**Роль поддерживающей терапии в лечении последствий острого инфаркта миокарда и его осложнений**

Ежегодно в России регистрируется более полумиллиона эпизодов острого коронарного синдрома [[1]](#endnote-1). Таким пациентам назначается поддерживающая терапия, важное место в которой занимает двойная антитромбоцитарная терапия: сочетание ацетилсалициловой кислоты и ингибитора P2Y12 (прасугрела, тикагрелора или клопидогрела), длительностью 12 месяцев [[2]](#endnote-2).

Между тем, по данным клинических исследований, 46,2% пациентов прерывают прием блокатора P2Y12 рецепторов более чем на 5 дней, а 21,1% полностью прекращают прием препарата раньше времени[[3]](#endnote-3). В реальности ситуация еще хуже, чем в исследованиях: по данным регистра MINAP-GPRD спустя год после эпизода острого коронарного синдрома назначений врача придерживаются лишь 54% пациентов [[4]](#endnote-4).

При этом двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТ) крайне важна не только для профилактики тромбоза стента – одного из самых опасных осложнений стентирования [[5]](#endnote-5) – но и для снижения риска спонтанного инфаркта миокарда, летальность при котором составляет 15% [[6]](#endnote-6). Риск повторного инфаркта миокарда у пациентов, применяющих только ацетилсалициловую кислоту, в первый год после острого коронарного события составляет 5 – 7% [[7]](#endnote-7) [[8]](#endnote-8), в последующие годы 2 – 5% [[9]](#endnote-9). Добавление же ингибитора P2Y12 снижает абсолютный риск повторного инфаркта на 2% [[10]](#endnote-10), то есть почти наполовину, если говорить об относительных значениях.

По мнению экспертов, на текущем этапе развития медицины это единственный способ максимально защитить пациента от рецидива интракоронарного тромбообразования [[11]](#endnote-11). Доказано, что применение ДАТ более полугода на 25% снижает частоту объединенных неблагоприятных событий (смерть от любой причины, инсульт или повторный инфаркт) по сравнению с ДАТ, продолжавшейся менее 6 месяцев [[12]](#endnote-12). У пациентов, которым были имплантированы коронарные стенты, прекращение приема клопидогрела увеличивало абсолютный риск летального исхода в 2.4 раза[[13]](#endnote-13), причем этот риск не зависел от того, использовались ли стенты с покрытием или без покрытия [[14]](#endnote-14).

Проблема в том, что большинству пациентов действительно трудно сохранять приверженность назначенному лечению. Ведь согласно рекомендациям европейских экспертов, поддерживающая терапия включает в себя минимум четыре группы препаратов: сочетание аспирина и ингибитора P2Y12, липидснижающую терапию (статины достоверно снижают риск сердечно-сосудистях событий[[15]](#endnote-15)), ингибиторы АПФ[[16]](#endnote-16), бета-блокаторы (позволяют снизить общую смертность[[17]](#endnote-17) и риск сердечно-сосудистых событий в целом[[18]](#endnote-18)). Если добавить к этому необходимость коррекции артериальной гипертензии[[19]](#endnote-19), зачастую требующую несколько лекарственных средств, ингибиторы протонной помпы для пациентов с повышенным риском геморрагических осложнений[[20]](#endnote-20), средства для лечения других общесоматических заболеваний, которым страдают пожилые люди, получается, что пациенты вынуждены, образно говоря, принимать таблетки горстями.

Чтобы повысить приверженность пациента к терапии, кроме работы с мотивацией – объяснение необходимости приема препаратов и неблагоприятных последствий прекращения лечения – рекомендуется выбирать средства, от приема которых пациенты отказываются реже и, по возможности, отдавать предпочтение фиксированным комбинациям препаратов.

Так, выбирая между ингибиторами P2Y12, разумно учитывать не только то, что клопидогрел, по мнению европейских экспертов, препарат выбора для пациентов, перенесших тромболитическую терапию [[21]](#endnote-21), но и то, что приверженность к этому препарату на практике оказывается достоверно выше, в сравнении как с тикагрелором [[22]](#endnote-22), так и с прасугрелом [[23]](#endnote-23).

Кроме того, клопидогрел можно назначать в виде фиксированной комбинации с аспирином. Это упрощает схему лечения и повышает приверженность пациентов к ДАТ. Исследования показывают, что уже через месяц среди пациентов, получающих комбинированный препарат аспирина и клопидогрела, отказавшихся от двойной антитромбоцитарной терапии намного меньше, чем в группе, которая получала эти препараты в виде отдельных лекарственных средств: 7% против 17%[[24]](#endnote-24).

«Сложно переоценить значение приверженности терапии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо образовательной работы, направленной на разъяснение важности соблюдений рекомендаций врача, необходимо обеспечивать доступность качественных лекарственных средств. - говорит Ольга Широкова, руководитель бизнес-подразделения основных рецептурных препаратов компании Санофи. – Заботясь о российских пациентах, в 2017 году мы запустили программу лояльности «Пульс Здоровья», позволяющую покупать наши препараты со скидкой и получать информационные материалы о здоровье. А в 2018 году мы снизили цены на некоторые наши препараты. Так, снижение цены на Плавикс достигла 60%.»

Кроме медикаментозной терапии, пациентам рекомендуется изменить образ жизни: по возможности нормализовать вес, увеличить физическую активность, придерживаться здоровой диеты и отказаться от курения. Физические упражнения, подобранные с учетом физических возможностей, снижают уровень смертности у пациентов с ИБС на 22% [[25]](#endnote-25).

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что поддерживающая терапия после перенесенного острого инфаркта миокарда позволяет снизить смертность, уменьшить вероятность сердечно-сосудистых событий и увеличить продолжительность жизни. При этом очень важно, чтобы пациент сохранил приверженность рекомендованному лечению в течение всего курса. Чтобы пациенты не прекращали терапию преждевременно, рекомендуется назначать препараты в виде фиксированных комбинаций, что упрощает схему лечения и повышает приверженность больных к назначенной терапии.

1. Н.Б.Перепеч. Острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, лечение, реабилитация (часть 1). Кардиосоматика. 2016 [↑](#endnote-ref-1)
2. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation [↑](#endnote-ref-2)
3. The Clopidogrel instable angina to prevent reccurent events trial investigators. Effects of Clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med, 2001 [↑](#endnote-ref-3)
4. Boggon R, van Staa TP, Timmis A et al. Clopidogrel discontinuation after acute coronary syndromes:

frequency, predictors and associations with death and myocardial infarction — a hospital registryprimary care cohort (MINAP-GPRD) [↑](#endnote-ref-4)
5. Guerra E, Ndrepepa G, Schulz S, Byrne R, Hoppmann P, Kufner S, Ibrahim T, Tada T, Schunkert H, Laugwitz KL, Kastrati A. Impact of inhospital stent thrombosis and cerebrovascular accidents on long-term prognosis after percutaneous coronary intervention. Am Heart J 2014 [↑](#endnote-ref-5)
6. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, de Ferranti S, Despres JP, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Isasi CR, Jimenez MC, Judd SE, Kissela BM, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Magid DJ, McGuire DK, Mohler ER III, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Rosamond W, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A, Turan TN, Virani SS, Woo D, Yeh RW, Turner MB; the American Heart Association Statistics Committee; Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2016 [↑](#endnote-ref-6)
7. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, Chrolavicius S, Tognoni G, Fox KK, Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med 2001 [↑](#endnote-ref-7)
8. Steinhubl SR, Berger PB, Mann JT III, Fry ET, DeLago A, Wilmer C, Topol EJ. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. JAMA 2002 [↑](#endnote-ref-8)
9. Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, Steg PG, Storey RF, Jensen EC, Magnani G, Bansilal S, Fish MP, Im K, Bengtsson O, Oude Ophuis T, Budaj A, Theroux P, Ruda M, Hamm C, Goto S, Spinar J, Nicolau JC, Kiss RG, Murphy SA, Wiviott SD, Held P, Braunwald E, Sabatine MS; PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. N Engl J Med 2015 [↑](#endnote-ref-9)
10. Yeh RW, Kereiakes DJ, Steg PG, Windecker S, Rinaldi MJ, Gershlick AH, Cutlip DE, Cohen DJ, Tanguay JF, Jacobs A, Wiviott SD, Massaro JM, Iancu AC, Mauri L, for the DAPT Study Investigators. Benefits and risks of extended duration dual antiplatelet therapy after PCI in patients with and without acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2015 [↑](#endnote-ref-10)
11. А.Д. Эрлих. Двойная антитромбоцитарная терапия: необходимость приверженности к лечению и возможности ее повышения. Специализированный медицинский журнал. 2014 [↑](#endnote-ref-11)
12. Varenhorst C, Jensevik K, Jernberg T et al. Duration of dual antiplatelet treatment with clopidogrel and aspirin in patients with actue coronary syndrome. Eur Heart J, 2013 [↑](#endnote-ref-12)
13. Ho PM, Fihn SD, Wang L, et al. Clopidogrel and long-term outcomes after stent implantation for acute coronary syndrome. Am Heart J. 2007 [↑](#endnote-ref-13)
14. Ho PM, Fihn SD, Wang L, et al. Clopidogrel and long-term outcomes after stent implantation for acute coronary syndrome. Am Heart J. 2007 [↑](#endnote-ref-14)
15. Cholesterol Treatment Trialists’ (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet 2010 [↑](#endnote-ref-15)
16. Fox KM, EURopean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003 [↑](#endnote-ref-16)
17. Goldberger JJ, Bonow RO, Cuffe M, Liu L, Rosenberg Y, Shah PK, Smith SC, Jr, Subacius H, OBTAIN Investigators. Effect of beta-blocker dose on survival after acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2015 [↑](#endnote-ref-17)
18. Bangalore S, Steg G, Deedwania P, Crowley K, Eagle KA, Goto S, Ohman EM, Cannon CP, Smith SC, Zeymer U, Hoffman EB, Messerli FH, Bhatt DL, REACH Registry Investigators. Beta-blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. JAMA 2012 [↑](#endnote-ref-18)
19. SPRINT Research Group, Wright JT, Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, Reboussin DM, Rahman M, Oparil S, Lewis CE, Kimmel PL, Johnson KC, Goff DC, Jr, Fine LJ, Cutler JA, Cushman WC, Cheung AK, Ambrosius WT. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015 [↑](#endnote-ref-19)
20. Agewall S, Cattaneo M, Collet JP, Andreotti F, Lip GY, Verheugt FW, Huber K, Grove EL, Morais J, Husted S, Wassmann S, Rosano G, Atar D, Pathak A, Kjeldsen K, Storey RF, ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacology and Drug Therapy and ESC Working Group on Thrombosis. Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patients with cardiovascular disease and antithrombotic therapy. Eur Heart J 2011 [↑](#endnote-ref-20)
21. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation [↑](#endnote-ref-21)
22. Wallentin L, Becker RC, Budaj A et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med 2009 [↑](#endnote-ref-22)
23. Roe MT, Armstrong PW, Fox KAA, et al. Prasugrel versus clopidogrel for acute coronary syndromes without revascularization [↑](#endnote-ref-23)
24. Deharo P, Quilici J, Bonnet G, et al. Fixed-dose aspirin-clopidogrel combination enhances compliance to aspirin after acute coronary syndrome. Int J Cardiol 2014 [↑](#endnote-ref-24)
25. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2016 [↑](#endnote-ref-25)