

УДК: 616 - 005.4 + 616.12 + 616 - 08

# Лечение больных перенесших инфаркт миокарда. Современное состояние проблемы.

О.Н. Крючкова, И.Л. Кляритская, Е.А. Ицкова

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, Симферополь*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, омакор, лечение

**Б**ольные, перенесшие инфаркт миокарда представляют собой категорию пациентов высокого риска сердечно-сосудистых катастроф, в том числе внезапной смерти. [1,2,4,5] В настоящее время накоплен значительный опыт по оценке прогноза этих больных, а также сформированы международные рекомендации по мерам вторичной профилактики.

При оценке прогноза больных с постинфарктным кардиосклерозом уделяется особое внимание следующим прогностически неблагоприятным признакам: возраст, наличие стенокардии, предшествовавшей инфаркту миокарда, ЭКГ и Эхо КГ признаки постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), пол (отдаленный прогноз у женщин несколько хуже), артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение, признаки переднего инфаркта миокарда (ИМ), признаки сердечной недостаточности (СН), ранняя постинфарктная стенокардия, желудочковые нарушения ритма, высокая частота сердечных сокращений.

Все пациенты, перенесшие ИМ подлежат обязательным мерам вторичной профилактики, цель которой – снижение риска развития повторного инфаркта и внезапной смерти. При этом основными задачами являются:

- отказ от курения;
- соблюдение гипохолестеролипидемической диеты;
- адекватная физическая активность;
- индекс массы тела менее 25 кг/м<sup>2</sup>;
- АД менее 130/80 мм рт ст;
- ХС менее 4,5 ммоль/л (175 мг/дл),
- ХС ЛПНП менее 2,5 ммоль/л (100 мг/дл);
- контроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом.

Поставленные задачи решаются путем использования как немедикаментозных мер по модификации образа жизни, так и с применением лекарственных препаратов. При этом, одному и тому же пациенту необходимо, в обязательном порядке, с одной стороны объяснить влияние факторов риска на прогноз, и настаивать на их модификации, и с другой на-

строить пациента на регулярный, длительный прием медикаментозных препаратов, доказавших возможность улучшения прогноза.

Медикаментозные средства, влияющие на прогноз ИБС:

1. Дезагреганты – уменьшают вероятность формирования тромботического тромба, в результате чего снижается риск развития острых коронарных синдромов. Результаты 20 крупных контролируемых исследований с участием 35 тысяч больных показали эффективность использования аспирина для лечения больных ОИМ, в т.ч. при длительном его использовании. Терапия аспирином в дозе 75-100 мг позволяет уменьшить сердечно-сосудистые осложнения у 36 из каждой тысячи пациентов, перенесших ИМ. При неэффективности аспирина, или невозможности его использования должен быть назначен клопидогрель (плавикс), в дозе 75 мг/сут, доказавший в исследовании CAPRIE более значительное, по сравнению с аспирином, снижение (на 8,7%) частоты развития сердечно-сосудистой смертности и инфарк-

та миокарда. В исследовании CURE, впервые была доказана более высокая эффективность терапии с использованием двух дезагрегантов (аспирина и клопидогреля) у больных с ИМ без подъема сегмента ST. Согласно рекомендациям ACC/ANA 2002 применение клопидогреля (плавикса) в дозе 75 мг и аспирин в дозе 100 мг является наиболее эффективным, и должно рекомендоваться всем больным, перенесшим ИМ без подъема сегмента ST на протяжении 9 месяцев (по возможности 12) после ИМ. Несколько позже эффективность такой комбинации в ходе исследований CLARITY, TIMI-98 и COMPELL/CCS была доказана и для больных, перенесших ИМ с подъемом сегмента ST (на протяжении 1 месяца после перенесенного ИМ).

У больных, перенесших ИМ, при наличии противопоказаний к приему аспирина и клопидогреля, может быть рекомендован варфарин.

2. Бета-адреноблокаторы – рассматриваются как один из центральных подходов к лечению постинфарктных больных. Увеличение выживаемости этих пациентов на фоне терапии β-адреноблокаторами обусловлено рядом механизмов. Основными из них являются:

- ограничение зоны инфаркта
- улучшение геометрии рубца
- уменьшение жесткости миокарда
- улучшение глобальной и региональной систолической функции ЛЖ.

Длительное применение β-адреноблокаторов у постинфарктных больных дает возможность снизить общую смертность на 25-28%, вероятность внезапной смерти на 23-28%, повторного инфаркта миокарда на 24-26%. [1,3,4,5]

Согласно Рекомендациям Европейского Общества Кардиологов применение β-адреноблокаторов у постинфарктных больных должно быть «повсеместным и неопределенно долгим».

3. Ингибиторы АПФ – благоприятные эффекты, позволяющие улучшить прогноз у постинфарктных больных обусловлены:

- замедлением скорости прогрессирования атеросклероза и вероятности разрыва атеросклеротической бляшки за счет улучшения функции эндотелия, вазодилатации, подавления воспаления;
- уменьшением постнагрузки левого желудочка за счет снижения АД, уменьшения потребности миокарда в кислороде;
- предотвращением дилатации и постинфарктного ремоделирования левого желудочка, улучшением его систолической и диастолической функции.

В исследованиях HOPE (рамприл) и EUROPA (периндоприл) убедительно доказано снижение общей смертности, риска развития внезапной смерти и вероятности повторного инфаркта у этих пациентов, в связи с чем в настоящее время рамприл (хартил) и периндоприл (престариум) являются наиболее обоснованным выбором в лечении больных с постинфарктным кардиосклерозом.

4. Статины – благоприятное влияние этой группы препаратов на прогноз обусловлено как прямыми гиполлипидемическими эффектами, позволяющими снизить уровень атерогенных фракций липопротеидов, так и нелипидными (плейотропными) эффектами, позволяющими в совокупности уменьшить выраженность воспаления в эндотелии сосудов; замедлить рост, стабилизировать и уменьшить вероятность разрыва атеросклеротической бляшки. В связи с этим, в группах высокого риска, в т.ч. у больных, перенесших ИМ, сегодня статины рассматриваются, как обязательный компонент базисной терапии и должны быть рекомендованы пациенту не зависимо от исходного уровня холестерина. Наиболее изучеными представителями этого класса лекарственных препаратов, с наиболее весомой доказа-

тельной базой, являются аторвастатин (липримар, аторис) и симвастатин (зокор, вазилип). Целевой уровень липидов у больных ПИКС- ОХС < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл), ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

Таким образом, больным перенесшим ИМ, в обязательном порядке должна быть рекомендована длительная, комбинированная терапия с использованием β-адреноблокаторов, дезагрегантов, статинов, ингибиторов АПФ.

Тем не менее, не смотря на достигнутое значительное увеличение выживаемости постинфарктных больных на фоне такого лечения, вероятность кардиоваскулярных катастроф у них остается высокой. В течение многих лет ведутся поиски новых возможностей влияния на прогноз у больных с ПИКС, и сегодня появилась реальная перспектива, при использовании новой липидкорректирующей группы лекарственных препаратов – омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Убедительные доказательства того, что высокоочищенные омега-3-ПНЖК способствуют увеличению выживаемости больных, перенесших ИМ, были получены в ходе исследования GISSI-Prevenzione. Данное исследование является одним из крупнейших по вторичной профилактике ИБС. В него были включены 11324 пациентов с ПИКС, наблюдавшихся в 172 центрах. Было доказано, что на фоне лечения высокоочищенными омега-3-ПНЖК (Омакор) уровень общей смертности снижается на 45%, причем благоприятные эффекты проявили себя уже через 3 месяца от начала терапии. При этом омега-3-ПНЖК обладают не только липидокорректирующим, противовоспалительным, антиагрегантным действием, но и напрямую влияют на непосредственную причину внезапной смерти – электрическую нестабильность миокарда. Основой антиаритмогенного эффекта омега-3-ПНЖК является

взаимодействие с некоторыми трансмембранными каналами натрия, калия и кальция, увеличение порога фибрилляции миокарда желудочков, снижение вероятности возникновения фатальных аритмий.

Высокоочищенные омега-3 ПНЖК в дозе 1 г/сут, доступные для назначения в виде препарата ОМАКОР, в настоящее время включены в Европейские рекомендации по лечению инфаркта миокарда. Во вторичной профи

лактике ИБС они занимают особое место, т.к. в настоящее время это единственный класс лекарственных препаратов, оказывающих непосредственное влияние на патогенетический механизм развития внезапной смерти.

#### Литература

- 1.Багрий А.Э., Дядык А.П. Ишемическая болезнь сердца. Современные подходы к лечению. Донецк 2006. с. 38-42.
- 2.Серцево-судинні захворювання. Методичні рекомендації з діагностики та лікування. За р

едакцією проф. В.М. Коваленка та проф. М.І. Луцая. С. 182 – 209.

3.Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под общей редакцией Е.П. Чазова, Ю.Н. Беленкова. С. 261 -278.

4.Albert CM et al. Blood levels of long-chain n-3 fatty acids and the risk of sudden death. N Engl J Med 2002; 346; 1113-1118.

5.Christensen JH et al. Effect of fish oil on heart rate variability in survivors of myocardial infarction: a double blind randomized controlled trial. BMJ 1996; 312: 677-678.

### Лікування хворих, що перенесли інфаркт міокарду. Сучасний стан проблеми.

*О.Н. Крючкова, І.Л. Кляритська, О.А. Іцкова.*

У статті приведений огляд сучасних підходів по веденню пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарду, з використанням лікарських препаратів, що достовірно впливають на прогноз.

### Treatment of patients of carrying the heart attack of myocardium. Modern state of problem.

*O.N. Kryuchkova, I.L. Klyaritskaya, E.A. Itskova.*

The review of modern approaches on the conduct of patients carrying the heart attack of myocardium is resulted in the article, with the use of medicinal preparations for certain influencing on a prognosis.