ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

М.М. Потяженко, І.М. Скрипник, Н.Л. Соколюк, Н.О. Люлька, О.Ф. Гопко
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Резюме. В статье приведены данные мультицентровых исследований по изучению эффективности терапии артериальной гипертензии, профилактики желудочковых аритмий, внезапной коронарной смерти, сердечной недостаточности, что даст возможность лучше ориентироваться врачам общей практики и семейной медицины в современных подходах к комплексному лечению сердечно-сосудистых заболеваний.
Ключевые слова: доказательная медицина, семейный врач, сердечно-сосудистая патология.

Широка популяризація досягнень сучасної медицини, отриманих за результатами аналізу багатоцентрових досліджень є невід'ємною складовою післядипломного вдосконалення лікарів загальної практики-сімейної медицини. На сучасному етапі розвитку медичних технологій актуальним постає питання застосування ефективних та безпечних схем лікування хворих з патологією серцево-судинної системи, які складають основний відсоток у повсякденній практиці сімейного лікаря. Вирішення цих питань забезпечує не тільки належну якість життя, але й суттєве збільшення його тривалості та зменшення смертності у зв'язку з серцево-судинними захворюваннями в економічно розвинутих країнах, що пов'язано певним чином з активним втіленням у клінічну практику доказової медицини, яка передбачає ретельно обгрунтоване, що базується на здоровому глузді, використання найкращих сучасних засобів для лікування кожного пацієнта. У широкому розумінні під поняттям доказової медицини розуміють „розумне та точне використання найбільш достовірних доказів, якими на сьогодні володіє медицина, в прийнятті рішення про надання медичної допомоги конкретному хворому" [1].

Більшість лікарів, у силу своїх знань та вмінь, застосовують схеми лікування на свій розсуд, що базується на власному досвіді. Саме це обумовлює протиріччя у виборі препаратів при лікуванні однієї патології лікарями сімейної медицини. Результати мультицентрових рондомізованих плацебо-контрольованих досліджень дозволяють практикуючому лікареві вибирати найбільш оптимальні схеми лікування. Але, як відомо, результати рондомізованих досліджень можуть відрізнятися між собою, тому лікар у своїй практиці має керуватись найбільш доведеним результатом лікування певного захворювання [2].

До теперішнього часу проведено більше 1 500 багатоцентрових, подвійних сліпих досліджень, що стосуються питань артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності.

Особливо гостро постає проблема вибору препарату при призначенні терапії пацієнтам, які до цього не приймали лікарські засоби. Саме в таких випадках основною рушійною силою у виборі терапії мають бути результати доказової медицини. Тобто, якщо у хворого виявлена артеріальна гіпертензія, то препаратами вибору мають бути діуретики, β-блокатори, інгібітори АПФ та ретардні антагоністи кальцієвих каналів. Комітет експертів ВООЗ та Міжнародне Товариство Гіпертензії рекомендують більш широкий спектр препаратів першої лінії: діуретики, β-блокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцієвих каналів (ретардні форми), α_1-адреноблокатори та антагоністи ангіотензину II [3]. Вищевказані рекомендації базуються на результатах мультицентрових рондомізованих програм CAPPP, базисний препарат – каптоприл (1999), STOP-2 – базисні препарати – еналаприл, лізиноприл, ісрадипін, фелодипін (1999); INSIGHT, NORDIL (2000) програми з питань вивчення застосування антагоністів кальцію різних форм.

Питанням дослідження особливостей корекції артеріальної гіпертензії в людей похилого віку були присвячені дослідження SHEP, MRC-E, Syst-Eur Trial (1997), згідно яким препаратами вибору для даної групи хворих є діуретики та антагоністи кальцію.

Хворим на цукровий діабет, який ускладнився артеріальною гіпертензією, доцільно призначати метаболічно нейтральні препарати – інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II, антагоністи кальцію (ретардні форми), α_1-адреноблокатори. При наявності супутньої нефропатії – інгібітори АПФ, блокатори ангіотензину II. Дані рекомендації випливають з результатів таких досліджень як UKPDS, AASK, IDNT.

Дослідженнями Progress доведено, що застосування інгібіторів АПФ та тіазидних діуретиків знижують ризик повторного інсульту на 28 %, інфаркту міокарда на 38 % у хворих, які перенесли інсульти чи транзиторні порушення мозкового кровообігу.

Таким чином, на сьогодні вивчений досить широкий спектр препаратів із антигіпертензивним ефектом, що дає можливість вибору досить ефективної та небезпечної антигіпертензивної терапії.

Не менш важливою медико-соціальною проблемою залишається профілактика шлуночкових тахіаритмій, які є найбільш частою причиною раптової коронарної смерті.

При вивченні впливу препаратів без антиаритмічного ефекту в дослідженні V-HeFT II встановлено, що під впливом інгібіторв АПФ, а саме еналаприлу, у хворих на ІХС на тлі прийому нітратів смертність хворих зменшилась на 18 %. Результати досліджень RALES доводять позитивний ефект застосування блокатору рецепторів альдостерону в комбінації з діуретиком, інгібітором АПФ, дігоксином, що дозволяє значно зменшити відсоток смертності від раптової коронарної смерті. Результати інших багатоцентрових досліджень доводять доцільність застосування препаратів із ліпідзнижуючим ефектом, а саме статини (CARE, 1992), поліненасичені жирні кислоти, нітрати, препарати магнію, позитивні інотропні засоби – дігоксин (DIG, 1997).

Базисними препаратами залишаються антиаритмічні засоби, серед яких найбільш вивченим є аміодарон. Дослідженнями CAMIAT та EMIAT (1999) доведено, що застосування аміодарону дозволяє знизити ризик аритмічної та кардіальної смерті на 48,5 % та 35 % відповідно. Відповідно, аміодарон залишається єдиним

антиаритмічним препаратом, який можна призначати хворим із симптоматичними шлуночковими аритміями для попередження раптової коронарної смерті [4].

У хворих, які перенесли інфаркт міокарда та мають супутню дисфункцію лівого шлуночка (при фракції викиду меншої 40 %) ефективним є призначення β-блокаторів (карведілолу, бісопрололу, пропранололу), що доведено дослідженнями CAPRICORN (2001), CAMIAT (1999), EMIAT (1999), CIBIS II. Рекомендовано сумісне призначення аміодарону з β-блокаторами, що дозволяє знизити ризик смерті від аритмії в 2,2 рази, від раптової коронарної смерті в 1,8 рази.

В дослідженнях CASS, NIMI 3 доведений значний позитивний ефект коронарної реваскуляризації, що сприяє збереженню функції лівого шлуночка, зменшенню його ремоделювання.

Отже, профілактика ризику аритмічної та раптової коронарної смерті повинна включати перш за все препарати з антиаритмічним механізмом дії (аміодарон, карведілол, бісопролол, пропранолол) та засоби, що зменшують прояви ураження серцево-судинної системи (інгібітори АПФ, антиатеросклеротичні засоби).

В епідеміологічних дослідженнях показано, що на серцеву недостатність (СН) страждають близько 1-2 % популяції в Європі та США. Розповсюдженість СН гостро підвищується з віком, вражаючи близько 10 % людей старше 80 років. Смертність від СН перевищує 60 % серед тяжких випадків, але навіть серед більш легких випадків майже половина пацієнтів помирає протягом 5 років від моменту встановлення діагнозу. Вищевказані дані обгрунтовують необхідність пізнання лікарем загальної практики - сімейної медицини сучасних підходів до лікування хворих із СН, які підтверджені багатоцентровими дослідженнями [5].

Як відомо, лікування СН базується на застосуванні інотропних препаратів (глікозидних чи неглікозидних), периферичних вазодилататорів, препаратів, оптимізуючих енергетичний метаболізм кардіоміоцитів без змін гемодинамічних умов функціонування серця.

Результати досліджень (DIG, 1997) довели, що при тривалому прийомі дігоксин достатньо ефективно контролює клінічний стан хворих із СН, достатньо безпечний, тому що в цілому не збільшує ризик смерті хворих із СН.

Виходячи з критеріїв сучасної доказової медицини, сьогодні недостатньо клінічних доказів доцільності застосування метаболічних засобів, а саме глюкозо-інсуліно-калієвої суміші, L-карнітину, препаратів, що блокують окислення жирних кислот, в якості засобів лікування СН.

Значною кількістю досліджень доведений значний позитивний ефект застосування інгібіторів АПФ у лікувальних схемах СН. Під впливом даної групи препаратів у хворих після інфаркту міокарда та супутньою систолічною дисфункцією лівого шлуночка вдалося знизити на 37 % ризик розвитку клінічно вираженої СН, на 24 % – інфаркта міокарда, на 27 % – нестабільної стенокардії, збільшити виживаність на 24-27 % (SOLVD, 1992; SAVE, 1992; AIRE, 1994; TRACE, 1992).

Клінічні докази необхідності призначення β-блокаторів при СН базуються на результатах багатоцентрових досліджень USCP (1996), CIBIS-II (1999), MERIT-HF (1999), COPERNICUS (2001), участь у яких приймали в загальній кількості більше 10 тис. пацієнтів. Результати досліджень свідчать про зниження частоти летальних випадків на 34-36 % у порівнянні з пацієнтами, які приймали плацебо. Про покращення клінічного прогнозу СН свідчило зменшення госпіталізацій хворих на 20-35 %. Найбільш ефективними представниками даної групи препаратів виявилися карведілол, метапролол, бісопролол [6].

Результати багатоцентрових досліджень враховувались при створенні консенсусів та рекомендацій щодо питань класифікації, комплексної терапії захворювань серцево-судинної системи та затверджені наказами МОЗ України та Українським науковим товариством кардіологів.

Таким чином, підсумовуючи все вище викладене, можна зробити висновок, що кожен лікар загальної практики - сімейної медицини у своїй практичній діяльності в виборі тієї чи іншої схеми лікування хворих із серцево-судинною патологією повинен орієнтуватися на сучасні стандарти терапії, в яких повною мірою відображені знання, отримані доказовою медициною.

Література

1. Sackett D.L., Richardson W.S., Rozenberg W., Haynes R.B. Evidence-based medicine. – Churchill Livingstone, 1997. – 250p.

2. В.М. Коваленко. Доказова медицина в кардіології: визначення повноважень і меж клінічної доцільності медикаментозних і немедикаментозних методів лікування / Доказова медицина та огляд міжнародних консенсусів в лікуванні хвороб органів кровообігу. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – Л.Г. Воронков, Г.В. Дзяк та ін. – К., Максимов, 2003. С. 4-13.

3. Е.П. Свищенко. Сравнительная характеристика антигипертензивных препаратов по данным многоцентровых исследований 1999-2002 гг. /Доказова медицина та огляд міжнародних консенсусів у лікуванні хвороб органів кровообігу. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска – Л.Г. Воронков, Г.В. Дзяк та ін. – К., Максимов, 2003. С. 19-31.

4. Сычев О.С. Профилактика желудочковых тахиаритмий и внезапной сердечной смерти /Доказова медицина та огляд міжнародних консенсусів в лікуванні хвороб органів кровообігу. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – Л.Г. Воронков, Г.В. Дзяк та ін. – К., Максимов, 2003. С. 93-109.

5. Л.Б. Балковая. Бета-блокаторы – новая стратегия в управлении сердечной недостаточностью /Достижения и перспективы развития терапии в канун XXI века: Сб. науч. тр./ Редкол.: Л.Т. Малая (отв. ред.) и др.; МЗ Украины, Харьк. гос. мед. ун-т.; АМН Украины, НИИ терапии. – Харьков, 2000. – С. 31-35.

6. Л.Г. Воронков. Современные рекомендации по лечению хронической сердечной недостаточности: комментарий в свете доказательной медицины/Пособие для врачей. – К.: Четверта хвиля, 2003. – 68 с.

Summary

Principles of proving medicine in the family doctor practice

M.M. Potyazhenko, I.N. Skrypnic, N.L. Sokolyuk, N.A. Lyulka, A.F. Gopko

The articles gives the data of the multicentral research in studying the effectiveness of the arterial hypertension therapy, ventricle arrhythmia prevention, sudden coronal death, cardiac insufficiency, it giving the general practitioners and family doctor the possibility to take their bearings in modern approaches to the complex treatment of the cardiovascular diseases beffer.

Key words: proving medicine, family doctor, cardio-vascular pathology.