выяснилось, что терапия аторвастатином оказывает существенный положительный эффект как на курильщиков, так и на некурящих, причем примерно в равной степени.

Мы проводили аналогичное исследование с участием больных ИБС, среди которых были как некурящие, так и выкуривающие 20 сигарет в день. Они получали 40 мг препарата Симгал. После завершения патента на ориги-



Н.М. Ахмеджанов, д.м.н., профессор,
Научно-исследовательский центр
профилактической медицины

нальный Симвастатин дженерик Симгал стал наиболее часто назначаемым статином в США. Он полностью соответствует оригинальному препарату по биоэквивалентности, а, главное они одинаково влияют как на холестерин липопротеидов низкой плотности, так и на липопротеиды высокой плотности. Нельзя сбрасывать со счетов и то, что в России Симгал остается одним из самых доступных статинов. В ближайшее время мы сможем доложить результаты исследования.

Так что же выбрать: отказ от курения или назначение статинов? Вопрос представляется не совсем корректным. Надо выбирать и то, и другое. И прекращение курения, и прием статинов приводят к улучшению функции эндотелия и снижают риск развития инфаркта миокарда. Но отказаться от курения очень трудно, и если это не удастся, тем более целесообразно пройти терапию статинами. 



ЭФФЕКТИВНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА




В.Ф. Мордовин, д.м.н., профессор,
НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск

Головной мозг – один из главных органов-мишеней при артериальной гипертонии. Цереброваскулярные осложнения во многом определяют судьбу больных, являясь важнейшими причинами стойкой утраты трудоспособности и летального исхода. Функциональные и структурные изменения внутримозговых артерий, возникающие у больных гипертонией при длительном течении заболевания, могут быть причиной разнообразных неврологических и психических расстройств, а также предрасполагать к развитию инсульта или переходящего нарушения мозгового кровообращения. Эффективная антигипертензивная терапия предотвращает развитие нарушений мозгового кровообращения. Необходимо отметить, что в некоторых случаях антигипертензивная терапия, вызывая чрезмерное снижение давления, может спровоцировать развитие ишемии головного мозга или усугубить ее, например, в острую фазу ишемического инсульта. В связи

с этим важно учитывать острые и хронические эффекты антигипертензивных препаратов на мозговое кровообращение. Существуют определенные различия в факторах развития атеротромботического (преимущественно ишемического) инсульта, с одной стороны, и геморрагического инсульта (кровоизлияния в мозг) и субарахноидального кровоизлияния, с другой стороны. Артериальная гипертензия, курение и злоупотребление алкоголем увеличивают риск развития всех трех типов инсульта. Таким образом, для предотвращения мозгового инсульта необходимо снижать повышенные уровни диастолического и в особенности систолического артериального давления, не допуская при этом повышения пульсового давления. Установлено, что антигипертензивная терапия примерно в одинаковой мере снижает риск как первого, так и повторного инсульта. Выбор средств, с помощью которых можно понизить артериальное давление, достаточно велик. Для этой цели используют препараты разных классов. Диуретики (гидрохлортиазид, индапамид, клопамид) усиливают выделительную функцию почек и помогают организму избавиться от избытка жидкости. Альфа-адреноблокаторы (празозин, доксазозин) и бета-адреноблокаторы (атенолол, пропранолол, надолол) снижают чувствительность нервных рецепторов к действию норадреналина. Такие препараты, как периндоприл, каптоприл, эналаприл, лозартан и валсартан тормозят действие ангиотензин-превращающего фермента, который вызывает повышение давления. Помогают при гипертонии также препараты центрального действия (клофелин, метилдопа) и антагонисты кальция (нифедипин, нимодипин, верапамил). Особый интерес представляют исследования влияния блокаторов

«медленных» кальциевых каналов не только на артериальное давление и состояние магистральных артерий, но и на мозговую кровоток. В частности, данные крупного исследования препарата Фелодип (фелодипин) показали, что при его приеме снижение уровней системного артериального давления сопровождается двумя очень важными церебральными эффектами: увеличением показателей мозгового кровотока и снижением степени выраженности перивентрикулярного отека головного мозга. Такое сочетание клинических, сосудистых и мозговых эффектов позволяет говорить об особом месте фелодипина в предотвращении инсультов у больных с артериальной гипертонией. Очень важно снижать артериальное давление постепенно, особенно пожилым людям с измененными сосудами.

Даже если давление стабилизировалось на целевом уровне, все равно не стоит отказываться от приема лекарств. В противном случае вновь могут появиться симптомы болезни, которые, казалось бы, уже отступили: головные и сердечные боли, головокружение. В результате из-за собственной беспечности можно потерять то, что достигнуто продолжительным курсом лечения. Осторожно уменьшать дозы или отменить один из комбинируемых препаратов можно только в том случае, если артериальное давление длительное время удерживается на оптимальном уровне при хорошем самочувствии. 



СИМ СИМВАСТАТИН
ГАЛ®

таблетки 10 мг, 20 мг, 40 мг

ДОВЕРИЕ ВРАЧА
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЛЕЧЕНИЮ

**Новая упаковка Симгал 84 таблетки –
уверенность врача и приверженность
пациента лечению**

♥ **три месяца терапии
по цене двух**

♥ **экономия времени и средств**

♥ **повышение приверженности лечению статинами**



За дополнительной информацией обращаться:

ООО «Галена Фарма», входит в Группу компаний Teva
119049, Москва, ул. Шаболовка, д.10, стр.2, бизнес-центр «Конкорд»
тел. +7 495 644-22-34, факс +7 495 644-22-35/36
E-mail: info@teva.ru, Интернет: www.teva.ru

TEVA