

УДК 616.12-008.46-036.12-02:616.127-005.8-08-039.57 (045)

## **СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Соколов И.М., Карабалиева С.К.**

*ГОУ ВПО Саратовского ГМУ Росздрава*

*г. Саратов*

**Проблема хронической сердечной недостаточности остается актуальной в настоящее время, несмотря на достижения современной фармакотерапии. Одной из возможных причин сложившейся ситуации может быть недостаточное выполнение рекомендаций по лечению данной патологии. В работе проведен анализ лечения больных, страдающих ХСН, обусловленной перенесенным инфарктом миокарда, сопоставлены стандартные направления терапии ХСН с действиями амбулаторного звена в клинической практике. Полученные данные свидетельствуют о неполноценном лечении пациентов на амбулаторном этапе.**

Несмотря на несомненные успехи в организации помощи пациентам с острым инфарктом миокарда (ОИМ) как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах, смертность от хронической сердечной недостаточности (ХСН), развивающейся и прогрессирующей в постинфарктном периоде, остается серьезной неразрешенной проблемой. Рекомендации европейских и отечественных экспертов последних лет четко очерчивают круг лекарственных средств, относимых к стандартным для лечения ХСН. Вместе с тем в литературе неоднократно обращалось внимание на несоответствие между рекомендациями и выбором лекарственных препаратов в клинической практике [3]. По данным исследования «ЭПОХА-ХСН» лишь немногим более трети больных ХСН (37,2%) получают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), только 14% - бета-адреноблокаторы (БАБ) и диуретики. [1] Как известно особенностью эпидемиологии ХСН в России является ее ассоциированность с артериальной гипертензией, потому результаты ЭПОХА-ХСН отражают, прежде всего, качество ведения пациентов именно этой категории, не вычлняя случаи, связанные с острыми формами коронарной болезни сердца. В этой связи определенный интерес представляет анализ ведения больных, страдающих

ХСН, обусловленной перенесенным инфарктом миокарда, равно как и сопоставление стандартных направлений терапии ХСН, определяемых рекомендациями 2003 года [2], с действиями амбулаторного звена в клинической практике через несколько лет после выхода упомянутых рекомендаций.

Целью данной работы явилось изучение структуры терапии, получаемой пациентами ХСН в постинфарктном периоде на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами был проведен анализ 284 случаев госпитализации в отделение экстренной кардиологии клинической больницы №3 Саратовского медицинского университета пациентов с ХСН II-IV функционального классов (ФК) и перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе (1 – 5-летней давности), в возрасте от 37 до 80 лет (средний возраст –  $63,4 \pm 8,7$ ), обоого пола (мужчин – 68,1%, женщин – 31,9%), проходивших лечение в отделении экстренной кардиологии в период времени с ноября 2005 по март 2006г, с целью выяснения спектра лекарственных препаратов, получаемых данной группой пациентов в постинфарктном периоде. Среди пациентов тяжелой сопутствующей соматической патологии не отмечалось, в 17,3% случаев

в качестве фонового состояния выступал сахарный диабет 2 типа.

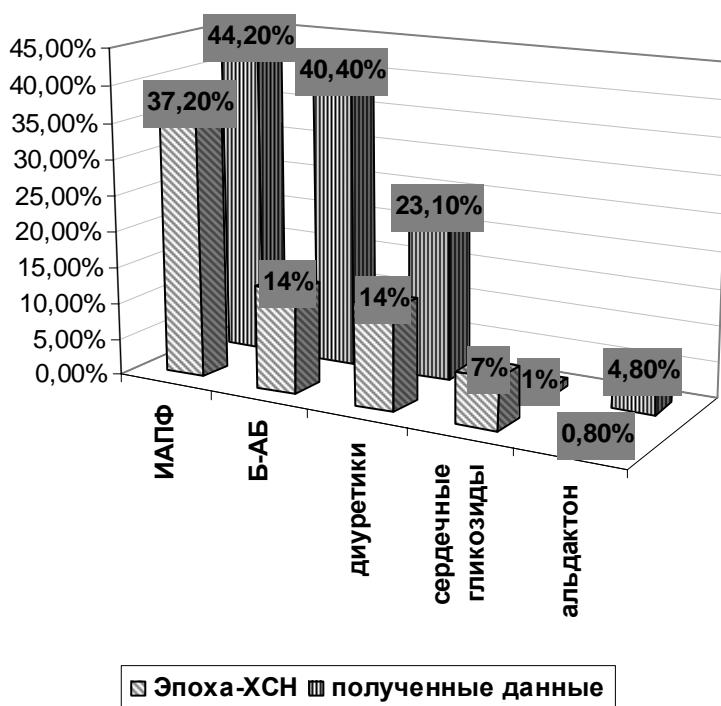
Все пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от ФК ХСН, причины госпитализации. Среди проанализированных случаев 45% относились к II ФК, 34% к III ФК, 21% к IV ФК. Поводом для госпитализации у 27,5% (n=78) больных явился острый инфаркт миокарда, у 51% (n=145) - нестабильная стенокардия, у 12,5% (n=36) - декомпенсация хрониче-

ской сердечной недостаточности и у 9% (n=25) - фибрилляция предсердий.

Результаты и их обсуждение.

При анализе терапии (диаграмма 1) поступивших пациентов оказалось, что ингибиторы АПФ получали 44,2%, бета-адреноблокаторы – 40,4%, диуретики – 23,1%, антагонисты альдостерона – 4,8%, сердечные гликозиды – 1%, аспирин – 66,7%, динитраты – 47,6%. Примерно 39% пациентов вообще ничем не лечились.

Диаграмма 1. Терапия больных с ХСН. Данные ЭПОХА-ХСН и собственного исследования.

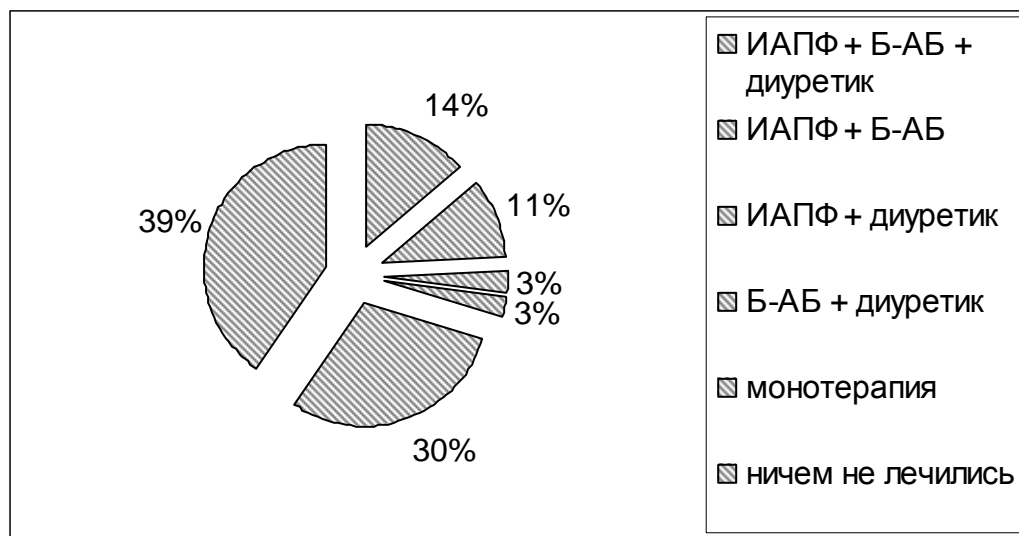


При сопоставлении с результатами исследования ЭПОХА-ХСН в целом констатирована схожесть тенденции использования различных лекарственных групп, вместе с тем нами отмечено несколько большая приверженность к назначению препаратов, относящихся к основной группе для лечения ХСН (ИАПФ, БАБ, диуретиков и антагонистов альдостерона).

При оценке получаемой терапии выявлено, что лечение осуществлялось как комбинацией препаратов, так и в виде мо-

нотерапии (диаграмма 2). Количество пациентов, получавших рекомендованную при ХСН комбинацию, состоящую из ингибиторов АПФ, БАБ и диуретиков не превышало 14%. Еще меньшее число больных (11%) получали комбинацию ингибитора АПФ и БАБ. По 3% пациентов получали ингибитор АПФ и диуретик или БАБ и диуретик. Почти треть (30%) получали только один препарат из «рекомендованных» для лечения ХСН.

Диаграмма 2. Терапия в постинфарктном периоде пациентов с ХСН. Данные собственно-го исследования.



Среди всех пациентов с ИБС ингибиторы АПФ получали 74,2%, причем среди назначений преобладал эналаприл (во всех случаях использовались генерики), в 3,2% случаев назначался фозиноприл, в 1,6% – периндоприл. Для сравнения, по данным исследования Эпоха-ХСН, наблюдалась следующая структура назначения этой группы препаратов: в 81,4% случаев это эналаприл (98,6% – генерики), в 15,8% – каптоприл (капотен), в 1,1% – периндоприл, в 1,3% – лизиноприл, в 0,4% – фозиноприл.

По данным ЭПОХА-ХСН БАБ принимаются при тяжелой ХСН в 20% случаев. Вместе с тем в абсолютном большинстве случаев назначения представлены лекарственными средствами, не имеющими доказательной своей эффективности при ХСН (пропранолол, атенолол и метопролол короткого действия). «Рекомендованные» БАБ (бисопролол, или конкор) по данным ЭПОХА-ХСН получают всего лишь 0,7% больных. Полученные нами данные в отношении применения рекомендованных для лечения ХСН БАБ не многим лучше: БАБ получали 67,7% пациентов, из них 40,5% принимали атенолол, 54,7% метопролола тартрат и только 4,8% пациентов – бисопролол.

Диуретиками лечились 38,7% пациентов, в большинстве случаев это были тиазидные и тиазидоподобные диуретики

(гипотиазид, индапамид) – в 97,2% случаев. В 2,8% случаев использовался фуросемид. Данные практически сопоставимы с общероссийскими (41,5% по результатам ЭПОХА-ХСН).

Только 8% пациентов принимали антагонисты альдостерона (спиронолактон). Частота приема этого препарата больными с ХСН в России (по данным ЭПОХА-ХСН) была также мизерной – всего 1,7% (в Европе согласно исследованию АТР Survey – 20,5%).

Сердечные гликозиды получали 2,6% пациентов. Для сравнения по России этот показатель составил 5,8%, в Европе – 35,7%.

Лишь 4,8% пациентов ИБС принимали статины (во всех случаях это генерики симвастатина). По данным исследования Эпоха-ХСН, из 10000 пациентов только одному был назначен статин (ловастатин в дозе 10 мг в сутки).

Среди пациентов, перенесших ОИМ в течение последнего года и имеющих признаки ХСН, наблюдалась следующая картина получаемой терапии:

БАБ (атенолол, метопролола тартрат) принимали 72% пациентов;

Ингибитор АПФ (в основном, эналаприл) – 80,8%

Спиронолактон – 12,8%

Диуретики – 51%

Статины (генерики симвастатина) – 10,6%

Ничем не лечились 16% пациентов

46,8% получали нитраты

70,2% получали ацетилсалициловую кислоту (АСК).

Итак, в течение первого года после развития ОИМ амбулаторная терапия в наибольшей степени совпадает со стандартной, в дальнейшем адекватность реализаций рекомендаций прогрессивно уменьшается.

При анализе спектра принимаемых препаратов среди пациентов, перенесших ИМ в течение предыдущего года, оказалось, что половина пациентов (50,1%) до госпитализации принимали один препарат, остальные – комбинированную терапию из двух препаратов и более:

Комбинацию из трех препаратов (ИАПФ + БАБ + диуретик), рекомендованных для лечения ХСН, получали только 22,6% пациентов.

Комбинацию из двух препаратов (ИАПФ + БАБ) – 17,7%.

Комбинацию из двух препаратов (ИАПФ + диуретик) – 4,8%.

Комбинацию из двух препаратов (БАБ + диуретик) – 4,8%.

Таким образом, пациенты, перенесшие ИМ в текущем году, лечатся лучше, нежели пациенты, страдавшие ОИМ в более отдаленном периоде

Учитывая различную степень выраженности проявлений хронической сердечной недостаточности у обследованных пациентов, нам показалось интересным выяснить, существует ли зависимость между тяжестью заболевания и адекватностью получаемой терапии. При анализе лечения в зависимости от функционального класса ХСН были получены следующие данные:

Среди пациентов с ХСН ФК II (всего 128 человек) ничем не лечились 60,9%, один препарат получали 21,3%, двумя препаратами (ИАПФ + БАБ) лечились 6,2% пациентов, комбинацию из трех препаратов (ИАПФ + БАБ + диуретик) получали 7% пациентов.

Среди пациентов с ХСН ФК III (всего 97 человек) ничем не лечились 35%, монотерапию получали 35,8%, комбина-

цию из двух препаратов (ИАПФ + Б-АБ) 9,7%, комбинацию из трех препаратов (ИАПФ + БАБ + диуретик) получали 13,4%.

Среди пациентов с ХСН ФК IV (всего 59 пациентов) ничем не лечились 5%, монотерапию получали 41,9%, комбинацией из двух препаратов (ИАПФ + БАБ) лечились 20,3% пациентов, комбинацию из трех препаратов (ИАПФ + Б-АБ + диуретик) получали 27% обследованных.

Всего обследовано 35 пациентов с декомпенсацией ХСН. Во всех случаях ХСН соответствовала высокому ФК (III-IV). В этой подгруппе отмечались следующие показатели:

6 пациентов (17%) получали нитраты,

4 пациента (11,4%) получали аспирин

12 человек (34,2%) получали эналаприл

8 человек получали атенолол, 3 – метопролола тартрат (31,4%)

2 пациента (5,7%) получали комбинацию эналаприла и дихлортиазида (Энап Н)

комбинацию эналаприла, атенолола и АСК получали 2 человека (5,7%)

эналаприл и АСК – 2 человека (5,7%)

метопролола тартрат и изосорбида динитрат – 3 человека (8,6%)

1 пациент получал эналаприл и эгиллок (2,8%)

5 человек – только эналаприл (14,2%)

5 человек – только метопролола тартрат (14,2%)

3 пациента – только изосорбида динитрат (8,6%)

12 пациентов ничем не лечились (34,2%)

Пациенты, госпитализированные по причине декомпенсации ХСН на 10% реже (по сравнению с больными ХСН, имеющими другие причины для поступления) получали ингибитор АПФ, на 13% – БАБ, на 17,6% – диуретик, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, статины не получал никто. 45,7% пациентов не получали лечения вообще или принимали только нитраты и/или АСК. Для сравнения:

процент не лечившихся пациентов с субкомпенсированной ХСН составил 40,4%.

Заключение. Сравнительно небольшой численный состав группы исследования вероятно не дает оснований на серьезные обобщения. В то же время определенные тенденции следует выделить:

40% больных ХСН с клиническими признаками ИБС и ОИМ в анамнезе медикаментозного лечения не получают.

Половина лечащихся (то есть 30% от общего числа) ограничиваются одним препаратом.

75% пациентов, получающих терапию, принимают ИАПФ (абсолютный лидер – эналаприл)

На долю «рекомендованных» для пациентов ХСН БАБ приходится менее 5%.

Антагонисты альдостерона крайне редко принимаются пациентами.

Амбулаторное лечение больных с декомпенсированной ХСН не может быть

признано адекватным ни по реализуемым направлениям, ни по выбору лекарственных средств внутри группы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – Эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН. От имени рабочей группы «Общества специалистов по сердечной недостаточности» // Журнал сердечная недостаточность. – 2003. - № 3. - с. 116 – 120

2. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003г

3. JGF Cleland et al. The EuroHeart Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Eur Heart J 2003; 24:442–463

The problem of chronic heart failure remains actual now, despite of achievements of modern pharmacotherapy. One of the probable reasons of a developed situation can be insufficient performance of recommendations on treatment of the heart failure. In work the analysis of treatment of the patients who has heart failure, carried out by the myocardial infarction, standard guideline of therapy heart failure are compared to actions of an out-patient clinical practice. The received data testify to defective treatment of patients at an out-patient stage.