

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Серьезнейшей проблемой современной кардиологии является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Она является самой частой причиной смерти почти во всех развитых странах мира. О современных принципах терапии ИБС и мерах ее профилактики мы беседуем с руководителем отдела профилактической фармакотерапии Национального исследовательского центра профилактической медицины, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Юрьевичем Марцевичем.

– Сергей Юрьевич, как Вы оцениваете вклад ишемической болезни сердца (ИБС) в структуру заболеваемости и смертности в России и в общемировом масштабе?

– Эта чрезвычайно важная проблема обсуждалась на Европейском конгрессе кардиологов в Мюнхене (Германия) в августе этого года. Американский кардиолог Евгений Браунвальд сделал доклад о будущем кардиологии в ближайшие 10 лет, назвав важнейшим приоритетом проблему ИБС. Таким образом, даже на Западе, где достигли огромного прогресса в лечении и профилактике ИБС, этот вопрос значимости не теряет. В России он еще более актуален: это заболевание есть и еще долгое время будет находиться на первом месте по вкладу в смертность. Даже учитывая то, что за последнее время в РФ несколько снизились показатели смертности от ИБС, в абсолютных цифрах они все еще в несколько раз выше, чем в странах Запада. На второй план по показателям смертности вышли онкозаболевания, для борьбы с которыми делается очень много, но количество людей, умирающих от ИБС и онкозаболеваний, несопоставимо. Поэтому все, что связано с профилактикой, выявлением и лечением больных ИБС, крайне актуально.



Сергей Марцевич

– Как можно описать пациента с высоким риском развития сердечно-сосудистых событий? На основании каких критериев можно отнести пациента к этой категории?

– Необходимо различать пациентов с риском развития ИБС и с уже развившейся ИБС. Факторы риска развития этого заболевания хорошо известны: артериальная гипертензия (АГ), нарушение липидного обмена, курение, малоподвижный образ жизни и тому подобное.

Развившуюся ИБС также необходимо ранжировать по степени риска. Наша великая беда в том, что диагноз ИБС превратился в некий штамп – врачи плохо ориентируются в том, что больные ИБС очень сильно различаются между собой. Между тем различия огромны даже по смертности: от 1–2 до 20% в год, фактически это как при разных заболеваниях. Я всегда держу у себя на столе книгу «Дифференцированное лечение хронической ИБС», написанную 50 лет назад классиками нашей кардиологии Л.А. Мясниковым и В.А. Метелицей, моим учителем. Конечно, в то время и препараты, и способы диагностики были другие. Но уже тогда Л.А. Мясников и В.А. Метелица сформулировали принцип дифференцированного подхода к лечению. К сожалению, наметившаяся сегодня тенденция к стандартизации лечения больного ИБС выражается в примерно одинаковом

для всех обследовании, в лечении по шаблону. Практически всем пациентам с ИБС стали делать коронарографию, что совершенно не нужно. Если при коронарографии выявляют стенозы той или иной степени, то почти всем проводят стентирование, хотя более чем в половине случаев оно не нужно, а иногда и вредно. Я бы сказал, что стратификация риска больных ИБС – это важнейший этап, этим должен владеть каждый практический врач.

Критерии стратификации высокого риска таковы. Первый: тяжесть самой ИБС, то есть выраженность стенокардии, ее класс. Это достаточно банальная вещь, но о ней стали забывать. Класс стенокардии зачастую ставится абсолютно формально и бездумно, хотя он говорит о многом. Второй: наличие перенесенного инфаркта миокарда, в несколько раз ухудшающего прогноз болезни. Третий: наличие ХСН, еще более ухудшающей прогноз. Четвертый: наличие сопутствующих заболеваний – сахарного диабета и других некардиологических заболеваний, в значительной степени ухудшающих прогноз. Таким образом, лечение должно быть совершенно разным для больных с одним и тем же диагнозом, но с разным риском развития осложнений.

– Каковы особенности российской популяции пациентов в сравнении с данными международных регистров?

– Вопрос очень непростой. Ведение регистров у нас только внедряется. Наш центр одним из первых начал пропагандировать их и реально выполнять. Сейчас мы ведем регистры ИМ, ОКС и ХИБС. Правда, пока нет всеобъемлющих российских регистров, которые позволили бы напрямую сравнить наших больных с больными из западных регистров. Тем не менее выборочные данные позволяют сказать, что российский больной более тяжелый: у него чаще встречаются осложнения, ХСН, высокая коморбидность, плохой прогноз заболевания. Видимо, это

объясняется тем, что уровень первичной и вторичной профилактики, лекарственной и нелекарственной, не всегда высок. В наших регистрах мы также отслеживаем отдаленные показатели смертности, что не всегда делают даже на Западе. Наш центр единственный в России проводит исследования, касающиеся пяти- и семилетней выживаемости больных. Результаты исследований в городе Люберцы (Московская область) продемонстрировали, что отдаленный прогноз у больных, перенесших ИМ, очень тяжелый – через 3 года умирают почти 50% больных. Это реальная практика, к сожалению. Нам предстоит проделать огромный путь к повышению качества вторичной профилактики у больных, перенесших ИМ, в первую очередь – лекарственной.

– Каковы основные направления эволюции терапевтических подходов к ИБС? Какие перспективные направления терапии ИБС можно выделить?

– На прошедшем в Мюнхене конгрессе был представлен доклад, анализирующий шведский регистр больных ИБС, перенесших ИМ. По данным этого регистра, показатели смертности интенсивно снижались с 1995 по 2005 год, что было связано с активным внедрением новых терапевтических подходов конца XX века, таких как ангиопластика в остром периоде ОКС, статины, ингибиторы АПФ, тромболитики. А с 2005 года показатели смертности перестали снижаться, так как за последние 10 лет особых прорывов в терапии ИБС не произошло. Сейчас мы только ждем, когда появится что-то новое, и пытаемся использовать уже имеющиеся препараты в новом качестве. Однако в России проблема заключается в другом: нам пока очень трудно внедрить разработки рубежа XX – XXI веков, наши показатели далеки от западных. Все российские регистры демонстрируют, что терапия статинами и другими группами лекарственных препаратов

внедряется недостаточно. Я вижу задачу в том, чтобы ввести это в реальную практику, чтобы реализовать все написанное в наших клинических рекомендациях.

– Как Вы оцениваете роль антитромботической терапии в лечении ИБС? Каковы результаты основных исследований эффективности пероральных антикоагулянтов в терапии ИБС?

– Две большие группы препаратов – антиагреганты и антикоагулянты по-разному предотвращают тромбоз. Лет 30 назад ставился вопрос о широком применении антикоагулянтов, особенно у больных, перенесших ИМ. Когда я учился, не было даже варфарина, и антикоагулянты были достаточно примитивные, тем не менее нас учили назначать их после ИМ. Не могу сказать, насколько это было эффективно, так как крупные исследования тогда не проводились. С появлением антиагрегантов и соответствующих доказательных исследований ситуация сильно изменилась. И терапия антиагрегантами – сначала аспирином, а затем в сочетании с другими препаратами – стала стандартом, особенно в комбинации и после ОКС. Не так давно возродилась идея использования антикоагулянтов у больных ИБС, не имеющих фибрилляции предсердий (ФП). Появились новые оральные антикоагулянты. Особый интерес к ним возник после опубликования результатов крупного исследования COMPASS, одного из немногих, закончившихся положительным результатом. Сейчас многие исследования заканчиваются отрицательно: гипотеза, положенная в основу исследования, не подтверждается. Целью исследования COMPASS было проследить отдаленные исходы у больных ИБС с высоким риском развития осложнений, получающих в дополнение к основной терапии ривароксабан в небольшой дозе – 2,5 мг 2 раза в сутки. Было 3 группы – только антикоагулянт, вторая – только антиагрегант,

третья – комбинация ривароксабана и аспирина. Оценивались риск развития ИМ, других серьезных сердечно-сосудистых осложнений и смертность. Наилучший результат показала третья группа. Е. Браунвальд назвал результаты этого исследования одним из серьезных прорывов в антитромботической терапии. Пока еще идет дискуссия, как внедрить результаты этого исследования в реальную клиническую практику. Врача в первую очередь необходимо научить оценивать риск для каждого конкретного больного и понимать, в каком случае следует добавлять этот препарат к основной терапии. К сожалению, практические врачи пока плохо этим владеют. Требуются обучение врачей и, возможно, какие-то административные меры. Хотя это не всегда помогает. Например, врачей заставили ставить диагноз АГ с указанием риска – вроде бы благородная цель. Но на практике диагноз ставится формально и совершенно бездумно. Я боюсь, что и с ИБС может получиться так же. Когда врачи научатся правильно оценивать риск, тогда они четко увидят больных, которые могут получить пользу от добавления к терапии антикоагулянта, в частности ривароксабана, – ведь только для него сегодня имеется доказательная база.

– Существует ли проблема приверженности антитромботической терапии у пациентов с ИБС?

– Терапии привержены далеко не все. Многие досрочно прекращают применение двойной антиагрегантной терапии, иногда, к сожалению, это делается по инициативе врачей поликлиник. Врач не всегда назначает антикоагулянт в соответствии с инструкцией, а больной не всегда следует предписаниям врача. Здесь очень важно доверие пациента к врачу, а также то, насколько лекарство отвечает требованиям, которые больной предъявляет к терапии. Например, важна кратность применения. Современный антиагрегант тикагрелор принимается 2 раза в сутки,

что является его существенным недостатком. Исследование, в котором этот препарат применялся 2 года, четко показало, что на второй год приема очень многие больные отказались от него из-за неудобного режима применения, в связи с чем, возможно, это исследование дало отрицательный результат. Препараты с однократным приемом имеют явное преимущество, приверженность к ним в 3 раза выше. Среди антикоагулянтов преимуществом для больных с ИБС и ФП обладает ривароксабан, который принимают 1 раз в сутки. Если же он используется в малой дозе для больных с ИБС без ФП, то принимается 2 раза в сутки, что тоже может создать определенную проблему.

– Каково ваше мнение о роли ацетилсалициловой кислоты, двойной антиагрегантной терапии, продленной терапии в лечении ИБС?

– Вопрос сложный и не имеющий однозначного ответа. Я уже упоминал исследование с тикагрелором, при проведении которого надеялись, что этот сильный антиагрегант сможет заменить аспирин и будет использоваться в течение 2 лет. Однако исследование дало отрицательный результат. Предпочтение остается за классической годовой двойной антиагрегантной терапией, где базовый препарат – аспирин, а второй – либо клопидогрел, либо тикагрелор, либо прасугрел. Выбор второго препарата зависит от того, с каким больным мы имеем дело. Если у него было простое стентирование, не связанное с обострением ИБС, то в качестве второго препарата, как правило, используется клопидогрел, довольно старый и недорогой препарат. Если речь идет о больном, перенесшем ОКС и имевшем инвазивные вмешательства в острой фазе, то вторым препаратом назначают тикагрелор или прасугрел. Правда, оба препарата имеют определенные ограничения. Двукратный режим приема при длительной терапии может сыграть плохую роль. Сколько должна длиться антиагрегантная терапия? Если было стентирование, то все зависит от того, какой

стент использовался, если не было – от того, какой вид ИМ перенес больной. В среднем антиагрегантная терапия длится от 6 месяцев до одного года. Нужно ли продлевать ее до 2 лет? На сегодняшний день этот вопрос активно изучается, однозначного ответа пока нет.

– Существуют ли ограничения антикоагулянтной терапии при лечении ИБС у различных групп пациентов? Каковы ее дальнейшие перспективы?

– Исследование COMPASS показало, что комбинация ривароксабана и аспирина приводит к некоторому повышению риска кровотечений по сравнению с более простой терапией. Это вполне естественно, ведь антикоагулянт не может не повышать риск кровотечения, особенно когда он сочетается с антиагрегантом. Врач должен правильно оценить риск для больного, но при этом максимально предупредить возможность развития кровотечений, и современная медицина дает врачу такую возможность. В первую очередь нужно заниматься профилактикой кровотечений, а если они развиваются, то выявлять причину и грамотно справляться с ними. Например, на последнем конгрессе в Мюнхене рекомендовали в этом случае проводить у больного активный поиск онкологического заболевания. Как правило, кровотечения как осложнения ИБС предсказуемы, их можно предотвратить.

– Существуют ли нерешенные вопросы терапии ИБС? Каковы перспективы лечения пациентов?

– Я рекомендовал бы всем ознакомиться с докладом профессора Е. Браунвальда. Говоря о проблемах в терапии ИБС, которые нужно решить в ближайшие 10 лет, он выделил 3 основные. Во-первых, проблему улучшения диагностики ИБС. Здесь на первом плане стоит вопрос отказа от инвазивной диагностики ИБС, чего сейчас, к сожалению, мы не видим.

У нас есть неинвазивные методы диагностики, но коронарография остается «золотым стандартом». Профессор Е. Браунвальд, в свою очередь, видит вполне реальные перспективы использования современных неинвазивных методов с той же степенью точности. Эти методы весьма недешевы. Я не представляю, сколько будут стоить те методики, о которых он говорит. Вторую проблему он видит в улучшении предсказуемости развития ИБС. Не надо забывать о классических факторах риска, о которых мы говорили вначале, но к ним нужно добавить и оценку генетических факторов риска. Это сейчас активно обсуждается, но пока в клинической практике по определению генотипа человека невозможно предсказать развитие ИБС. Разработки есть, а в клинику конкретных рекомендаций пока никто не дает. Профессор Браунвальд считает, что это будет сделано уже в ближайшие 10 лет и предсказуемость ИБС значительно улучшится. И, наконец, третью проблему он видит в необходимости улучшения терапии атеросклероза, говоря о новых препаратах для гиполипидемической терапии, ингибиторах PCSK9 – препаратах эффективных, но не лишенных недостатков. Эти очень дорогие инъекционные препараты требуют введения 1–2 раза в месяц. Браунвальд считает реальной перспективой создания препарата с похожим механизмом действия, но который будет использоваться раз в полгода. Он называет конкретную молекулу, которая сейчас находится в разработке. Если такой препарат будет создан, его можно будет использовать и для ранней профилактики ИБС. Конечно, это очень заманчиво, но мне мало верится, что в ближайшие 10 лет мы получим этот препарат, хотя бы в клинической практике. Ингибиторы PCSK9 у нас уже есть, но эти препараты не всегда необходимы, они подходят для определенной категории больных, и проблем с их применением немало. Сейчас у нас неплохой набор классических

гиполипидемических препаратов, с помощью которого большинству больных можно подобрать терапию.

– Каковы, с Вашей точки зрения, основные проблемы первичной и вторичной профилактики ИБС? Каковы способы их решения?

– Как было сказано ранее, выявляемость ИБС и больных с высоким риском ее развития гораздо ниже желаемой. У нас есть центры здоровья, проводится диспансеризация – это благие начинания, но нужно понимать, насколько они действенны в реальности. В рамках нашего постоянно действующего проспективного регистра ОКС в Люберцах мы использовали довольно необычный прием. На всех больных заполняется специальная карта, в которой больные отвечают на разработанные нами вопросы, в частности: «Знаете ли вы, что в Люберецком районе Московской области существуют центры здоровья?». На этот вопрос положительно ответила только треть больных с уже развившимся ИМ, хотя задача этих центров – выявлять пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, то есть этих пациентов они не должны были пропустить. А пациентам, знавшим о существовании центра здоровья, задавался еще один вопрос: «Посещали ли вы этот центр здоровья?» В нашей выборке в 2015 году ни один больной не ответил положительно. Таким образом, центры здоровья сегодня не выполняют свои функции, о чем нужно честно говорить. Хотя еще раз подчеркну, что сама идея отличная. Я регулярно читаю лекции для врачей, которые занимаются профилактикой ИБС, и иногда после лекции не слышу от них никаких вопросов, что свидетельствует об отсутствии интереса у слушателей. Однако бывают исключения, изредка меня забрасывают вопросами. Это очень приятно. Надеюсь, таких примеров будет все больше.

Беседовали К.В. Кириллова, А.Н. Хитров, «Ремедиум»

