

О.Й. Жарінов¹, О.А. Єпанчінцева^{1, 2}, К.О. Міхалєв³, І.В. Шклянка^{1, 2}

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

² ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ

³ ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

Аналіз медикаментозного лікування в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця до і після хірургічної реваскуляризації міокарда

Мета роботи – проаналізувати медикаментозний супровід у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) до і після операції аортокоронарного шунтування (АКШ), а також вивчити потенційні можливості використання сучасних фармакотерапевтичних технологій для покращення прихильності пацієнтів до лікування.

Матеріали і методи. В одноцентровому «зрізовому» дослідженні проаналізовано дані щодо до-, пері- та післяопераційного лікування 155 пацієнтів зі стабільною ІХС, яким у 2012–2013 рр. послідовно здійснили операцію ізольованого АКШ. Серед обстежених було 139 чоловіків та 16 жінок віком від 39 до 81 року, медіана віку – 62 (квартилі 55–67) роки. У 134 (86,4 %) пацієнтів реваскуляризацію міокарда було проведено з використанням штучного кровообігу.

Результати. Пері- та післяопераційне лікування в більшості випадків передбачало стандартний перелік базисних засобів лікування стабільної ІХС. Утім привертало увагу недостатнє застосування статинів: високоінтенсивну терапію статинами протягом не менше ніж одного тижня до операції отримували лише 19 (12,2 %) пацієнтів. З положеннями чинних настанов з лікування пацієнтів зі стабільною ІХС після планового АКШ не повністю узгоджувалося рутинне застосування подвійної антиагрегантної терапії майже в 95 % пацієнтів у післяопераційний період.

Висновки. Проведений аналіз свідчить про реальні можливості кращого забезпечення відповідності чинним рекомендаціям і прихильності пацієнтів до терапії у випадку застосування новітніх комбінованих лікарських форм, у тому числі – технології «поліпілл».

Ключові слова: стабільна ішемічна хвороба серця, аортокоронарне шунтування, медикаментозне лікування.

Посилання: Жарінов О.Й., Єпанчінцева О.А., Міхалєв К.О., Шклянка І.В. Аналіз медикаментозного лікування в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця до і після хірургічної реваскуляризації міокарда // Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія. – 2019. – № 1. – С. 14–20.

To cite this article: Zharinov OJ, Yepanchintseva OA, Mikhaliev KO, Shklyanka IV. Analysis of the drug treatment in patients with stable coronary artery disease before and after surgical myocardial revascularization. *Cardiac Surgery and Interventional Cardiology*. 2019;1(24): 14-20 (in Ukr.).

Операція аортокоронарного шунтування (АКШ) розглядається в узгоджених рекомендаціях як ефективний і найбільш надійний підхід до лікування пацієнтів зі стабільною іше-

мічною хворобою серця (ІХС) і багатосудинними ураженнями вінцевих артерій з позицій поліпшення прогнозу та/або зменшення клінічних симптомів [2, 8, 13]. Підставою для хірургічної

реваскуляризації міокарда переважно є поєднання клінічних симптомів стенокардії або перенесеного раніше інфаркту міокарда (ІМ) з певними анатомічними варіантами стенозуювального атеросклерозу вінцевих артерій, документованими при проведенні коронарографії. Хоча операція АКШ дає змогу найповніше відновити кровопостачання ішемізованих ділянок міокарда, вона не усуває потреби в профілактичній медикаментозній терапії з метою сповільнення подальшого прогресування атеросклерозу, профілактики стенозування та оклюзії венозних шунтів [6].

Перебіг хвороби після хірургічної реваскуляризації міокарда значною мірою залежить від дотримання сучасних принципів медикаментозного лікування стабільної ІХС і супутніх захворювань, а також прихильності пацієнтів до призначеної терапії [5, 7, 9, 12]. Своєю чергою, виконання узгоджених настанов суттєво залежить від кількості застосованих лікарських засобів. У більшості випадків пацієнтам зі стабільною ІХС після операції АКШ показані принаймні 4–5 «базисних» препаратів: два антиагреганти, статини, блокатори ренін-ангіотензинової системи, β-адреноблокатори. Отже, для забезпечення прихильності до виконання чинних настанов очевидний сенс може мати використання фіксованих комбінацій та/або технології «поліпілл», що дозволяє зменшити загальну кількість застосованих лікарських форм [3].

Мета роботи – проаналізувати медикаментозний супровід у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця до і після операції аортокоронарного шунтування, а також вивчити потенційні можливості використання сучасних фармакотерапевтичних технологій для покращення прихильності пацієнтів до лікування.

Матеріали і методи

В одноцентровому «зрізовому» дослідженні проаналізовано дані щодо до-, пері- та післяопераційного лікування 155 пацієнтів зі стабільною ІХС, яким у ДУ «Інститут серця МОЗ України» у період з березня 2012 р. до грудня 2013 р. послідовно здійснили операцію ізольованого АКШ. Серед обстежених було 139 (89,7 %) чоловіків та 16 (10,3 %) жінок віком від 39 до 81 року, медіана віку – 62 (квартилі 55–67) роки. Індекс маси тіла становив 28,5 (квартилі 25,3–31,5) кг/м². Ожиріння зафіксовано у 66 (42,6 %) пацієнтів.

Стабільну ІХС діагностували згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів [7]. Стабільну стенокардію напруження зареєстрували у 151 (97,4 %) хворого: II функціонального класу (ФК) – у 14 (9 %) пацієнтів, III ФК –

у 122 (78,7 %) та IV ФК – у 15 (9,7 %) пацієнтів. ІМ раніше перенесли 125 (80,6 %), повторний інфаркт – 31 (20 %) хворий. Хронічну серцеву недостатність (ХСН) виявлено у всіх 155 (100 %) пацієнтів, серед них у 9 (5,8 %) ступінь вираження ознак ХСН відповідав I стадії, 140 (90,3 %) – ІА, у 6 (3,9 %) – ІБ стадії за класифікацією М.Д. Стражеска – В.Х. Василенка. Гіпертонічну хворобу діагностували у 142 (91,6 %) пацієнтів. На момент втручання у всіх пацієнтів було досягнуто задовільного контролю рівня артеріального тиску.

Стентування коронарних артерій раніше здійснювали у 21 (13,5 %) пацієнта. Фібриляцію передсердь виявлено у 8 (5,2 %) хворих, з них у 2 – пароксизмальну форму, у 4 – персистентну та у 2 – постійну. Чотирнадцять (9,0 %) пацієнтів перенесли раніше інсульт або транзиторну ішемічну атаку. Цукровий діабет 2-го типу відзначено у 39 (25,2 %) хворих, серед них глікемію оцінювали як компенсовану в одного, субкомпенсовану – у 28 та декомпенсовану – у 10 пацієнтів. Легкий перебіг цукрового діабету був діагностований у двох, помірно тяжкий – у 21 та тяжкий – у 16 хворих.

Хронічне обструктивне захворювання легень виявили у 6 (3,9 %) пацієнтів, бронхіальну астму – в 1 (0,6 %). Із супутньої патології цитоподібної залози дифузний зоб діагностували у 4 (2,6 %), вузловий зоб – у 15 (9,7 %), аутоімунний тиреоїдит – у 7 (4,5 %), струмектомію в анамнезі зареєстрували у 2 (1,3 %) пацієнтів. Патологію шлунково-кишкового тракту, зокрема, перенесену раніше пептичну виразку шлунка зареєстрували у 10 (6,5 %), виразку дванадцятипалої кишки – у 21 (13,5 %), хронічний ерозивний гастрит – у 18 (11,6 %) хворих, шлунково-кишкову кровотечу в анамнезі – у 5 (3,2 %), жовчнокам'яну хворобу – у 13 (8,4 %), поліпоз жовчного міхура – у 10 (6,5 %), хронічний холецистит – у 23 (14,8 %) хворих. Із хвороб сечостатевої системи сечокам'яну хворобу діагностували у 68 (43,9 %), хронічний пієлонефрит – у 4 (2,6 %) пацієнтів, полікістоз нирок – у 16 (10,3 %). Прояви дисциркуляторної енцефалопатії були наявні у 26 (16,8 %) обстежених.

У дослідження не залучали пацієнтів з нестабільною стенокардією або гострим ІМ протягом останнього місяця, пацієнтів, яким здійснювали комбіновані операції (АКШ у поєднанні з протезуванням клапанів серця), а також з будь-якими станами, що унеможливили виконання реваскуляризації міокарда.

Показання для реваскуляризаційних втручань визначали згідно з узгодженими рекомендаціями [2, 7]. Усім 155 пацієнтам виконали

ізолюване АКШ. У 10 (6,5 %) пацієнтів встановлено 1 шунт, у 35 (22,6 %) – 2 шунти, у 94 (60,6 %) – 3 шунти, у 14 (9 %) – 4 шунти та у 2 (1,3 %) – 5 шунтів. Пластику лівого шлуночка проводили 26 (16,8 %) пацієнтам. У 134 (86,4 %) пацієнтів реваскуляризацію міокарда було проведено з використанням штучного кровообігу. Перетискання аорти здійснювалося у 126 (81,3 %) хворих, медіана тривалості перетискання аорти становила 18 (квартилі 14–23) хвилин.

Дані про призначення лікування при скеруванні пацієнтів у клініку для проведення коронарентрикулографії (КВГ) або операції АКШ отримували з амбулаторних карт, про пері- та післяопераційне лікування – зі стаціонарних історій хвороби та виписок. У базу даних лікування вносили інформацію про застосовані класи засобів серцево-судинної фармакотерапії, у тому числі про молекули та дозування препаратів із групи статинів. Щодо післяопераційного лікування, окремо зазначали застосовані молекули та дозування блокаторів ренін-ангіотензинової системи і статинів.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали за допомогою програмного пакета EZR v. 1.37 [4]. Порівняння абсолютної і відносної (%) частоти виявлення якісних показників у зв'язаних вибірках проводили за допомогою Q-критерію Cochran з наступними апостеріорними порівняннями (за тим само критерієм). Рівнем статистичної значущості вважали $p < 0,05$ (з урахуванням поправки Бонферроні).

Результати та обговорення

Терапія при скеруванні в клініку та періопераційне лікування. При скеруванні для проведення КВГ або операції АКШ більшість залучених у дослідження пацієнтів отримували стандартні засоби базисного і симптоматичного лікування ІХС: блокатори ренін-ангіотензинової системи, статини, антиагреганти, β -адреноблокатори, нітрати. Крім того, з огляду на супутню артеріальну гіпертензію, серцеву недостатність або аритмії серця, їм нерідко призначали блокатори кальцієвих каналів, діуретики й аміодарон (табл. 1). Часте застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи, антиагрегантів і β -адреноблокаторів, загалом, узгоджується з чинними узгодженими настановами з лікування стабільної ІХС [7]. Зменшення частоти використання антиагрегантів безпосередньо перед плановим АКШ обумовлено призупиненням терапії АСК та/або клопідогрелем у частини пацієнтів з підвищеним ризиком кровотеч за 3–5 діб до операції [11].

У періопераційний період статини в помірних або низьких дозах (симвастатин 40 мг або аторвастатин менше 40 мг або розувастатин менше 20 мг) приймали 108 (69,7 %) пацієнтів, а у високих дозах (аторвастатин 40 мг і більше або розувастатин 20–40 мг) протягом не менше ніж одного тижня до операції – 19 (12,2 %) пацієнтів. Утім неможливо заперечити те, що в деяких випадках замість переходу на високоінтенсивну терапію статинами ці препарати були відмінені перед скеруванням у клініку на планову хірургічну реваскуляризацію за аналогією з призупиненням прийому антитромботичних засобів. У підсумку в багатьох випадках високоінтенсивна терапія статинами починалася вже після госпіталізації пацієнта в клініку, тобто безпосередньо перед виконанням КВГ або операції АКШ.

Післяопераційна медикаментозна терапія. У рекомендаціях, які пацієнти отримували при виписуванні, загальна частота застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи майже не змінилася, але співвідношення призначень ІАПФ і БРА змінилося на користь ІАПФ (див. табл. 1). Згідно з чинними рекомендаціями з ведення пацієнтів зі стабільною ІХС і після операції АКШ [5, 7], всім пацієнтам призначили статини й антиагрегант, майже всім – β -адреноблокатори. З огляду на чинні узгоджені рекомендації щодо післяопераційного ведення хворих, а також деякі локальні протоколи, у призначення пацієнтам при виписуванні з клініки частіше, ніж на попередніх етапах, вводили петльові діуретики, аміодарон, блокатори кальцієвих каналів (зокрема, дилтіазем), а також інсулін. Водночас у післяопераційний період суттєво зменшилася потреба в застосуванні нітратів. Щодо терапії антиагрегантами: у 147 (94,8 %) пацієнтів застосовували АСК у поєднанні з клопідогрелем. У 7 випадках (4,5 %) використовували комбінацію перорального антикоагулянта й одного антиагреганта (у 5 пацієнтів – клопідогрелю, у 2 – АСК), в одному – антикоагулянта і двох антиагрегантів. І лише в одному випадку призначали монотерапію клопідогрелем.

Із препаратів із групи статинів майже в половині випадків лікарі обирали аторвастатин, причому найчастіше – в добовій дозі 20 мг (табл. 2). Приблизно в третині випадків застосовували розувастатин, причому переважно – в дозі 10 мг на добу.

Із 113 пацієнтів, яким у післяопераційний період були призначені ІАПФ, найчастіше (відповідно у 48,7 і 29,2 % пацієнтів) застосовували лізиноприл і раміприл (рисунок). Заслуговує на увагу те, що в більшості зазначених пацієнтів були використані низькі або помірні дози ІАПФ.

Таблиця 1

Застосування препаратів з найбільш поширених класів фармакотерапії при скеруванні в клініку, в періопераційний період та після операції АКШ (n = 155)

Препарати	При скеруванні (1)	Періопераційний період (2)	Післяопераційний період (3)	p
ІАПФ	94 (60,6 %)	103 (66,5 %)	113 (72,9 %)	$p_{1-2} = 0,039$ $p_{1-3} = 0,013$
БРА	14 (9 %)	15 (9,7 %)	8 (5,2 %)	0,116
Бета-адреноблокатори	115 (74,2 %)	120 (77,4 %)	153 (98,7 %)	$p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів	31 (20 %)	42 (27,9 %)	121 (78,1 %)	$p_{1-2} = 0,012$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Блокатори кальцієвих каналів	27 (17,4 %)	32 (20,6 %)	49 (31,6 %)	$p_{1-2} = 0,059$ $p_{1-3} = 0,003$ $p_{2-3} = 0,022$
Тіазидні / тіазидоподібні діуретики	18 (11,6 %)	16 (10,3 %)	18 (11,6 %)	0,879
Петльові діуретики	16 (10,3 %)	14 (9,0 %)	146 (94,2 %)	$p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Аміодарон	15 (9,7 %)	13 (8,4 %)	31 (20,0 %)	$p_{1-3} = 0,006$ $p_{2-3} = 0,002$
Нітрати / сидноніміни	79 (51 %)	90 (58,1 %)	20 (12,9 %)	$p_{1-2} = 0,078$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Статини	84 (54,2 %)	127 (81,9 %)	155 (100 %)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
АСК	88 (56,8 %)	18 (11,6 %)	149 (96,1 %)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Клопідогрель	52 (33,5 %)	12 (7,7 %)	153 (98,7 %)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
Пероральні антигіперглікемічні препарати	25 (16,1 %)	24 (15,5 %)	24 (15,5 %)	0,368
Інсулін	7 (4,5 %)	8 (5,2 %)	10 (6,5 %)	0,097

p – статистична значущість Q-критерію Cochran з наступними апостеріорними порівняннями за тим само критерієм (з урахуванням поправки Бонферроні): p_{1-2} – статистична значущість різниці між частотою фонового прийому препарату і його призначенням у періопераційний період; p_{2-3} – статистична значущість різниці між частотою призначення препарату в періопераційний і післяопераційний період; p_{1-3} – статистична значущість різниці між частотою фонового прийому препарату і його призначенням у післяопераційний період. ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту; БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II; АСК – ацетилсаліцилова кислота.

Таблиця 2

Діючі речовини та дози статинів у післяопераційний період

Препарат	5 мг	10 мг	20 мг	40 мг	Загалом
Симвастатин	–	7	20	5	32 (20,7 %)
Аторвастатин	–	22	45	6	73 (47,1 %)
Розувастатин	1	28	21	–	50 (32,2 %)

Зокрема, добова доза лізіноприлу у 36 пацієнтів не перевищувала 5 мг, у 19 – становила 7,5–20 мг; при застосуванні раміприлу у 18 з 33 пацієнтів добова доза становила 2,5 мг, ще в 10 – 5 мг, у решти 5 – дози менше 2,5 або більше 5 мг за добу.

Для оцінки потенційних можливостей зменшення кількості лікарських форм важливо зазначити також застосовані варіанти комбінацій базисних засобів лікування стабільної ІХС. Найчастіше (у 106 пацієнтів) одночасно призна-

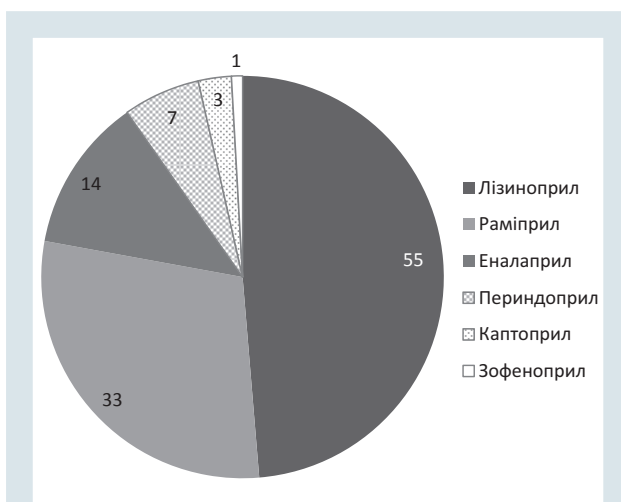


Рисунок. Структура терапії ІАПФ у післяопераційний період

чали ІАПФ, статин, АСК і клопідогрель, у 7 пацієнтів у подібну комбінацію входив лише один антиагрегант, а ще у 8 пацієнтів використовували поєднання БРА (лосартану, валсартану, олесартану або кандесартану), препарату з групи статинів і двох антиагрегантів.

Проведене дослідження відображає реальну практику лікування пацієнтів зі стабільною ІХС, скерованих у спеціалізовану клініку для проведення КВГ або операції АКШ. Воно дозволяє окреслити ті аспекти ведення хворих на ІХС до і після хірургічної реваскуляризації міокарда, де зберігається невідповідність між чинними стандартами і реальною практикою. Хоча клінічна характеристика обстежених пацієнтів свідчить про дуже високий вихідний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень та смертності, у призначеннях при скеруванні в клініку майже в половині пацієнтів не було статинів. З огляду на це, відповідність настановам щодо обов'язкового застосування статинів при виконанні АКШ [2] у багатьох випадках забезпечували вже після госпіталізації пацієнта в клініку, тобто безпосередньо перед виконанням ангіографії або операції АКШ.

Пері- та післяопераційне лікування в більшості випадків передбачало стандартний перелік базисних засобів лікування стабільної ІХС [7]. Утім за деякими позиціями призначена терапія не повністю узгоджувалася з чинними стандартами. По-перше, недостатньою залишалася частка пацієнтів, яким була призначена високоінтенсивна терапія статинами. Очевидно, для реалізації вказаного аспекту наприкінці госпітального періоду потрібно обов'язково контролювати рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності – найважливіший критерій ефективності лікування статинами [1]. Друга особливість полягала в

призначенні більшості пацієнтів подвійної антиагрегантної терапії. У чинних рекомендаціях поєднання АСК і клопідогрелю обов'язково рекомендують лише у випадку, коли АКШ здійснюється після перенесеного гострого коронарного синдрому. Крім того, подвійна антиагрегантна терапія протягом 6 місяців може мати сенс після АКШ на серці, що працює. Водночас після планових операцій зі штучним кровообігом, здійснених у пацієнтів без перенесеного протягом останнього року гострого коронарного синдрому, доцільність подвійної антиагрегантної терапії АСК і клопідогрелем залишається предметом дискусії, а найбільшу доказову базу після АКШ має АСК [5]. По-третє, у післяопераційних призначеннях увагу привертає збільшення частоти застосування ІАПФ порівняно з їх до- і періопераційним застосуванням, водночас зі зменшенням потреби в антиангінальній терапії.

Перелік медикаментозних засобів, застосованих у післяопераційний період, свідчить про потенційну можливість використання комбінованих лікарських засобів для спрощення режиму лікування та зменшення кількості прийомів ліків. Зокрема, у багатьох випадках можна розглядати використання капсули «поліпілл», яка містить АСК, аторвастатин і раміприл у різних варіантах дозувань [3]. У ситуації, коли прихильність до медикаментозного лікування після операції АКШ часто виявляється недостатньою і значно гіршою, ніж після перкутанних втручань [10], такий підхід є потенційно привабливим.

Певними обмеженнями проведеного дослідження є ретроспективний характер пошуку та аналізу даних, відсутність кінцевого діагнозу ІХС у багатьох пацієнтів на момент скерування для КВГ, а з іншого боку, в частині випадків – недосконалість медичної документації. Варто зважати на відсутність узгоджених національних протоколів, обмеження доказової бази та невизначеність багатьох аспектів медикаментозного лікування пацієнтів до і після операції АКШ у міжнародних рекомендаціях.

Висновки

Медикаментозний супровід при здійсненні хірургічної реваскуляризації міокарда мав істотні відмінності на етапі скерування на коронарорентрокулографію / операцію аорткоронарного шунтування, у пері- та післяопераційний період. Привертала увагу недостатня частота застосування статинів та вибору їх адекватних дозувань у пацієнтів, яким здійснюють операцію аорткоронарного шунтування. З положеннями чинних настанов з лікування пацієнтів зі ста-

більшою ішемічною хворобою серця після планового аортокоронарного шунтування не повністю узгоджувалося рутинне застосування подвійної антиагрегантної терапії майже в 95 % пацієнтів у післяопераційний період, а також відсутність випадків монотерапії ацетилсаліциловою кис-

лотою. Здійснений аналіз свідчить про реальні можливості кращого забезпечення відповідності чинним рекомендаціям і прихильності пацієнтів до терапії у випадку застосування новітніх комбінованих лікарських форм, зокрема технології «поліпілл».

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і проект дослідження, редагування тексту – О.Ж.; збір матеріалу, написання тексту – О.Є., О.Ж., І.Ш.; статистичне опрацювання даних – К.М.; огляд літератури – О.Є.

Література

1. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur. Heart J.– 2016.– Vol. 37.– P. 2999–3058. doi: 10.1093/eurheartj/ehv158.
2. Hillis L.D., Smith P.K., Anderson J.L., Bittl J.A. et al. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.– 2012.– Vol. 143.– P. 4–34. doi: 10.1016/j.jtcvs.2011.10.015.
3. Huffmann M.D., Xavier D., Perel P. Uses of polypills for cardiovascular disease and evidence to date // Lancet.– 2017.– Vol. 389.– P. 1055–1065. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30553-6.
4. Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics // Bone Marrow Transplant.– 2013.– Vol. 48 (3).– P. 452–458.
5. Kulik A., Ruel M., Jneid H. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery. A Scientific Statement from the American Heart Association // Circulation.– 2015.– Vol. 10.– P. 927–964.
6. McKavanagh P., Yanagawa B., Zawadowski G., Cheema A. Management and prevention of saphenous vein graft failure: a review // Cardiology and Therapy.– 2017.– Vol. 6, Issue 2.– P. 203–223. doi: 10.1007/s40119-017-0094-6.
7. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The task force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J.– 2013.– Vol. 34.– P. 2949–3003.
8. Neumann F.-J., Sousa-Uva M., Ahlsson A. et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization The Task Force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) // Eur. Heart J.– 2018.– Vol. 39 (3).– P. 213–260. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419.
9. Philip F., Blackstone E., Kapadia S.R. Impact of statins and beta-blocker therapy on mortality after coronary artery bypass graft surgery // Cardiovasc. Diagn. Ther.– 2015.– Vol. 5 (1).– P. 8–16.
10. Pinho-Gomes A.C., Azevedo L., Ahn J.M. et al. Compliance with guideline-directed medical therapy in contemporary coronary revascularization trials // J. Am. Coll. Cardiol.– 2018.– Vol. 71.– P. 591–602. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.068.
11. Sousa-Uva M., Storey R., Huber K. et al., on behalf of ESC Working Group on Cardiovascular Surgery and ESC Working Group on Thrombosis. Expert position paper on the management of antiplatelet therapy in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery // Eur. Heart J.– 2014.– Vol. 35.– P. 1510–1514.
12. Valgimigli M., Bueno H., Byrne R.A. et al., The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS // Eur. Heart J.– 2018.– Vol. 39 (3).– P. 213–260. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419.
13. Windecker S., Kolh P., Alfonso F. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) // Eur. J. Cardiothorac. Surg.– 2014.– Vol. 46 (4).– P. 517–592. doi: 10.1093/eurheartj/ehu278.

О.И. Жаринов¹, О.А. Епанчинцева^{1,2}, К.А. Михалев³, И.В. Шклянка^{1,2}

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

² ГУ «Институт сердца МЗ Украины», Киев

³ ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины»
Государственного управления делами, Киев

Анализ медикаментозного лечения у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца до и после хирургической реваскуляризации миокарда

Цель работы – проанализировать медикаментозное лечение у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), а также изучить потенциальные возможности использования современных фармакотерапевтических технологий для улучшения приверженности пациентов к лечению.

Материалы и методы. В одноцентровом «срезовом» исследовании проанализированы данные о до-, пери- и послеоперационном лечении 155 пациентов со стабильной ИБС, которым в 2012–2013 гг. последовательно провели операцию изолированного АКШ. Среди обследованных были 139 мужчин и 16 женщин в возрасте от 39 до 81 года, медиана возраста – 62 (квартили 55–67) года. У 134 (86,4 %) пациентов реваскуляризацию миокарда проводили с применением искусственного кровообращения.

Результаты. Пери- и послеоперационное лечение в подавляющем большинстве случаев включало стандартный перечень базисных средств лечения стабильной ИБС. В то же время привлекало внимание недостаточное применение статинов: высокоинтенсивную терапию статинами в течение не менее одной недели до операции получали лишь 19 (12,2 %) пациентов. С положениями существующих рекомендаций по лечению пациентов со стабильной ИБС после планового АКШ не полностью согласовалось рутинное применение двойной антиагрегантной терапии почти у 95 % пациентов в послеоперационный период.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о реальных возможностях лучшего обеспечения соответствия действующим рекомендациям и приверженности пациентов к лечению в случае применения новейших комбинированных лекарственных форм, в том числе – технологии «полипилл».

Ключевые слова: стабильная ишемическая болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование, медикаментозное лечение.

O.J. Zharinov¹, O.A. Yepanchintseva^{1,2}, K.O. Mikhaliiev³, I.V. Shklianka^{1,2}

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² Heart Institute, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³ State Scientific Institution «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine»
State Government Affairs, Kyiv, Ukraine

Analysis of the drug treatment in patients with stable coronary artery disease before and after surgical myocardial revascularization

The aim – to analyze the drug treatment of patients with stable CAD before and after coronary artery bypass grafting (CABG), to study the potential possibilities of usage of the contemporary pharmacotherapeutic technologies to improve treatment adherence of the patients.

Materials and methods. The one-centre cross-sectional study analyzed data regarding treatment of 155 patients with stable CAD that had consecutive CABG performed in 2012–2013, before, peri- and after surgery. Among these patients there were 139 men and 16 women, age 39–81 years, median age 62 (quartiles 55–67) years. In 134 (86.4 %) patients on-pump myocardial revascularization was performed.

Results. Peri- and after surgery treatment in vast majority of cases included standard basic drugs recommended for stable CAD. At the same time, we paid attention to the insufficient usage of statins. I.e., high-intensity treatment with statins during one week before surgery was prescribed only in 19 (12.2 %) patients. The routine usage of dual antiplatelet therapy in nearly 95 % patients with stable CAD after elective CABG also didn't completely correspond to the current guidelines.

Conclusions. The performed analysis shows real possibilities of better correspondence to the current guidelines and patients' adherence to the treatment in case of usage of the contemporary combined drug forms, including the «polypill» technology.

Key words: stable coronary artery disease, coronary artery bypass grafting, drug treatment.