

СТАРЫЙ ДРУГ ЛУЧШЕ НОВЫХ ДВУХ: БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ И ИХ РОЛЬ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА



Сегодня ишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему остается широко распространенным заболеванием и одной из основных причин смертности населения в развитых странах. В связи с этим проблема ИБС относится к числу важнейших медицинских проблем XXI века. В последние годы средний возраст впервые заболевших одним из самых грозных проявлений ИБС – инфарктом миокарда – существенно снизился. Болезнь все чаще поражает мужчин трудоспособного возраста от 35 лет. Какими инструментами для предотвращения повторной катастрофы и сохранения жизни пациента обладает современная медицинская наука?

Об этом мы беседуем с руководителем отдела профилактической фармакотерапии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава РФ, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Юрьевичем МАРЦЕВИЧЕМ.

– Сергей Юрьевич, насколько распространен инфаркт миокарда в настоящее время в Российской Федерации?

– Инфаркт миокарда является наиболее драматичным осложнением ишемической болезни сердца. Поэтому в первую очередь нужно говорить не об инфаркте как таковом, а об ИБС, которая распространена значительно больше. Эта болезнь социально значима: она стоит на первом месте среди причин смерти практически во всех странах. К сожалению, Россия занимает одно из первых мест по смертности от данного заболевания. Смертность от ИБС – это не только смертность от инфаркта. Умирают от разных форм ИБС: от хронической сердечной и от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Однако инфаркт занимает здесь вполне конкретную нишу как наиболее серьезное осложнение ИБС, потому что начинается внезапно. Самое печальное, что часть больных с острым инфарктом миокарда, или правильнее с острым коронарным синдромом, умирает в острую стадию болезни, т. е. не переносят ее. Какая именно часть – это вопрос сложный, потому что смертность в острую фазу во многом зависит от лечебного учреждения, от того, насколько тяжелый больной госпитализируется в это учреждение, но в среднем по стране порядка 15% больных с ОИМ умирают в острую стадию болезни.

– Какова же судьба тех больных, которые пережили острую стадию?

– К сожалению, пережив острую стадию, больной не гарантирован от того, что не умрет в ближайшие годы, и, по данным нескольких российских исследований, большая часть больных умирает в первый/второй/третий годы после перенесенного ОИМ. Задачи медицины, и кардиологии в частности, состоят в том, чтобы, во-первых, предупредить инфаркт миокарда (об этом пойдет речь дальше), во-вторых, если он произошел, то сделать все, чтобы человек выжил в острую стадию болезни и не попал в число тех 15%, которые ее не переживают, и третье, чтобы в отношении перенесшего ИМ человека были приняты

все необходимые меры, в основном это меры т. н. вторичной профилактики, что позволило бы ему жить максимально долго.

– Насколько выше риск развития инфаркта миокарда у пациентов с артериальной гипертензией?

– Дело в том, что инфаркт миокарда практически никогда не возникает у здоровых людей. Иногда, правда, создается видимость того, что инфаркт случился у здорового человека. Но это лишь означает очевидное: у него не было своевременно диагностировано заболевание. Здоровые люди не умирают от инфаркта. Умирают те, которые не жаловались, не знали, что у них есть артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина. Поскольку эти состояния часто протекают бессимптомно, люди не предъявляют каких-то жалоб. Умирают те, у которых уже есть основное заболевание (ИБС), либо те, которые имеют набор т. н. факторов риска ИБС. К факторам риска относятся артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина, курение, к сожалению, еще и возраст, ведь вероятность инфаркта с возрастом увеличивается, и ряд других факторов, менее значимых, но все-таки существенных, – это и сахарный диабет, и малоподвижный образ жизни.

– Насколько зависит вероятность развития инфаркта миокарда от пола больного?

– Пол влияет косвенно. Доказано, что у женщин ИМ, как правило, развивается на 8–10 лет позже, чем у мужчин. Может быть, именно этот факт отчасти определяет более низкую продолжительность жизни у мужчин, но на принципы лечения инфаркта пол в целом не влияет.

– Насколько ранняя диагностика АГ помогает предотвратить развитие ОИМ?

– Диагностика любого из названных факторов риска – и сахарного диабета, и повышенного уровня холестерина, и гипертензии – действительно позволяет предотвратить

развитие ОИМ, но самое главное – не надо сводить дело к одной гипертонии. Проблема комплексная. Доказано, что комплексное воздействие на все факторы риска – гипертонию, холестерин, повышенный вес, сахарный диабет – позволяет предотвратить развитие ИМ у большинства людей.

Инфаркт миокарда практически никогда не возникает у здоровых людей. Иногда, правда, создается видимость того, что инфаркт случился у здорового человека. Но это лишь означает очевидное: у него не было своевременно диагностировано заболевание. Здоровые люди не умирают от инфаркта

– Какими же эффективными средствами, помимо борьбы с факторами риска, располагает современная медицина?

– Здесь нужно сказать о лекарственных препаратах. Очень высокие показатели смертности от инфаркта миокарда фиксировали еще классики советской медицины, например А.Л. Мясников. В своих трудах в 1950–60-е гг. он отмечал, что смертность в остром периоде ИМ достигала 50%, т. е. умирал каждый второй. Конечно, при таких показателях смертности предпринимались вполне естественные попытки ее снизить. Шел упорный поиск лекарственных препаратов, которые смогли бы уменьшить количество смертей от инфаркта, в первую очередь в острой стадии. Первыми препаратами, доказавшими свою способность улучшать прогноз жизни больных с ОИМ, оказались бета-блокаторы – препараты, изобретенные в конце 1950-х гг. Одним из их создателей был известный шотландский фармаколог Джеймс Уайт Блэк, который впоследствии в числе других авторов получил за это Нобелевскую премию. В то время препараты внедрялись достаточно быстро, и в середине 1960-х – начале 1970-х гг. бета-блокаторы были введены в практику лечения ОИМ. По времени это совпало с рождением науки, которая называется «доказательная медицина». Именно бета-блокаторы стали первыми или одними из первых препаратов, в отношении которых было четко, аргументированно, на основе реальных цифр и реальных научных данных доказано, что они действительно снижают смертность. В период с конца 1960-х до начала 1980-х годов был проведен целый ряд исследований, подтвердивших, что внедрение в практику бета-блокаторов, начиная с острой стадии и заканчивая отдаленной стадией, способно существенно снизить показатели смертности и улучшить прогноз жизни больных. И это был принципиально новый факт.

– Какой именно препарат из группы бета-блокаторов влияет на прогноз острого инфаркта миокарда?

Бета-блокаторы – это большая группа, в которую входит около 15 разных препаратов. Необходимо подчеркнуть, что этот класс неоднороден. Есть бета-блокаторы, различающиеся по дополнительным свойствам, по другим характеристикам, и, что особенно важно, не для

всех бета-блокаторов существует доказательство того, что они способны влиять на прогноз заболевания. Препаратов, для которых доказана такая возможность, немного. Это в первую очередь пропранолол – один из первых бета-блокаторов, который сейчас уже практически не используется, поскольку не очень удобен в применении. И второй бета-блокатор, который доказал свою роль, – это метопролол. Причем, забегая вперед, скажу, что метопролол выпускается в виде нескольких солей и в нескольких лекарственных формах. Существует классический метопролола тартрат, препарат непродленного действия, который принимают 2 раза в день. Собственно, он и был первым препаратом метопролола, и именно с ним проводились крупные исследования, доказавшие его роль в снижении смертности. Оригинальным препаратом метопролола был Беталок, у которого вскоре появились копии (дженерики), одной из них стал Эгилок компании Эгис.

– Насколько в данном случае копия соответствует оригиналу?

– Для Эгилока тартрата несколько десятилетий назад было проведено исследование биоэквивалентности. Это исследование показало, что оригинальный метопролол Беталок и дженерик метопролола Эгилок полностью идентичны по своим характеристикам, т. е. метопролола тартрат в виде Эгилока можно использовать как замену оригинального препарата. Это очень важно в медицине, потому что дженерики обладают весьма существенным практическим преимуществом – они намного дешевле оригинала.

– Какие основные международные и российские исследования подтверждают эффективность метопролола?

– В основном исследования проводились за рубежом. Особенно значимо то, что это были исследования с длительным наблюдением, доказавшие, что метопролол снижает показатели смертности не только в острой стадии, но и в отдаленном периоде инфаркта миокарда. Можно сказать, что метопролол – это социально значимый препарат, поскольку он влияет на показатели смертности от тяжелейшего заболевания и его последствий.

Именно бета-блокаторы стали первыми или одними из первых препаратов, в отношении которых было четко, аргументированно, на основе реальных цифр и реальных научных данных доказано, что они действительно снижают смертность

– Все ли бета-блокаторы одинаковы и все ли их можно назначать для лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда?

– Доказательная база имеется только для трех бета-блокаторов: для пропранолола, метопролола тартрата, к которому относится Эгилок, и еще для одного препарата – карведилола, который тоже доказал способность

повышать выживаемость больных, перенесших ИМ. Наличие большого количества бета-блокаторов дает врачу повод заменять один препарат другим и назначать не обязательно те препараты, о которых я сказал. Мы проводили специальное исследование с целью выяснить, какие препараты в реальной практике назначаются больным, перенесшим ОИМ. Еще раз повторяю: в этой ситуации место только трем препаратам – пропранололу, метопрололу тартрату и карведилолу. Но практика показывает, что обычно назначают другие препараты, среди которых однозначно лидирует бисопролол. Это очень хороший препарат, но в этой ситуации он неуместен.

Препарат метопролола тартрат, к которому относится и Эгилок, – это средство, имеющее до сих пор самые твердые доказательства способности улучшать отдаленный исход у больных, перенесших инфаркт миокарда

Доказательная медицина – вещь достаточно конкретная и упрямая. Она гласит, что надо использовать тот препарат, который в данной конкретной ситуации доказал свою эффективность, и ни в коем случае не переносить данные одного исследования на другую популяцию больных. Так вот, говоря о бисопрололе, можно утверждать, что не было выполнено ни одного исследования с этим препаратом у больных, перенесших ИМ. Из этого следует принципиальный вывод: этому препарату нет места в терапии больного, перенесшего ИМ. Более того, я скажу банальную вещь: в официальной инструкции, утвержденной Минздравом (а также в инструкциях к этому препарату во всех странах, в т. ч. и в США), у бисопролола нет показания «перенесенный инфаркт миокарда». Поэтому, назначая бисопролол больному, перенесшему инфаркт миокарда, врач фактически выходит за рамки своих полномочий. Есть такой термин – «off-label»-назначение, т. е. назначение не по утвержденным показаниям. Нельзя назначать препарат тогда, когда нет для него показания. К сожалению, у нас в России за это не наказывают, а если наказывают, то не очень строго. Возвращаясь к проблеме выбора бета-блокатора, скажу, что это вопрос принципиальный, вопрос сохранения жизни, потому что рассчитывать на снижение смертности можно, используя только те препараты, которые действительно показали это снижение. Если с теми или иными бета-блокаторами таких исследований проведено не было, значит, нельзя назначать их после перенесенного ИМ. И как это ни странно, старый, а вернее, не очень новый препарат метопролола тартрат, к которому относится и Эгилок, – это средство, имеющее до сих пор самые твердые доказательства способности улучшать отдаленный исход у больных, перенесших инфаркт миокарда.

– Есть ли особенности применения бета-блокаторов у пожилых людей?

– Если есть показания к назначению бета-блокатора, он должен применяться у человека любого возраста.

Здесь возникает только один вопрос – у пожилых больных, как правило, более высока т. н. коморбидность, т. е. больше сопутствующих заболеваний. Для бета-блокаторов характерно то, что у них довольно много противопоказаний к применению. Естественно, с возрастом количество сопутствующих заболеваний будет увеличиваться, соответственно, будет увеличиваться и количество противопоказаний к назначению бета-блокаторов. Однако метопролол как селективный бета-блокатор обладает определенными преимуществами, действуя в основном на сердечную мышцу. А значит, у него будет меньше противопоказаний.

– Существуют ли какие-либо особенности назначения бета-блокаторов пожилым пациентам, перенесшим инфаркт миокарда?

– Принципы лечения будут те же, нужно также учитывать сопутствующие заболевания: диабет, сердечную недостаточность, гипертонию, несердечные заболевания, такие как бронхиальная астма, легочные заболевания. Иногда они ограничивают назначение бета-блокаторов, редко – делают его невозможным, например тяжелая бронхиальная астма. Правило гласит, что врач должен прилагать все усилия, чтобы бета-блокаторы, естественно, если это не в ущерб безопасности, были назначены независимо от возраста больного.

Бета-блокаторы должны получать все пациенты, перенесшие ИМ, в первую очередь наиболее тяжелые больные с т. н. инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Лечение бета-блокаторами должно проводиться достаточно длительное время

– В заключение несколько слов о перспективах применения бета-блокаторов.

– Медицина развивается, совершенствуется, выпускаются новые препараты, меняются методы лечения ОИМ, появляется возможность более активных вмешательств в острую стадию ИМ: проведение ангиопластики, установка стентов. Возникает вопрос – не уменьшится ли роль бета-блокаторов с появлением новых средств для лечения ИМ. Но сегодня ответ на это вопрос однозначен: бета-блокаторы должны получать все пациенты, перенесшие ИМ, в первую очередь наиболее тяжелые больные с т. н. инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Лечение бета-блокаторами должно проводиться достаточно длительное время. Сколько конкретно – это дискуссионный вопрос, но очевидно, что не менее двух-трех лет. То есть столько, сколько продолжались исследования, отслеживавшие отдаленные результаты выживаемости больных, которых лечили бета-адреноблокаторами. Подводя итог, подчеркну, что бета-блокаторы – это классические препараты для вторичной профилактики, улучшающие прогноз жизни больных, которые уже перенесли ИМ.



Беседовала Ксения Кириллова