

**М.И. Лутай, д.м.н., профессор,**  
руководитель отдела атеросклероза  
и хронической ишемической  
болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии  
им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

# Ишемическая болезнь сердца:

**Улучшение прогноза и уменьшение клинических проявлений заболевания – важнейшие цели медикаментозной терапии хронической ишемической болезни сердца (ИБС).**

В настоящее время существует четкий алгоритм лечения таких пациентов в рамках доказательной медицины [7]. Положительное влияние на прогноз (класс I, уровень доказательности A) достоверно оказывают 4 группы лекарственных средств: антитромботические препараты (аспирин, при непереносимости – клопидогрель), статины, β-блокаторы (ББ) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Сочетание ИБС с артериальной гипертензией (АГ), сердечной недостаточностью, дисфункцией левого желудочка, сахарным диабетом (СД) 2 типа требует назначения ИАПФ. Перечисленные лекарственные препараты снижают риск коронарной смерти и инфаркта миокарда (ИМ) как минимум на треть, поэтому их необходимо назначать всем больным с установленным диагнозом ИБС при отсутствии противопоказаний. Помимо этого, с целью улучшения прогноза больным ИБС без специальных показаний для применения ИАПФ могут быть назначены рамиприл и периндоприл (класс IIa, уровень доказательности B). Симптоматическая терапия хронической ИБС включает органические нитраты короткого действия для купирования приступов стенокардии и три группы лекарственных средств (ББ, блокаторы кальциевых каналов и нитраты пролонгированного действия) для их профилактики.

В последние годы появился новый класс антиангинальных лекарственных средств – блокаторы f-каналов. Эта группа представлена пока единственным препаратом – ивабрадином. Фармакологическое действие ивабрадина связано с блокадой f-каналов синусового узла, за счет чего происходит снижение пейсмерной активности последнего и замедление частоты сердечных сокращений (ЧСС). В отличие от традиционных антиангинальных лекарственных средств ивабрадин не влияет на сосудистый тонус, включая коронарные артерии, возбудимость, проводимость и сократительную функцию миокарда. У больных ИБС с симптомами стенокардии и дисфункцией левого желудочка этот препарат оказывал положительное влияние на прогноз, включая снижение риска ИМ на 42%. Влияние на указанные показатели было наиболее значимым у больных с ЧСС в состоянии покоя >70 уд/мин (исследование BEAUTIFUL) [8].

В 2009 г. в Украине при спонсорской поддержке французской фармацевтической компании Servier было проведено исследование PULSAR (ePIdemiological evalUation of heart rate controL and treatment in stable coronary artery diSease AmbulatoRy patients).

**Цель исследования** – изучение клинических характеристик пациентов с различными формами хронической ИБС и анализ лекарственных назначений таким больным в условиях амбулаторной практики.

## Материал и методы

В исследовании участвовали 165 врачей поликлиник крупных городов, представляющих 16 регионов Украины (АР Крым – 7 врачей; Винница – 5; Днепропетровск – 27; Донецк – 28; Житомир – 2; Запорожье – 8; Киев – 17; Киевская

область – 3; Кировоград – 9; Луганск – 7; Львов – 12; Одесса – 6; Полтава – 7; Харьков – 21; Хмельницкий – 2; Черкассы – 4).

Каждому врачу предлагалось обследовать как минимум 10 пациентов с хронической ИБС и при необходимости внести коррективы в их терапию. Обязательным условием для получения достоверной статистической информации было неселективное включение в исследование подряд 10 больных с диагнозом ИБС, которые обратились к врачу-исследователю. Врач заполнял два опросника – эпидемиологический и клинический.

Эпидемиологический и клинический опросники включали следующие разделы:

1. Общая часть (ФИО, пол, возраст).
2. Диагноз.
3. Симптомы на момент обращения к врачу.
4. Клинико-анамнестический раздел.
5. Данные объективного исследования.
6. Проводимое медикаментозное лечение на момент осмотра с указанием названия и суточной дозы препаратов.
7. Медикаментозное лечение, назначенное врачом.
8. Рекомендованное хирургическое лечение.

Продолжительность исследования составила 3 мес. Общее количество участников составило 1875 больных ИБС (мужчины ~70%, женщины ~30%; средний возраст – 58 и 61 год соответственно). Статистической обработке были подвергнуты результаты 1875 анкет.

## Результаты и обсуждение

У подавляющего большинства пациентов в соответствии с Канадской классификацией была выявлена стенокардия (II и III ФК – соответственно у 44,7 и 51,6%). У 1173 больных наблюдались ангинозные приступы при физической активности, у 443 из них (около 38%) отмечались приступы стенокардии в покое.

Диагноз ИБС основывался на жалобах и анамнестических данных в 92,3% случаев. Положительная ЭКГ-проба с дозированной физической нагрузкой имела место у 78,4% больных, изменения на ЭКГ в покое – у 54,7%, ИМ в анамнезе – у 61,3% (рис. 1).

У 30,6% пациентов диагноз был подтвержден с помощью коронароангиографии. Таким образом, в исследование PULSAR вошли хорошо обследованные пациенты с верифицированным диагнозом. Трети больных была проведена коронарография и 20,4% – реваскуляризация миокарда (аортокоронарное шунтирование и стентирование). 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 PULSAR.

С какими сопутствующими заболеваниями у больных ИБС встречаются врачи на амбулаторном приеме в крупных городах Украины, можно судить из данных, представленных на рисунке 2. Красной чертой на рисунке дополнительно отмечена распространенность сопутствующих заболеваний по данным, полученным

в исследовании ЭСКУЛАП (А.Н. Пархоменко, 2008) у аналогичной категории больных ИБС. При сравнении результатов двух исследований существенные различия выявлены только в отношении распространенности таких сопутствующих заболеваний, как патология щитовидной железы и атеросклероз периферических артерий.

Следует отметить, что перечень препаратов, которые назначались в Украине больным хронической ИБС в рамках проводимого исследования, в целом соответствовал международным стандартам. В таблице представлены данные о назначении основных групп препаратов, влияющих на прогноз ИБС, до и в ходе исследовательского визита.

## Анти тромботическая терапия

Назначение анти тромботической терапии предупреждает развитие тромботических осложнений и является обязательным для всех больных стабильной стенокардией при отсутствии противопоказаний. Классический метаанализ 11 клинических исследований – Antithrombotic Trialists' Collaboration (ATC) – подтвердил 33% снижение частоты серьезных сосудистых осложнений (ИМ, инсульта, кардиальной смерти) у больных стабильной стенокардией при назначении аспирина (p<0,001). Аналогичные результаты наблюдались у пациентов, перенесших ИМ: прием аспирина уменьшал смертность и частоту повторного нефатального ИМ на 31%.

Анти тромботические препараты в соответствии с результатами исследования PULSAR получали 83,2% пациентов. В течение последних лет большинству больных ИБС в Украине традиционно назначается ацетилсалициловая кислота (аспирин). Настоящее исследование не было исключением – аспирин в дозе 75-150 мг/сут принимали 80,1% участников. Однако такой подход к назначению аспирина не должен быть формальным, он требует обязательной верификации диагноза ИБС и взвешенной оценки соотношения польза/риск от приема препарата.

Необходимо помнить, что количество побочных реакций, связанных с использованием ацетилсалициловой кислоты,



М.И. Лутай

включая желудочно-кишечные кровотечения, на два порядка выше, чем, к примеру, при назначении статинов. Это особенно актуально при назначении двойной (аспирин + клопидогрель) и тройной (аспирин + клопидогрель + варфарин) анти тромботической терапии. Прием аспирина сопровождается развитием серьезных желудочно-кишечных кровотечений в среднем в 1% случаев в год, двойной терапии – в 2-3%, а добавление варфарина увеличивает этот риск до 8-48% в зависимости от возраста пациента, предшествующего ИМ, наличия СД, инсульта, кровотечений в анамнезе, уровня креатинина, показателя гематокрита. Для сравнения: при назначении статинов абсолютный риск миопатии – наиболее грозной побочной реакции – составляет 0,01% в год.

## Гиполипидемическая терапия

По данным исследования PULSAR, статины назначались 61,5% больных ИБС. Такой высокий показатель назначения препаратов этой группы является неожиданностью даже для наиболее оптимистично настроенного кардиолога, работающего в Украине. Вызвал он удивление и у автора данной статьи, знающего реальное положение дел в практической кардиологии. Эти данные были необъяснимы даже с учетом того, что исследование проводилось только в крупных городах, где врачи более информированы о современных требованиях к ведению больных ИБС.

Пытаясь объяснить этот факт, мы провели анализ соответствия частоты назначения статинов (по данным исследования PULSAR) и количества препаратов,

Таблица. Исследование PULSAR: врачебные назначения препаратов, влияющих на прогноз больных хронической ИБС

	Количество анкет, n (%)	
	Проводимое лечение	Лечение, назначенное на исследовательском визите
<b>Анти тромботические препараты</b>		
Да	1560 (83,20)	1721 (91,79)
Нет	315 (16,80)	154 (8,21)
<b>Гиполипидемические препараты</b>		
Да	1153 (61,49)	1701 (90,72)
Нет	722 (38,51)	174 (9,28)
<b>β-Блокаторы</b>		
Да	1283 (68,43)	1426 (76,05)
Нет	592 (31,57)	449 (23,95)
<b>ИАПФ</b>		
Да	1306 (69,65)	1503 (80,16)
Нет	569 (30,35)	372 (19,84)
<b>Ивабрадин (Кораксан)</b>		
Да	112 (5,97)	755 (40,27)
Нет	1763 (94,03)	1120 (59,73)

# КОГО, ЧЕМ И КАК ЛЕЧАТ В УКРАИНЕ?

## По результатам исследования PULSAR

продаваемых в аптечной сети. Учитывались реальная потребность в статинотерапии для пациентов с зарегистрированным диагнозом ИБС (данные официальной статистики) и общая численность упаковок всех статинов, реализованных в Украине в течение одного года. Полученные результаты свидетельствуют, что количество проданных препаратов-статинов смогло бы при условии постоянной терапии удовлетворить только 1,2% пациентов. Для справки: по данным официальной статистики, в нашей стране хроническими формами ИБС страдает 22,6% взрослого населения, что составляет 8 544 983 больных (2008) и почти в 2 раза превышает международные показатели распространенности заболевания. Вероятно, это следствие неточной диагностики и гипердиагностики указанной патологии без соответствующей верификации. Но даже с учетом такого предположения имеющиеся данные свидетельствуют, что в лучшем случае статины регулярно принимали не более 2,4% больных ИБС.

Следует отметить, что в настоящей работе мы не учитывали больных СД и пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, которые также

нуждаются в назначении статинов. Значительные расхождения между данными анкетирования в исследовании PULSAR и реальной ситуацией, по-видимому, связаны с плохой приверженностью (compliance) пациентов к лечению статинами. Среди наиболее значимых факторов, определяющих недостаточную приверженность больных к лечению, особого внимания заслуживают такие:

- медицинские: врач назначает препарат, но не объясняет пациенту важность и необходимость его постоянного приема; зачастую отсутствует преемственность лечения, если больной наблюдается в нескольких медицинских учреждениях;
- экономические: статины — относительно дорогие препараты.

Существенное влияние на поведение больных оказывают средства массовой информации, которые нередко безответственно и непрофессионально высказывают негативное отношение к отечественной медицине. Вместе с тем проблема приверженности к лечению существует не только в нашей стране. Особенно она актуальна в отношении препаратов, которые не оказывают симптоматического действия (например, статинов), но для улучшения прогноза заболевания должны использоваться постоянно в течение длительного времени. Одним из возможных решений этой проблемы может быть контроль предписаний врача в условиях медицинского страхования, а также серьезная работа социальных и медицинских организаций по информированию врачей и пациентов.

По результатам исследования PULSAR в большинстве случаев использовались современные статины — препараты, продемонстрировавшие в международных исследованиях высокую эффективность и безопасность. Симвастатин назначался больным в 25,9% случаев, аторвастатин — в 52,8%. Однако в целом эффективность гипополипидемической терапии была явно недостаточной. Только у 23% больных уровень общего холестерина был ниже популяционного — 5,0 ммоль/л (рис. 3). Подавляющее большинство больных (77%) имели повышенный уровень общего холестерина (>5,0 ммоль/л), причем высокий даже для практически

здорового человека показатель (>6 ммоль/л) был зарегистрирован у 41,2% пациентов. Вместе с тем следует учитывать, что участники исследования — это больные хронической ИБС, в большинстве случаев — с дополнительными факторами риска серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Более 90% пациентов имели регулярные приступы стенокардии; 61,4% — перенесли ИМ; у 90% имела место сопутствующая АГ; у 32,3% — СД; у 22,2% — атеросклероз периферических артерий. Таким образом, в исследовании участвовали больные, которые однозначно нуждаются в коррекции липидного обмена и снижении уровня холестерина до целевых значений <4,5 ммоль/л.

Недостаточная эффективность гипополипидемической терапии в исследовании PULSAR, вероятно, связана не только с плохо контролируемым и нерегулярным приемом статинов, но и с использованием неадекватно низких доз лекарственных средств. Например, терапевтическая доза симвастатина составляет 20-40 мг/сут. Длительный прием именно таких доз препарата в многочисленных клинических исследованиях, включая наиболее крупные 4S и HPS, позволил снизить уровень холестерина на 30-40% и обеспечил уменьшение риска развития основных сердечно-сосудистых осложнений [10, 13]. В исследовании PULSAR средняя доза симвастатина составила 16,8 мг/сут, что, очевидно, недостаточно для наблюдаемых больных.

Рекомендуемые терапевтические дозы аторвастатина составляют от 10 до 80 мг/сут. Выбор дозы препарата определяется степенью снижения уровней общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности. Считается, что благоприятный прогностический эффект может быть достигнут только при условии длительного и постоянного приема лекарства и при снижении общего холестерина не менее чем на 30-45% от начального уровня [1].

Получены данные, свидетельствующие о пользе назначения высоких доз аторвастатина — 80 мг/сут. В частности, в одном из наиболее показательных и масштабных исследований TNT (Treating to New Targets) с участием более 10 тыс. больных хронической ИБС изучалось влияние на прогноз заболевания двух дозовых режимов аторвастатина — 10 и 80 мг/сут. Длительность наблюдения составила более 5 лет. Оценивали также безопасность терапии. Конечная точка исследования включала случаи коронарной смерти, нефатального ИМ, успешной реанимации, фатального и нефатального инсульта. Преимущество максимальной дозы препарата оказалось достоверным. Различия между группами больных, принимавших 10 и 80 мг аторвастатина, составили 22% [6].

Агрессивная гипополипидемическая терапия с использованием максимальной суточной дозы аторвастатина была более эффективной для предупреждения прогрессирования атеросклеротических изменений коронарных артерий по сравнению с «мягким» снижением уровней липидов с помощью правастатина (40 мг/сут) в исследовании REVERSAL [11]. Преимущество использования аторвастатина 80 мг/сут доказано у больных с острым коронарным синдромом, ИМ и нестабильной стенокардией в исследовании PROVE IT [4], в котором назначение

максимальной суточной дозы аторвастатина характеризовалось хорошей переносимостью и достаточной безопасностью. Данные метаанализа 49 исследований (С. Newman и соавт., 2006) свидетельствуют о сопоставимой частоте побочных реакций при использовании плацебо, 10 и 80 мг аторвастатина. Потребность в отмене терапии в связи с нежелательными явлениями, развившимися в ответ на назначение плацебо, 10 и 80 мг аторвастатина, возникла у 1,2; 2,4 и 1,8% больных соответственно.

По данным исследования PULSAR, средняя суточная доза аторвастатина составила 16,2 мг. Учитывая зарегистрированные показатели липидного обмена, такая доза не может считаться адекватной. Только в 2% случаев препарат рекомендовали принимать в дозе 40 мг. Максимальная доза аторвастатина вообще не назначалась.

### Контроль артериального давления у больных ИБС

Сочетание ИБС и АГ увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений в 2 раза, поэтому контроль артериального давления (АД) у таких больных приобретает особое значение, а рекомендованные целевые уровни АД (130/80-85 мм рт. ст.) — ниже общепопуляционных [7]. Сопутствующая АГ была выявлена у 90,6% участников исследования PULSAR. Это существенно превышает показатель распространенности АГ у больных ИБС (64,5%), полученный в популяционном исследовании И.М. Горбась и соавт. (2009) [2]. Наблюдаемые различия в вышеуказанных показателях можно объяснить тем, что, как правило, в поликлинику активно обращаются пациенты с более тяжелыми и выраженными клиническими симптомами. Например, повышение АД у больного стабильной стенокардией может послужить причиной его визита к врачу.

Несмотря на высокий процент назначения антигипертензивных лекарственных средств, включая ББ, ИАПФ, антагонисты кальция и другие препараты, по результатам исследования PULSAR 72,3% больных не достигают даже популяционных целевых значений АД. У половины пациентов (50,7%) систолическое АД превышает 160 мм рт. ст., а у 15,5% — 180 мм рт. ст.

### β-Блокаторы

В лечении хронической ИБС β-блокаторы занимают особое место. Они обеспечивают как улучшение прогноза, что доказано у больных, перенесших ИМ, так и повышение качества жизни за счет предупреждения/уменьшения клинической симптоматики [1, 3]. Вопрос об использовании ББ при ИБС непосредственно связан со значением ЧСС для такого больного, а также с возможностью медикаментозной коррекции этого показателя. ЧСС считается одной из важнейших детерминант потребности миокарда в кислороде. Снижение ЧСС сопровождается удлинением диастолы и, соответственно, периода перфузии миокарда, что имеет особое значение в условиях ишемии. Повышение ЧСС увеличивает риск острых коронарных событий, вероятно, в связи с механическим повреждением атеросклеротической бляшки. Учащенный пульс играет важную роль в развитии

Продолжение на стр. 16.

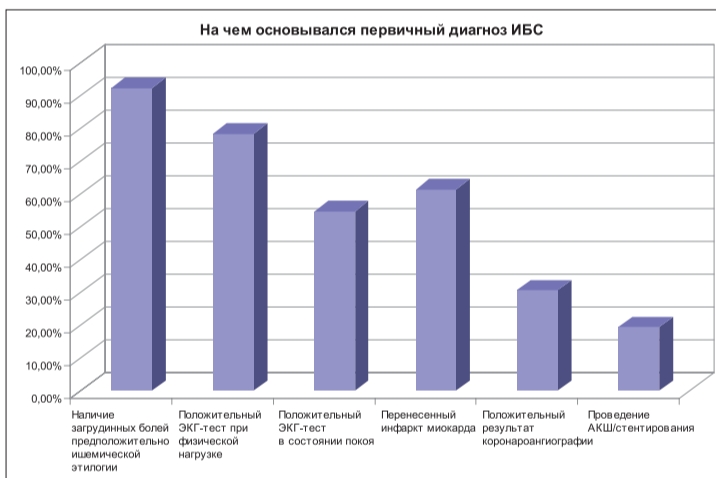


Рис. 1. Исследование PULSAR: на чем основывался первичный диагноз ИБС

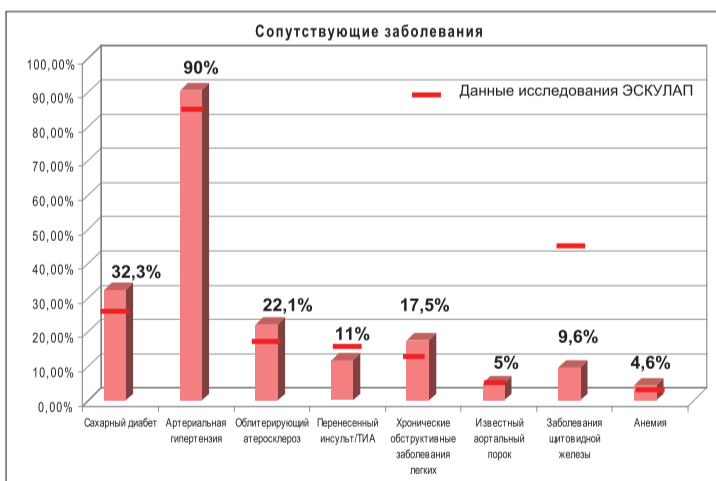


Рис. 2. Распространенность сопутствующих заболеваний у больных ИБС в исследованиях PULSAR и ЭСКУЛАП

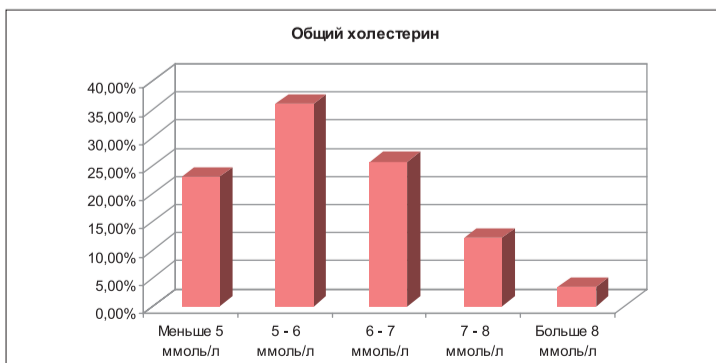


Рис. 3. Исследование PULSAR: исходный уровень общего холестерина у больных ИБС



## Ишемическая болезнь сердца:

## кого, чем и как лечат в Украине?

Продолжение. Начало на стр. 14.

## По результатам исследования PULSAR

и прогрессировании коронарного атеросклероза и провоцирует ишемические осложнения за счет повышения потребности в кислороде и снижения диастолической перфузии миокарда.

Контроль ЧСС является одним из важнейших условий успешной антиангинальной терапии, а сам показатель напрямую связан с долгосрочным прогнозом больных стабильной ИБС, что подтверждают клинические и популяционные исследования. Так, Diaz и соавт. определили, что относительный риск смерти больных стабильной ИБС возрастает на треть при ЧСС в покое >83 уд/мин по сравнению с лицами, у которых этот показатель <62 уд/мин. Результаты исследования не зависели от фракции выброса, степени поражения коронарных артерий, приема ББ. Исследование BEAUTIFUL подтвердило существенное влияние ЧСС на прогноз больных ИБС очень высокого риска — с дисфункцией левого желудочка и сохраняющимися приступами стенокардии, несмотря на проводимую терапию. При ЧСС >70 уд/мин риск кардиоваскулярной смерти таких пациентов повышался на 34%, а потребность в госпитализации по поводу фатального и нефатального ИМ — на 46%.

В специально спланированных исследованиях у больных, перенесших ИМ, то есть имеющих критически высокий уровень риска сердечно-сосудистых осложнений, фармакологическая коррекция ЧСС с использованием ББ сопровождалась улучшением прогноза и снижением коронарной смертности [9]. Поэтому в настоящее время эффективность терапии ББ у пациентов со стенокардией определяется отрицательным хронотропным эффектом препарата.

Современные международные и отечественные рекомендации по лечению ИБС предполагают обязательное титрование дозы ББ до оптимальной, которая определяется как доза препарата, вызывающая замедление ЧСС в покое до 55-60 уд/мин. Указанные критерии справедливы только для больных ИБС без выраженной дисфункции левого желудочка. При выраженной сердечной недостаточности повышение ЧСС

может компенсировать сниженный ударный объем сердца.

Интересно отметить, что на вопрос «Какой уровень ЧСС в покое Вы считаете оптимальным у больного со стабильной ИБС без дисфункции левого желудочка?» врачи, принимавшие участие в X конгрессе кардиологов Украины, ответили так, как это представлено на рисунке 4. Результаты исследования PULSAR свидетельствуют о широком использовании ББ у 68,4% обследованных больных. Наиболее часто назначаются бисопролол (46,6%) и метопролол (19,5%), то есть основные препараты этого класса, рекомендованные для лечения ИБС, в частности стенокардии. Однако эффективность терапии остается недостаточной: ЧСС >70 уд/мин в покое сохраняется у 3/4 больных; у 43,5% леченых пациентов регистрируется ЧСС >80 уд/мин (рис. 5).

Не исключено, что полученные показатели ЧСС были связаны с условиями, в которых производилось их измерение. Корректная 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 PULSAR средняя доза бисопролола составила 5,5 мг/сут. Несмотря на недостаточный хронотропный эффект, только 2% больных принимали препарат в дозе 10 мг/сут. Средняя доза метопролола, назначаемая в исследовании, была 52,5 мг/сут, что значительно ниже рекомендованных терапевтических дозировок. Дозу метопролола 100 мг/сут получали только 14,9% больных. В ряде случаев врач не может назначить ББ в адекватной дозе из-за развития побочных реакций (брадикардии, чрезмерной гипотензии, угнетения сократимости миокарда и т. д.). Однако нередко назначение недостаточных доз ББ вызвано не реальными побочными эффектами, а опасениями подобного воздействия, особенно в амбулаторных условиях.

Следует отметить достаточно активное внедрение в рамках исследования PULSAR в клиническую практику препарата ивабрадин из новой фармакологической группы ингибиторов f-каналов. До начала исследования препарат принимали около 6% больных-участников. В ходе исследовательского визита терапия изменялась. При этом наблюдались 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 стенокардией. Вторая — больше назначались лекарственные средства компании-спонсора, что вполне объяснимо. В частности, это касалось препарата ивабрадин. Во время исследовательского визита он был рекомендован 40,3% пациентов.

Следует отметить, что результаты масштабных контролируемых клинических исследований последних лет свидетельствуют о высокой антиангинальной эффективности и безопасности нового лекарственного средства. Учитывая материалы этих исследований, механизм действия нового класса препаратов, его влияние на ЧСС, ивабрадин может рассматриваться как один из основных антиангинальных средств при непереносимости или противопоказаниях к назначению ББ. Присоединение ивабрадина к монотерапии ББ позволяет повысить антиангинальный эффект и обеспечить лучший контроль ЧСС (исследования ASSOCIATE и BEAUTIFUL) [8, 12]. Данные о потенцировании антиангинального действия, хорошей переносимости и достаточной безопасности комбинированного назначения ББ и ивабрадина больным ИБС с приступами стенокардии послужили основанием для регистрации в сентябре 2009 г. в странах Евросоюза соответствующего дополнительного показания для препарата.

## Ограничения исследования PULSAR

В исследовании был проведен анализ качества медикаментозной терапии хронической ИБС, назначаемой в поликлиниках крупных городов Украины. Этот анализ не отражает состояния медицинской помощи по стране в целом. В исследовании не изучались причины выбора той или иной терапевтической тактики, не рассматривались вопросы эффективности и переносимости лечения в зависимости от тяжести больных, назначаемых препаратов, их комбинаций и дозовых режимов; не учитывалось влияние сопутствующей патологии и основных факторов риска.

В ходе исследования была сделана попытка оптимизации терапии. Во время исследовательского визита врачи корректировали лечение, что отразилось преимущественно на частоте назначения лекарственных препаратов. В результате частота назначения ББ увеличилась с 68,4 до 76,1%; антитромботических препаратов — с 83,2 до 91,8%; ИАПФ — с 69,7 до 80,2%; гипوليцидемических препаратов — с 61,5 до 90,7%. Следует признать, что ни выбор самих препаратов, ни рекомендуемые дозы, в частности ББ и гипوليцидемических средств, после проведенной коррекции практически не изменились.

## Выводы

Анализ врачебных назначений больным ИБС, проведенный в исследовании PULSAR, свидетельствует, что выбор основных групп лекарственных средств и самих препаратов, используемых в условиях поликлинической практики в крупных городах Украины, приближается к международным стандартам. Частота назначения антитромботических и гипوليцидемических средств,

ББ и ИАПФ — препаратов, улучшающих прогноз больных ИБС, — сопоставима с данными европейских реестров за последнее пятилетие. Вместе с тем эффективность терапии с учетом общепринятых критериев остается недостаточной. Несмотря на лечение, показатели холестерина и АД существенно превышают целевые уровни у большинства (>70%) участников исследования; у более половины больных отмечается стенокардия напряжения III ФК. У 43,5% пациентов, в том числе и принимающих ББ, ЧСС остается на уровне >80 уд/мин.

Представленные результаты свидетельствуют о необходимости более активного мониторинга перечисленных параметров и симптомов. Факторами, которые могли бы повысить эффективность терапии, учитывая результаты исследования PULSAR, следует признать применение адекватных доз лекарственных средств и повышение приверженности пациентов к лечению. Важными составляющими качественной медицинской помощи при ИБС остаются информированность врачей о современных методах терапии и создание условий для адекватного контроля ее эффективности, образовательные программы для больных, которые бы способствовали формированию ответственного отношения к врачебным рекомендациям и собственному здоровью.

Выражаем признательность всем врачам, принимавшим участие в исследовании PULSAR.

## Литература

1. Арон Д.М. Терапевтический каскад статинов. Consilium medicum, 2003 (экстривыпуск), 7-10.
2. Горбась І.М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика. Здоров'я України, 2009; 3/1: 34-35.
3. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство для практикующих врачей//М.: Литтерра. — 2004. — Т.4
4. Cannon C.P., Braunwald E., McCabe C.H. et al. Comparison of intensive and moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2004; 350.
5. 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, 24: 1601-1610.
6. 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; 368: 919-928.
7. ESC Guidelines for the Management of Stable Angina Pectoris. Eur Heart J, 2006; 27: 1341-1381.
8. 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 Advance Access, August 31, 2009, 1-9.
9. Freeman N., Cleland J., Young P. et al. Beta-blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. BMJ 1999; 318: 1730-1737.
10. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. Lancet, 2002; 360: 7-22.
11. 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; 291: 1071-1080.
12. 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 Advance Access January 9, 2009, 1-9.
13. 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, 344: 1383-1389.

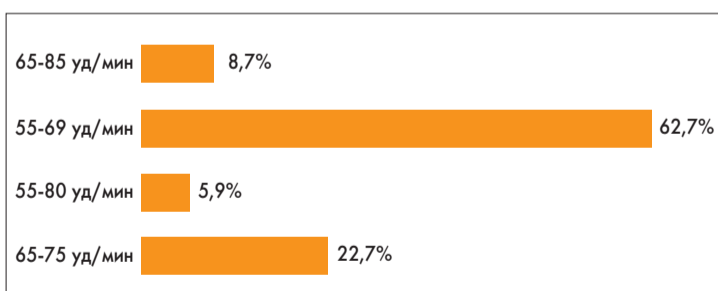


Рис. 4. Оптимальний рівень ЧСС у больних со стабільною ІБС без дисфункції лівого желудочка: мнение лікарів (дані дослідження ПРЕСТИЖ, 2009)

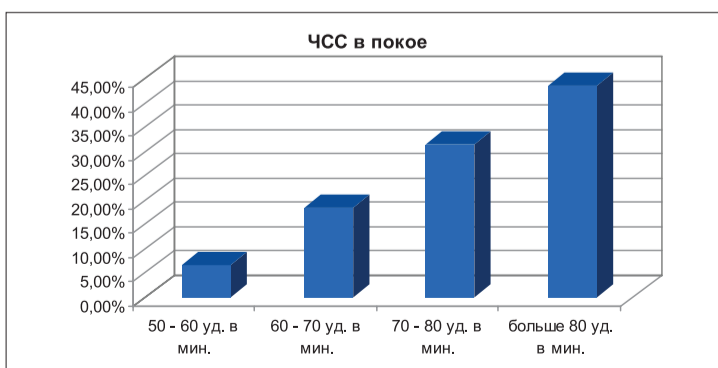


Рис. 5. Дослідження PULSAR: ЧСС в стані спокою у больних ІБС