

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
факультет по подготовке иностранных граждан  
кафедра фармакологии и фармакотерапии**

**КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
на тему: «КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА»**

**Выполнил:** соискатель высшего образования  
группы Фм19(4,10д)і-07  
специальности: 226 Фармация, промышленная  
фармация  
образовательной программы Фармация  
Джамал БЕРБАНЕ

**Руководитель:** доцент ЗВО кафедры фармако-  
логии и фармакотерапии к. фарм. н., доцент  
Анатолий МАТВІЙЧУК

**Рецензент:** доцент ЗВО кафедры клинической  
лабораторной диагностики, к.мед.н., доцент  
Лариса КАРАБУТ

Харьков – 2024 год

## АННОТАЦИЯ

В квалификационной работе проанализированы современные подходы к лечению ишемической болезни сердца в Украине и зарубежом, путем анкетирования исследована приверженность пациентов к фармакотерапии. Работа состоит из введения, основной части (обзор литературы, методы исследования, собственные исследования и их обсуждение), заключения, списка использованных источников и содержит 44 страниц, 3 рисунка, 1 таблицу, 36 ссылок на источники литературы.

*Ключевые слова:* ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, липопротеиды.

## ANNOTATION

The qualification work analyzed modern approaches to the treatment of coronary heart disease in Ukraine and abroad, and examined patients' adherence to pharmacotherapy through a questionnaire. The work consists of an introduction, the main part (literature review, research methods, own research and their discussion), conclusion, list of sources used and contains 44 pages, 3 figures, 1 table, 36 references to literature sources.

*Key words:* coronary heart disease, cardiovascular diseases, myocardial infarction, lipoproteins.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
РАЗДЕЛ 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
1.1 Основные понятия и клиническая классификация ИБС.....	8
1.2 ИБС: эпидемиология и статистика.....	10
1.3 Осложнения при ИБС .....	14
1.4 Симптомы ишемической болезни сердца.....	17
1.5 Общие принципы фармакотерапии ИБС.....	18
Выводы раздела 1.....	19
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	20
2.1 Материалы исследования .....	20
2.2 Методы исследования.....	20
Выводы раздела 2.....	21
РАЗДЕЛ 3. АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	22
3.1 Анализ полученных результатов опроса .....	22
3.2 Анализ врачебных назначений и приверженности пациентов к фармакотерапии.....	27
3.3 Влияние войны на течение болезни и лечение ИБС.....	30
3.4 Мнение респондентов относительно эффективности программы «Доступні ліки» при лечении ИБС.....	31
3.5 Результаты мировых исследований по изучению основных характеристик современного амбулаторного пациента со стабильной ИБС.....	36
Выводы раздела 3.....	42
ВЫВОДЫ.....	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЯ	

## **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ИБС – ишемическая болезнь сердца;

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности;

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

## ВВЕДЕНИЕ

Украина занимает одно из первых мест в Европе по смертности от болезней системы кровообращения (459 на 100 тыс. населения), что значительно превышает аналогичные показатели Франции (30 на 100 тыс. населения), Германии (75 на 100 тыс. населения), Польши (88 на 100 тыс. жителей), Великобритании (76 на 100 тыс. жителей) [24, 25]. Заболеваемость населения Украины болезнями системы кровообращения и первое место в структуре общей смертности свидетельствуют о росте распространенности этой патологии и является неблагоприятным показателем состояния здоровья населения. Признаки и симптомы ишемической болезни сердца возникают, когда сердце не получает достаточно обогащенной кислородом крови. Если у вас ишемическая болезнь сердца, снижение кровотока к сердцу может вызвать боль в груди (стенокардию) и одышку. Полная блокада кровотока может вызвать сердечный приступ [26].

Ишемическая болезнь сердца нередко развивается длительно, иногда десятилетиями. Заболевание может протекать бессимптомно, пока значительная блокада не повлечет за собой осложнения или не произойдет сердечный приступ [27].

Несмотря на успехи современной кардиологии в области профилактики и лечения, количество новых случаев и смертность от ишемической болезни сердца продолжает расти. Наибольшее увеличение частоты ИБС происходит при развитии ее острых форм – инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти вследствие острой коронарной недостаточности. В старшем возрасте после инфаркта миокарда повышается риск смерти вследствие сердечной недостаточности и других осложнений ишемической болезни сердца [7, 34].

По современным представлениям, наряду с традиционными факторами риска, имеют значение сопутствующие заболевания — коллагеновые патологии, среди которых одно из ведущих мест занимает

синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Довольно длительное время считалось, что НДСТ проявляется преимущественно в детском и подростковом возрасте, но с накоплением данных научных исследований было установлено, что НДСТ встречается во всех возрастных группах [21]. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани приводит к нарушению гомеостаза на уровне тканей организма в виде разнообразных морфо-функциональных расстройств висцеральных и моторных органов с прогрессирующим течением [22].

**Цель исследования.** Проанализировать современные подходы к лечению ишемической болезни сердца и приверженность пациентов к фармакотерапии.

**Задачи исследования:**

1. Провести обзор литературных данных по распространенности и методам фармакологической коррекции ИБС;
2. Изучить основные подходы к лечению и группы фармакологических препаратов, используемых для фармакотерапии ИБС;
3. Проанализировать приверженность к назначенной терапии больных путем проведения анкетирования в аптеке;
4. На основании полученных данных сделать выводы относительно основных направлений в тактике лечения ИБС и ее потенциальной эффективности.

**Предмет исследования.** Современные подходы к фармакологической коррекции ИБС и приверженность к терапии пациентов.

**Объект исследования.** Назначения врачей при лечении пациентов с ИБС, анкеты опрашиваемых посетителей аптеки.

**Апробация результатов исследования и публикации.** Результаты квалификационной работы представлены на XXX Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОЗДАНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ», г. Харьков, 17-19 апреля 2024 г.

**Структура и объем квалификационной работы.** Квалификационная работа изложена на 44 страницах печатного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, одного раздела собственных исследований, выводов и списка использованных литературных источников, который содержит 36 источников, из которых 13 – отечественных и 23 – иностранных авторов. Работа содержит 3 рисунка и 1 таблицу.

## **РАЗДЕЛ 1**

### **АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ТЕМЕ**

### **ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **1.1 Основные понятия и клиническая классификация ИБС**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) развивается, вследствие сужения просвета коронарных артерий или на их стенках образуются холестериновые бляшки. Коронарные артерии – это кровеносные сосуды, доставляющие кислород и кровь к сердцу. Вследствие накопления холестерина на стенках артерий происходит их сужение, уменьшается приток крови к сердцу, возникает воспаление и потеря эластичности стенки кровеносного сосуда. Возникает препятствие кровотоку, что вызывает серьезные проблемы со здоровьем. Коронарные артерии образуют сеть кровеносных сосудов на поверхности сердца, которая питает его кислородом. Если эти артерии сужаются, сердце не получает достаточно обогащенной кислородом крови, особенно во время физической активности [1, 7, 27, 28, 33]. Данное состояние называется атеросклерозом. Если кусочки бляшки отламываются или разрываются, тромбоциты собираются в этом месте, пытаясь восстановить кровеносный сосуд. Этот кластер может блокировать артерию, уменьшать или блокировать кровоток, что может привести к сердечному приступу. Следует отметить, что атеросклероз может развиваться не только в коронарных сосудах, но и в других сосудах организма человека [23]. Согласно современной классификации сердечной недостаточности выделяют следующие клинические формы:

- 1) стенокардия напряжения (стенокардия напряжения, спонтанная стенокардия);
- 2) инфаркт миокарда (крупноклеточный, мелкоклеточный);
- 3) постинфарктный кардиосклероз; нарушение сердечного ритма;
- 4) сердечная недостаточность, внезапная коронарная смерть.



Кроме того, сегодня выделяют безболевою (тихую) ишемию, микрососудистую. (дистальную) ИБС, новые ишемические синдромы миокарда.

Причинами ИБС являются атеросклероз коронарных артерий, нарушение их тонуса и повышения адгезивных и агрегационных свойств форменных элементов крови. К развитию ИБС приводят гиперлипидемия, артериальная гипертензия, курение, гиподинамия, избыточный вес и гиперкалорийное питание, сахарный диабет и генетическая предрасположенность. Основным патогенетическим фактором является атеросклеротические поражения коронарных артерий. По мере накопления липидов в стенке сосуда нарушается функция эндотелия, возникают язвы и трещины фиброзной оболочки бляшки. Это приводит к образованию тромбоцитарных агрегатов и микротромбов. На этом процесс может либо остановиться, либо послужить стимулом для образования тромба и ангиоспастической реакции с последующей закупоркой просвета коронарного сосуда. Наиболее распространенным проявлением хронической сердечной недостаточности является стенокардия, характеризующаяся приступами боли в грудной клетке, часто сочетается с чувством страха и одновременными нарушениями многих вегетативных функций. Основными признаками стенокардии являются боль, ощущение сдавливания грудной клетки. Реже боль ощущается в эпигастральном участке. Боль может иррадиировать в плечо, левую лопатку, руку, иногда в нижнюю челюсть. Продолжительность стенокардической боли 2-10 мин. Частота приступов очень разная – от нескольких приступов в сутки до отдельных эпизодов со "светлыми" промежутками. Приступы могут учащаться (прогрессирующая стенокардия) или, напротив, постепенно уменьшаться и исчезать. Основными ЭКГ-признаками ишемии миокарда являются депрессия или элевация сегмента ST, снижение амплитуды зубца R, нарушение проводимости, возбудимости и автоматизма сердца [8, 9].

## 1.2 ИБС: эпидемиология и статистика

Вопросы этиологии, патогенеза, профилактики и лечения болезни системы кровообращения длительное время исследовались преимущественно в клинических условиях и эксперименте. При этом возможности клинических исследований ограничены, поскольку не позволяют получить полную картину этиологии и патогенеза заболевания у избирательной группы пациентов, за которой врач может наблюдать преимущественно в период обострения, или в латентной фазе, в начальной стадии заболевания и в период ремиссии. Больные редко обращаются к врачу, в связи с чем появился особый подход, а именно эпидемиологический, к изучению таких заболеваний [4]. Эпидемиологический метод позволяет определить реальную распространенность заболевания, определить причины его возникновения, некоторые объективные закономерности течения, а также определить условия, способствующие прогрессированию патологического процесса и развитию научных основ профилактики. В своей работе эпидемиологи используют клинический опыт, накопленный в течение длительного времени, и разрабатывают методы, обусловленные целями и задачами таких исследований. Эпидемиологические обследования неорганизованных групп населения позволяют получить необходимую информацию о людях, связанных территориально. Последовательная стандартизация методов и использование единых критериев оценки позволяют сравнивать полученные данные с результатами исследований, проведенных в других географических районах [5]. Объектом эпидемиологического исследования часто является отобранная популяция, или ее репрезентативная выборка, дающая возможность наблюдать и изучать естественное течение болезни с учетом взаимодействия внутренних факторов организма со специфическими и неспецифическими условиями внешней среды. Одним из важных направлений изучения причин их роста стали эпидемиологические исследования распространенности сердечно-сосудистых заболеваний

Установлено, что они неравномерно распределены не только в соседних странах, но и в отдельных популяциях одного государства. Это стало основой для проведения эпидемиологических исследований с учетом характерных национальных особенностей, пищевых привычек и образа жизни [2]. Ишемическая болезнь сердца занимает первое место в структуре смертности населения. По статистическим данным разных стран, его клинические формы регистрируются у 15-20% взрослого населения. В Украине она составляет 66,8% (в городах – 63,9%, в селах – 71,1%), что определяет смертность от ИБС всего населения и 53,8% – его трудоспособного населения. Первые попытки изучения ИБС эпидемиологическим методом относятся к 1949 г., когда во Фремингеме (США) началось проспективное наблюдение за 5209 жителями города в возрасте от 20 до 69 лет. Подобные исследования в Украине проводятся отделом популяционных исследований ННЦ «Институт кардиологии им. М.Д. Стражеска» НАМН Украины (г. Киев) с 1977 года. Наиболее распространенной формой ИБС является стенокардия. Его частота в разных регионах колеблется от 1,8 до 6,5% [34]. Анализ частоты ИБС в зависимости от пола обследованных дает противоречивые данные. Одни исследователи отмечают, что ишемическая болезнь сердца чаще встречается у женщин, другие – у мужчин. Выявлена существенная разница в структуре ИБС: если для мужчин характерна достоверно большая частота инфаркта миокарда, то для женщин – большая распространенность стенокардии и безболевой ишемической формы болезни сердца [29].

Большая распространенность стенокардии у женщин может быть связана с меньшей специфичностью методов обследования для выявления стенокардии по сравнению с мужчинами. Повторное обследование женщин со стенокардией по данным одноразового эпидемиологического обследования показало, что воспроизводимость положительного ответа по стандартному опроснику ВОЗ составляет лишь 26% и только у 34% женщин при повторном углубленном обследовании диагностируют ИБС. В этом

контексте некоторые авторы предлагают использовать кардиологический опросник ВОЗ для выявления стенокардии у женщин 45 лет и старше или использовать модификации этого опросника [29].

Наиболее точную оценку диагностических критериев ИБС дают результаты проспективного наблюдения за обследованными контингентами. Проведенные исследования показывают, что смертность от ИБС, частота инфаркта миокарда и общая смертность возрастают в зависимости от тяжести патологии. Среди обследованных при помощи ЭКГ с признаками выраженной и вероятной ишемической болезнью сердца и практически нормальной ЭКГ смертность от ишемической болезни сердца составляет 9:4:1, частота инфаркта миокарда – 4:3:1, общая смертность – 6:3:1. Общая смертность при потенциальной ишемической болезни сердца более чем вдвое выше, а смертность от ИБС втрое превышает соответствующие показатели среди контингента без выраженных изменений ЭКГ. Риск смерти от ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с возможной ИБС в 2,4 и 4 раза выше, чем у обследованных лиц без ее симптомов. Поэтому возможные ишемические изменения имеют высокую прогностическую ценность с точки зрения риска общей смертности и смерти от ИБС. Возрастной анализ распространенности ИБС показывает ее постепенный рост с возрастом [16, 17]. Уже в возрасте 30-39 лет ИБС проявляется во всех формах. Каждый двенадцатый человек в возрасте 40-49 лет имеет симптомы ИБС. 3-4 из десяти мужчин этого возраста с симптомами ИБС имеют характерную стенокардию. У мужчин 50-59 лет частота выявленного инфаркта миокарда составляет 6%, стенокардии – 8%. Выявлено повышение частоты некоторых форм ишемической болезни сердца, что обуславливает вероятное увеличение удельного веса лиц с диагностированной ИБС (16%) в этом возрастном диапазоне. 4% мужчин имеют изменения на ЭКГ, которые трактуются как вероятная ИБС. В целом каждый пятый человек в возрасте 50-59 лет и каждый третий мужчина 60-64 лет имеют симптомы ИБС [17]. Следовательно, старение создает

предпосылки для развития патологии в целом и ИБС в частности. Особо следует обратить внимание на то, что значительное увеличение частоты ИБС наблюдается в возрастной группе 50-59 лет. Об этом следует помнить, реализуя комплекс профилактических мероприятий, которые уделяют повышенное внимание пожилым людям, тем самым способствуя продолжению срока их трудоспособности. По данным эпидемиологического обследования женского населения, в общей сложности 16-17 из 100 человек имеют симптомы ИБС, а соотношение диагностированной ИБС к вероятной ИБС составляет 5 к 1. Возрастной анализ распространенность ИБС демонстрирует ее постепенный рост с увеличением возраста.

В следующем возрастном десятилетии распространенность ишемической болезни сердца вырастает в 1,6 раза и достигнет 8%. В этой возрастной группе ИБС представлена безболевым формой (3%) и стенокардией (4%). В возрасте 40-49 лет каждая четырнадцатая женщина имеет симптомы ИБС. В этом возрасте типичная стенокардия регистрируется у 9% женщин, безболевым ИБС – у 4%. У женщин 50-59 лет частота инфаркта миокарда составляет 3%, распространенность безболевым формы возрастает в 1,6 раза, а частота стенокардии остается неизменной. Отмеченный рост распространенности отдельных форм ИБС обуславливает вероятное увеличение удельного веса лиц с диагнозом ИБС (17%) в этом возрастном диапазоне. В 3 раза чаще регистрируют изменения на ЭКГ, которые трактуют как вероятную ИБС. Каждая пятая женщина 50-59 лет имеет симптомы ИБС [6, 35, 36]. В возрасте 60-64 лет  $\approx 6\%$  имеют инфаркт миокарда и 30% – типичную стенокардию, общая частота ИБС составляет 41%. За 25-летний период распространенность ИБС среди населения почти не изменилась. Выявлено перераспределение его отдельных форм: увеличение частоты безболевым формы с 1 до 5% и уменьшение распространенности потенциальной ИБС. Существующие различия о распространенности ИБС между данными официальной статистики и результатами эпидемиологических исследований является

подтверждением того, что пока не все пациенты охвачены структурами первичной медицинской помощи. Это касается, с одной стороны, увлечения числа больных стенокардией, распространенность которой по результатам эпидемиологического обследования составляет 4,2%, а по официальной статистике – 3,8%. Различия в данных о распространенности ИБС в значительной степени обусловлено отличиями в диагностических критериях этого заболевания. Эпидемиологи всего мира по критериям ВОЗ устанавливают диагноз ИБС на основе данных стандартной кардиологической анкеты, при этом положительный ответ свидетельствует наличии типовой стенокардии напряжения и характере изменений на электрокардиограмме в покое [27, 30].

### **1.3 Осложнения при ИБС**

Для классификации ИБС используются разные системы. Наиболее классический вариант классификации ИБС был принят ВОЗ 1984 году [5].

1. Внезапная коронарная смерть в результате первичной остановки сердца:

- при успешной реанимации;
- со смертельным исходом;

2. Стенокардия:

- стенокардия: новая или стабильная (указывается функциональным классом);
- нестабильная стенокардия;
- вазоспастическая стенокардия;

3. Инфаркт миокарда;

4. Постинфарктный кардиосклероз;

5. Нарушение сердечного ритма;

6. Сердечная недостаточность.

Основной причиной развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий [3, 4]. Это заболевание развивается постепенно, но прогрессирует относительно быстро. Атеросклероз может поражать одну или несколько

сердечных артерий. Из-за накопления холестерина коронарные артерии не могут полноценно справляться с кровоснабжением, миокард страдает от ишемии. При уменьшении просвета артерии на 90-95% нарушение коронарного кровотока приобретает критический характер. Такие изменения кровотока могут привести к инфаркту миокарда [32].

Другие причины ИБС:

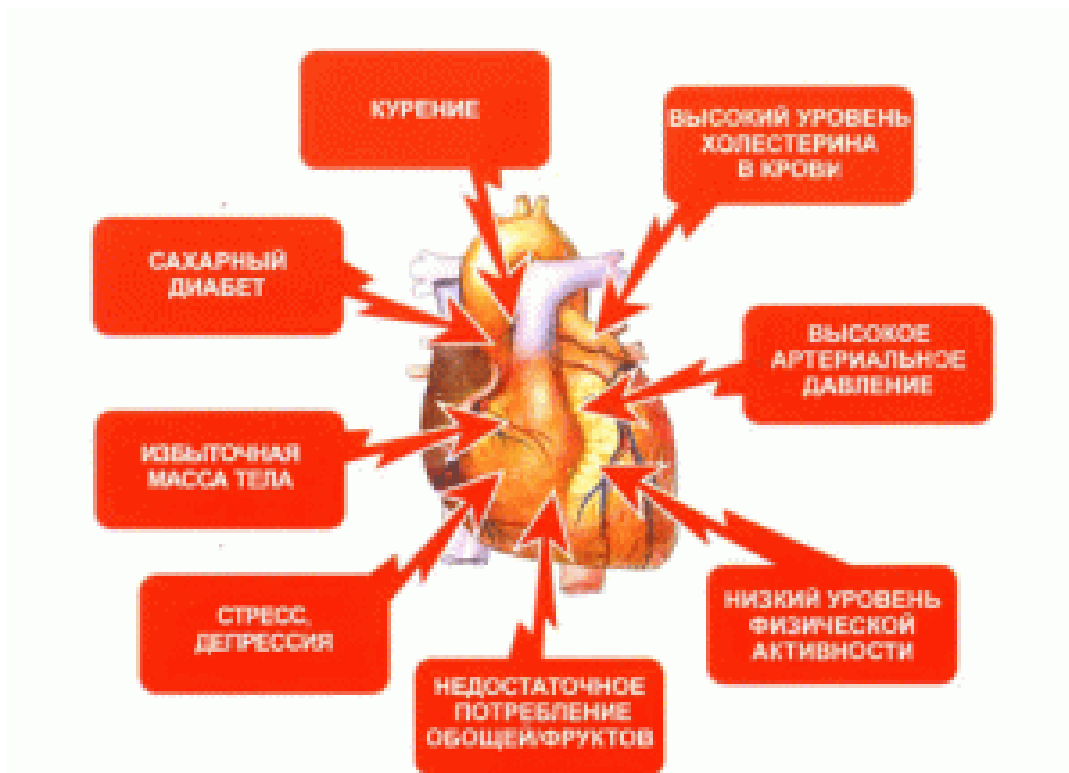


Рис.1.1 Причины ИБС



Рис. 1.2 Факторы, повышающие риск развития ИБС

В начале процесса просвете сосуда в стенке артерии начинают скапливаться липиды и тромбы, образовавшиеся вследствие появления микроповреждения (разрыва фиброзной оболочки). Эти скопления покрываются слоем фибрина, затем кальцифицируются. При развитии атеросклеротических бляшек сужение просвета артерии становится более выраженным. При сужении до 50% атеросклероз протекает бессимптомно. Явные симптомы ИБС обычно возникают, когда коронарная артерия сужена на 70% и более [5]. Уменьшение диаметра коронарных артерий может быть вызвано другими причинами (тромбоз, спазм и др.). Такое изменение просвета сосуда приводит к недостаточному поступлению крови и содержащегося в ней кислорода. Сердечная мышца не может работать в полную силу. В результате появляются первые симптомы ИБС [20].



#### 1.4 Симптомы ишемической болезни сердца

Характер симптомов ИБС определяется формой заболевания. Наиболее распространенными видами этой патологии являются инфаркт миокарда и стенокардия [11, 12].

Стенокардия возникает регулярно и может проявляться в разных формах:

- стенокардия: боль носит сжимающий, жгучий характер или проявляется виде ощущения тяжести и дискомфорта, может иррадиировать в левую лопатку или руку, но может быть и нетипичной. Обычно приступ длится до 10 минут (иногда около 30, но не больше);

- нестабильная стенокардия: боль возникает внезапно (даже в покое) и сопровождается неприятными ощущениями в области сердца, тошнотой, потливостью, одышкой (не всегда);

- вазоспастическая стенокардия (или стенокардия Принцметала): приступы боли возникают независимо от нагрузки (чаще ночью или утром), носят циклический характер. В остальном симптомы этой формы не отличаются от симптомов стенокардии.

#### Инфаркт миокарда

Основным симптомом инфаркта миокарда, являющегося острым проявлением ИБС, является сильная боль в груди, которая длится от 15 минут до 1 часа и не утихает даже после приема нитроглицерина. Обычно это возникает после физической нагрузки или в результате гипертонического криза. Многие пациенты также отмечают холодный липкий пот, одышку, непродуктивный кашель и страх смерти [7]. Иногда приступ возникает нетипично и не сопровождается болью, или локализуется не за грудиной.

Только своевременное и правильное лечение может предотвратить развитие и прогрессированию последствий ИБС.

### 1.5 Общие принципы фармакотерапии ИБС

План лечения стенокардии включает в себя несколько существенных компонентов. Прежде всего нужно успокоить больного, убедить его в том, что угроза его жизни отсутствует. Следует также добиваться устранения или по крайней мере уменьшения факторов риска ИБС. Серьезное внимание необходимо уделить лечению сопутствующих заболеваний, которые рефлекторно могут усиливать приступы стенокардии [6,25,34]. Первое средство скорой помощи при приступе стенокардии – нитроглицерин. Таблетка или аэрозоль (2-3 дозы под язык), который всегда должен быть у больного. Нитроглицерин лучше принимать лежа или сидя, потому что он может снижать артериальное давление, вызвать головокружение. В случае отсутствия эффекта через 5 мин принимают вторую таблетку. Если она не помогает, через 5 мин – третью. Если боль не проходит и после нее, то нужно вызвать скорую помощь, а до прибытия ее ввести внутримышечно – 2 мл 50% раствора анальгина и 1 мл 1% раствора димедрола, дать таблетку аспирина [1–5]. В процессе лечения врач подбирает наиболее эффективное для каждого больного антиангинальное средство или их комбинацию. Учитывая побочные действия антиангинальных препаратов, развитие толерантности к нитратам, наличие синдрома отмены после длительного приема бета-блокаторов, следует по возможности ограничивать их приём. С другой стороны, не менее опасно позднее их назначение, особенно в недостаточной дозе. Когда приступы стенокардии напряжения возникают редко и только при значительной или нетипичной физической или психической нагрузке, возможно и назначение транквилизаторов. Если по мнению врача этого недостаточно, то пациенту могут назначить «спорадическую схему» приема нитратов пролонгированного действия — назначение их только в период значительной физической или эмоциональной нагрузки [13].

В случае развития более тяжелых форм стенокардии напряжения (II–IV функциональные классы) больной должен принимать антиангинальные

препараты длительное время, а иногда и постоянно. Чтобы избежать развития толерантности к нитратам, их нужно принимать по возможности не чаще 2 раз в день, комбинируя с бета-блокаторами. Если после 5–7 нед. приема нитратов сделать 3–5-дневный перерыв, то эффективность их возобновится [18, 31].

При тяжелой стенокардии (IV функциональный класс) каждую следующую дозу следует принимать за полчаса до окончания действия предыдущего или даже раньше, если сердце начинает «ныть». Обычно такие больные должны принять первую таблетку препарата нитратов утром за полчаса до вставания, чтобы создать оптимальные условия для переноса утренней физической и психической нагрузки, а затем принимать их каждые 4–6 час. до еды, запивая водой. Последнюю таблетку желательно принять в постели, перед сном, или заменить ее прием наложением на верхнюю часть грудной клетки нитроглицериновой мази, нанесенной на полиэтиленовую плёнку [19].

### **Выводы к разделу 1**

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы чаще всего встречаются гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, атеросклероз, ревматическая болезнь сердца. Они занимают большую часть в структуре заболеваемости и смертности во всем мире и в Украине в частности. Несмотря на то, что на сегодняшний день разработаны алгоритмы лечения и профилактики данных заболеваний, проблема оптимизации существующих схем и средств для их лечения, а также внедрения новых подходов все еще остается актуальным вопросом современной медицины и фармакологии.

## **РАЗДЕЛ 2**

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Приверженность пациентов к лечению ишемической болезни сердца не только предотвращает прогрессирование заболевания, но и уменьшает вероятность возникновения осложнений и смертельных исходов. В своей работе мы проанализировали ответы посетителей аптеки, которые находились в процессе лечения ИБС и обращались с рецептом на лекарственные препараты соответствующих групп.

#### **2.1 Материалы исследования**

Исследование проводилось на базе межбольничной аптеки «Харьковской областной клинической больницы».

В опросе приняли участие 25 пациентов с клиническим диагнозом ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия II-III функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Опрос проводился на добровольной основе и с ведома пациентов о целях его проведения.

Анкета содержала следующие разделы: анализ осведомленности и общего представления пациентов об ишемической болезни сердца, возраст, пол, семейный статус больного, тип проведенных исследований, информация о назначениях врача, начальная медикаментозная терапия, последующие изменения в терапии и приверженность ей, динамика симптомов, частота консультаций, источники информации.

Исследование проводилось с применением опросной технологии и основывается на результатах ответов пациентов, принявших участие в опросе. Данные выражали в абсолютных показателях и процентах по отношению ко всем участникам.

#### **2.2 Методы исследования**

В работе использованы обзорный и аналитический методы.

**Выводы к разделу 2:**

Для достижения поставленных целей была разработана анкета и проведен опрос в межбольничной аптеке «Харьковской областной клинической больницы», г. Харьков.

Анкета включала 15 вопросов, полученный материал проанализирован с использованием аналитического метода.

## РАЗДЕЛ 3

### АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1 Анализ полученных результатов опроса

В таблице 3.1 приведены основные демографические данные пациентов, принявших участие в исследовании. Немного больше половины респондентов (13 человек) были трудоспособного возраста (до 60 лет), остальные 12 – пенсионного возраста.

Таблица 3.1

#### Основные демографические характеристики больных ИБС, принявших участие в исследовании

№	Место жительства	Пол	Возраст	Диагноз	Сфера деятельности
1	Харьков	Ж	48	ИБС	Воспитатель детского сада
2	Песочин	Ж	55	АГ и ИБС	Учитель математики
3	Люботин	Ж	62	АГ и ИБС	Социальный работник
4	Люботин	М	57	АГ и ИБС	Реализатор на рынке
5	Балаклея	М	47	ИБС	Банковский работник
6	Харьков	Ж	65	АГ и ИБС	Работающая пенсионерка. Администратор в вузе
7	Харьков	Ж	72	АГ, ИБС и стенокардия	Пенсионерка
8	Коротыч	Ж	54	ИБС	Кассир в супермаркете
9	Песочин	Ж	49	ИБС	Продавец
10	Песочин	Ж	56	АГ и ИБС	Психолог. Занимается частной практикой
11	Харьков	Ж	68	АГ, ИБС и	Пенсионерка,

				стенокардия	преподаватель английского языка
12	Харьков	М	74	АГ, ИБС и стенокардия	Пенсионер, работал преподавателем университета
13	Мерефа	Ж	71	АГ, ИБС и стенокардия	Пенсионерка
14	Харьков	Ж	53	ИБС	Домохозяйка
15	Харьков	Ж	44	ИБС	Работник лаборатории
16	Харьков	М	56	ИБС	Водитель автобуса
17	Харьков	М	59	АГ и ИБС	Слесарь-механик
18	Песочин	Ж	66	АГ и ИБС	Пенсионерка
19	Люботин	Ж	54	ИБС	Не работает
20	Люботин	Ж	62	АГ и ИБС	Продавец
21	Балаклея	Ж	48	ИБС	Бухгалтер
22	Балаклея	Ж	72	АГ, ИБС и стенокардия	Пенсионерка, работала главным бухгалтером
23	Чугуев	Ж	70	АГ, ИБС и стенокардия	Пенсионерка
24	Харьков	М	65	АГ и ИБС	Пенсионерка, работала учителем младших классов
25	Харьков	М	42	ИБС	Офисная работа на производстве мебели

Среди респондентов чуть больше половины составляют пенсионеры (в том числе и работающие), что говорит о невысоком материальном уровне обеспечения. Часть опрошенных безработные, в том числе из-за состояния здоровья. Были отмечены случаи, когда пациенты просили фармацевта порекомендовать более дешевый аналог назначенному препарату.

Мы условно распределили опрошенных пациентов на два типа:

1. Пациенты с выраженной симптоматикой, которым диагностирована ИБС – 10 пациентов. Симптомы выражены, в анамнезе есть опыт сердечных приступов. Заболевание заметно влияет на качество жизни.

2. Пациенты с отягощенным анамнезом – 15 пациентов. Характерно наличие нескольких ССЗ, как правило, диагностирована ИБС, стенокардия и АГ, наибольшее беспокойство доставляет стенокардия.

Пациенты с выраженной симптоматикой характеризовались тем, что чаще всего диагноз был установлен ближе к 50 годам или несколько позже. Во время диагностики большинство были еще активно работающими лицами. В целом значительных жалоб на здоровье до проявления ИБС и/или АГ не имели. Диагностика произошла на запущенной стадии, больные отмечают негативное влияние заболевания на качество жизни, даже при выполнении повседневных дел. Часть пациентов отмечала первичное возникновение неприятных ощущений в спине, левой руке, «давящую боль в левом боку», «тянущую боль в районе лопаток».

Пациенты с отягощенным анамнезом характеризовались развитием ИБС, стенокардии и/или АГ параллельно или на фоне других патологий ССС. Характерна госпитализация при обострении, приступах, а также в рамках ежегодной поддерживающей терапии. При ИБС у этой группы основными симптомами были: тяжесть в груди, жжение, неприятные ощущения в области сердца.

По словам опрошенных, первые симптомы возникли за 1–3 года до постановки диагноза. Первыми проявлениями заболевания были: плохое общее самочувствие, повышенная утомляемость, проблемы со сном, повышенная потливость. При АГ: достаточно сильная головная боль, реже — головокружение. Некоторые пациенты указывали на то, что на начальной стадии заболевания видели «мушки» перед глазами. Пациенты с выраженными симптомами и отягощенным анамнезом отмечали возникновение боли в сердце, которая впоследствии становилась



интенсивной, затем появлялась одышка при физических нагрузках, реже – повышенный пульс, сердцебиение. Сначала симптомы не воспринимаются пациентами серьезно и не ассоциируются с хроническим заболеванием. Или же их относят к неизбежным возрастным изменениям организма (характерно для пациентов после 50 лет). Но в дальнейшем происходит изменение восприятия симптомов, так как отмечается отрицательная динамика развития симптомов: приступы учащаются, становятся интенсивнее. Пациенты с выраженными симптомами и отягощенным анамнезом в первую очередь отмечали невозможность выполнения обычных дел (быстрое наступление усталости, сложно быстро или долго ходить, возникает необходимость прилечь).

Сначала пациенты воспринимают появление симптомов как следствие воздействия общих факторов, таких как стресс, нервозность, чрезмерные переживания. Затем появляется мнение, что это следствие неправильного образа жизни и/или реакция организма на погодные изменения, вероятная метеозависимость. Большинство пациентов с выраженными симптомами и отягощенным анамнезом ассоциировали появление симптомов с закономерными возрастными изменениями, женщины – с климактерическим периодом. И даже при проявлении симптомов стенокардии думали о защемлении в позвоночнике, остеохондрозе, межреберной невралгии. Предположение о наличии проблем с сердцем или сосудами возникло лишь при появлении выраженных симптомов.

Сведения о длительности периода не обращения пациентов к врачу позволили распределить опрошенных человек на 3 группы. Первую составляли пациенты, у которых этот период длился от 1 до 2,5 года, большинство из них в течение этого времени занимались самолечением (в том числе принимали препараты для лечения артериальной гипертензии). У пациентов второй группы этот период продолжался от 1 до 3 месяцев. Некоторые респонденты отмечали, что в течение 1–3 месяцев, предшествовавших визиту к врачу, испытывали ухудшение, которое

отрицательно влияло на качество жизни. У пациентов 3-й группы этот этап был кратким и обращение к врачу было обусловлено резким обострением состояния или гипертоническим кризисом. Для большинства стимулом для обращения к специалисту было резкое обострение состояния. Следовательно, пациенты обращаются к врачу, когда начинают понимать, что без консультации не обойтись. Но при этом пытаются выждать в надежде на облегчение. Обращений с превентивной целью у опрошенных пациентов не отмечалось.

Следовательно, на начальном этапе заболевания для опрошенных лиц была характерна неосведомленность относительно симптомов АГ и ИБС, пациенты упоминали их ретроспективно.

При ответе на вопрос о выборе врача большинство опрошенных ответили, что обращались к семейному врачу в поликлинику по месту жительства. Только два пациента сразу самостоятельно обратились за консультацией к кардиологу в специализированное медицинское учреждение. По данным опроса, при первичном обращении пациенты получали общую стандартную консультацию. После консультации пациентам стало ясно, что заболевание серьезное, но врач в большинстве своем не давал объяснения возможных рисках, связанных с их текущим состоянием. В некоторых случаях пациентам оставалось не совсем понятным, как правильно измерять давление, какие показатели являются целевыми. При назначении лечения не подчеркивалась необходимость регулярного приема препарата.

По мнению опрошенных, такая консультация не всегда эффективна, особенно для пациентов в удовлетворительном состоянии. Дальнейшие шаги пациента зависели от его личной мотивации. Часть респондентов отмечала недовольство информированием, после консультации они искали дополнительную информацию самостоятельно. В дальнейшем не все пациенты имели возможность связаться с врачом вне визита на прием, чтобы уточнить детали при значении обследования и лечения.

Однако отдельные опрошенные пациенты отмечали, что врач обращал внимание на риск осложнений, особенно при отсутствии лечения (инсульт, инфаркт), а также на снижение качества жизни. Пациентам импонировало, когда врач объяснял схемы лечения, приводил убедительную аргументацию о необходимости соблюдения режима, назначения препаратов, акцентировал внимание на необходимости самостоятельного контроля давления, ведении дневника и т.д. В таких случаях потребность в получении дополнительной информации все еще существует, но она менее выражена.

Для пациентов на начальной стадии заболевания диагноз был неожиданным, проблема не воспринималась как серьезная, поскольку не было выраженной симптоматики. Соответственно, диагноз не воспринимался достаточно серьезно, не было осознания рисков, необходимости постоянного контроля АД и лечения. Только у отдельных пациентов диагноз вызвал беспокойство.

У пациентов с выраженной симптоматикой наблюдалось более серьезное восприятие заболевания. Основные эмоции после визита к врачу, которые они описывали – это беспокойство и встревоженность. Однако для большинства пациентов из этой категории оставались неясными вопросы: как контролировать заболевание после снятия приступа и отслеживать результаты лечения; как улучшить свое состояние изменением образа жизни дополнительно к медикаментозному лечению; как будет развиваться заболевание при несоблюдении режима. В то же время пациенты признавались, что задавали мало вопросов во время консультации, а важные вопросы возникали позже.

### **3.2 Анализ врачебных назначений и приверженности пациентов к фармакотерапии**

По мнению респондентов, медикаментозному лечению уделяется основное внимание. В большинстве случаев врач делает акцент на медикаментозном лечении – необходимости регулярного приема препаратов на постоянной основе. О необходимости коррекции образа жизни часто

упоминается вскользь, без особой аргументации, что в результате воспринимается пациентами как общая стандартная рекомендация любого врача. В единичных случаях после первой консультации опрошенные обращались за дополнительной консультацией к другому специалисту, преимущественно в случае неэффективного лечения. Большинство опрошенных начинали лечение сразу после назначения терапии. Реже (некоторые пациенты на начальной стадии и больные с выраженными симптомами) отмечали отсрочку лечения (от нескольких дней до нескольких месяцев). Причинами такой отсрочки лечения была надежда, что симптомы пройдут, состояние облегчится без лечения, а также уточнения пациентом механизма действия прописанных препаратов и побочных эффектов (просмотр инструкции по упаковке или в Интернете)

На вопрос о покупке препаратов респонденты сообщили, что частично они покупали препараты в аптеке поликлиники или стационара напрямую после назначения. В подавляющем большинстве случаев пациенты не совещались с фармацевтом. Однако обращали внимание на замечания при покупке о побочных эффектах препарата, что иногда влекло отказ от приобретения препарата, особенно для пациентов на начальной стадии заболевания.

Детализованные данные по информированности пациентов о стратегии лечения показали следующее: назначенные препараты, как правило, знают по принципу действия – «от давления», «для сердца», «от холестерина», «для разжижения крови». Только незначительная часть опрошенных имела четкую памятку с расписанным режимом лечения: временем приема, дозами препаратов. В некоторых случаях для респондентов оставалось не совсем понятным, как правильно измерять давление, какие показатели являются целевыми и т.п. Также значительная часть опрошенных не были проинформированы о длительности приема препаратов: необходимости соблюдения регулярного или ситуативного

приема препаратов и были уверены, что лечение следует проводить периодическими курсами.

Большинство опрошенных не знакомы с понятием «комбинированные препараты» и данной категорией медикаментов и не задумывались о преимуществах их применения. Только один респондент положительно оценивал прием комбинированного препарата, знал его специфику и преимущества по сравнению с приемом комбинации различных препаратов в разных таблетках. Данные опроса показали, что запрос на комбинированные препараты не высок среди большинства пациентов.

Итак, в целом стратегия лечения оставалась малопонятной для большинства опрошенных: врачи время не отмечали эту информацию во время консультации или такая информация не започиналась пациентами в полной мере. Вместе с тем и сами пациенты часто не пытались разобраться с назначениями врача, а ориентировались на схему, расписанную врачом.

Пациентам на начальной стадии заболевания, как правило, назначалась только антигипертензивная терапия. Схемы лечения предполагали регулярный прием 1–3 препаратов. Наиболее распространенными препаратами для снижения давления, которые принимались 1–2 раза в день, были вальсакор, леркамен, каптоприл, а среди комбинированных препаратов – каптопресс, тонорма. Части опрошенных был назначен прием лекарства только при повышении АД. Пациенты отметили, что ситуативно, если АД не снижается, принимали диуретики. Также часто ситуативно использовали успокаивающие препараты (корвалол и другие препараты валерианы), в редких случаях – препараты на основе трав (пустырник, боярышник)

Пациентам с отягощенным анамнезом назначалась более сложная схема, которая включала другие кардиологические препараты для приема курсами: препараты магния (метаболические), ритмокор. (антиаритмические) и т.д. Схема лечения была более сложной и включавшей от 3 до 7 препаратов. По данным опрошенных, наиболее

частыми были кардиологические препараты «от ишемии, стенокардии»: клосарт, торвакард. Препаратами для снижения АД чаще были валсартан и лозартан. Антитромботическая терапия включала применение кардиомагнил, клопидогрел, лоспирин, магникор, ксарелто, эдоксакорд (прием 1 раз в сутки). Среди гиполипидемических средств наиболее часто назначаемыми были розувастатин, роксипер, розистер, аллеста следующие препараты (прием 1 раз в сутки перед сном). Другими часто указываемыми препаратами были пропанорм, энапа, бисопролол, метопролол. Ситуативно пациенты принимали петлевые диуретики. Один пациент с отягощенным анамнезом детально отметил, что принимает препарат от стенокардии ранекса (курс 2 месяца, по 1 таблетке 2 раза в день), гиполипидемические препараты (розарт или кливас курсами до 3 месяцев в год), антитромботическое средство (кардиомагнил) а также «другие кардиологические препараты» (Доппельгерц). раз в год лечится в стационаре. Некоторые пациенты регулярно применяют нитроглицерин.

У опрошенной аудитории основной критерий оценки эффективности терапии был субъективный, основанный на самочувствии. Как правило, многие пациенты отмечали удовлетворительную результативность, опираясь на улучшение общего состояния, повышение активности, когда показатели АД оставались на нормальном уровне, не поднимались до критических показателей для пациента, а также наблюдалось сокращение частоты и интенсивности приступов. Некоторые пациенты к своим достижениям относили изменение образа жизни.

Многим пациентам было трудно сказать, какой показатель АД и ЧСС является целевым для терапии, как оценить положительную динамику лечения стенокардии, а также период времени, когда ожидать результат от терапии.

### **3.3 Влияние войны на течение болезни и лечение ИБС**

Опрос показал, что война отрицательно повлияла на всех респондентов, но реакция пациентов на ситуацию неоднозначна. Часть

респондентов отмечала, что в связи со стрессом и переживаниями участились эпизоды подъема АД и периоды ухудшения самочувствия. Также повысилась тревожность. Пациенты чаще принимают успокоительное, у некоторых респондентов возникли симптомы бессонницы. Часть пациентов, напротив, отметила мобилизацию сил организма, когда «все симптомы притупляются и становятся незаметными». Многие отметили, что участились эпизоды нарушения режима приема препаратов из-за стресса, переключения внимания на более важные угрожающие ситуации (воздушная тревога, эвакуация), респонденты отмечали, что иногда забывали о приеме лекарства. Иногда отмечались пропуски контрольных визитов к лечащему врачу. Известно также, что у значительной части хронических пациентов с ССЗ наблюдались проблемы с ограничением доступа к возможности получить или купить препарат (закрытие медицинских учреждений, оккупация, нарушение логистики поставок лекарств, выход некоторых производителей с рынка и т.п.). Для пациентов с отягощением анамнезом проблемой стало ограничение возможности получить доступ к медицинским услугам, в первую очередь пропуск плановой госпитализации.

### **3.4 Мнение респондентов относительно эффективности программы «Доступні ліки» при лечении ИБС**

Анализ ответов респондентов продемонстрировал неоднозначное отношение к программе «Доступні ліки». Все респонденты признают, что такая программа предоставила возможность получить препарат бесплатно или со скидкой, что очень важно, поскольку лечение должно быть длительным, а иногда и пожизненным. В то же время, по мнению респондентов, существует целый ряд барьеров по использованию этой программы. Часто в программу не входят препараты, прописанные врачом или предлагаются генерики, которые, по мнению респондентов, не являются эквивалентными оригинальным препаратам по эффективности. Пациенты часто отказываются от приема генерических средств из-за недоверия к их

эффективности). Кроме того, в программу вообще не входят комбинированные препараты, что особенно важно для пациентов с отягощенным анамнезом. Значительная часть опрошенных отмечает неудобство программы: препараты, особенно для больных с ИБС или отягощенным анамнезом, обычно выписывает кардиолог, а доступ к нему обеспечивает семейный врач. В связи с этим возможна несогласованность и невозможность своевременной коррекции терапии. Следует отметить, что половина опрошенных (в том числе все пациенты с отягощенным анамнезом) не пользовались программой на момент опроса, а другие программы для пациентов с ИБС и/или АГ (местного значения, гуманитарная помощь и т.п.) не были известны респондентам.

Основной результат опроса показал необходимость увеличения осведомленности пациентов по поводу главных симптомов заболевания. Это обусловлено высокой долей больных, абсолютно не информированных относительно симптомов ССЗ до установления диагноза, что может привести к задержке обращения за медицинской помощью, запоздалой установкой диагноза и начала лечения. Пациенты не знали о факторах риска ССЗ, а также факторах, которые провоцируют сердечные приступы. Ознакомление широкого круга населения с этим будет полезным для улучшения выявления болезни на начальных стадиях. Кроме того, информированность пациентов об этих факторах сможет помочь им избежать усугубления тяжести заболевания.

Наш опрос показал также низкую вовлеченность пациентов к мониторингу их симптомов. Это может быть связано с низкой приверженностью к терапии вследствие неадекватной оценки своего состояния, а также неадекватного контроля симптомов при лечении. Ответы респондентов показали, что наиболее удобным и критическим периодом, от которого зависит будущая приверженность лечению, есть период с начала установления диагноза и назначения лечения (первые 1–3 месяца), когда пациенты чувствуют себя наиболее уязвимыми и больше всего доверяют



врачу. Использование методов мониторингирования своего состояния, таких как ведение дневников или электронные приложения, приложения для смартфонов или планшетов, может помочь пациентам следить за симптомами, активно контактировать с врачом при необходимости коррекции лечения или обострении. И еще результаты опроса выявили необходимость обучения пациентов для понимания сути его болезни и, как следствие, их вовлечение в лечение и расширение сотрудничества с медицинским персоналом.

Обобщенные литературные данные о пациент-зависимых причинах низкой приверженности к терапии, приведены на рис. 3.1 [7, 15]

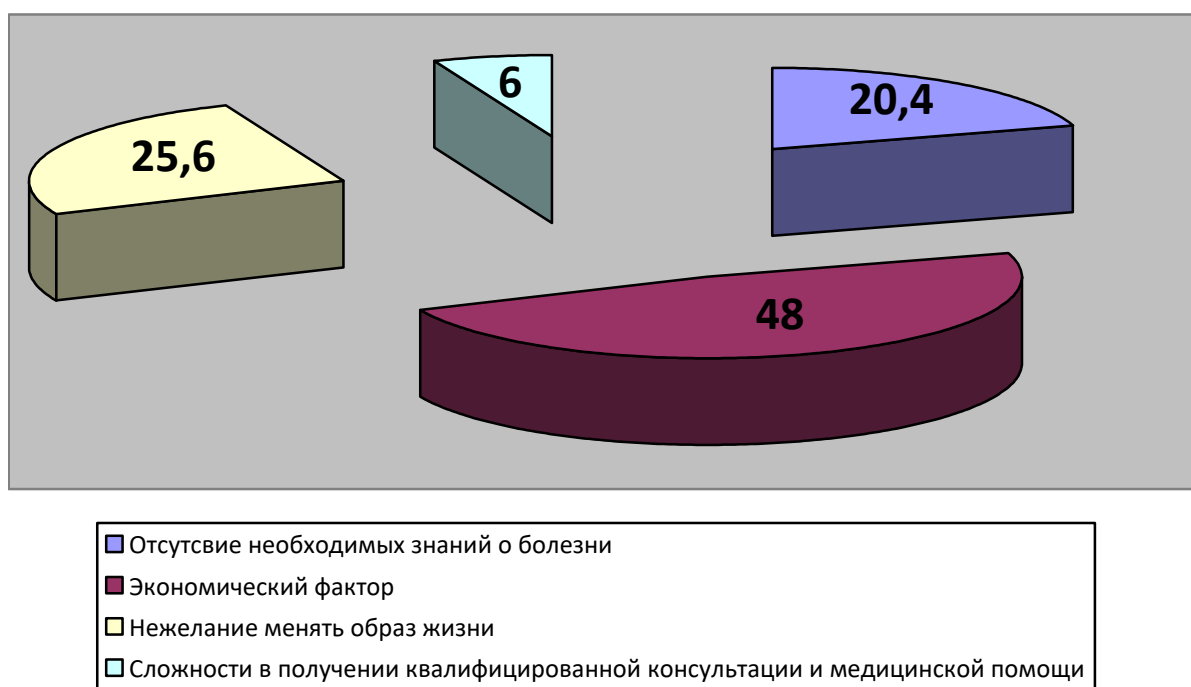


Рис. 3.1 Пациент-зависимые причины недостаточной приверженности пациентов к терапии

Полученные нами результаты опроса соответствуют данным литературы, по которым приверженность к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний очень низкая. В связи с этим необходимо принятие мер для повышения осведомленности больных об особенностях заболевания и повышения приверженности к лечению. В 2022 году был

сформирован консенсус относительно повышения приверженности лечению при ССЗ [5].

Следовательно, проблема низкой приверженности терапии у пациентов с ИБС остается актуальной. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией. Полученные нами данные подтверждают исследования, проведенные в других странах, об ассоциации приверженности с такими факторами, как продолжительность заболевания [10, 13], уровень тревожных расстройств [12, 13], наличие осложнений, связанных с повышенным артериальным давлением (инсульт, инфаркт миокарда) [13, 14], отсутствием симптомов заболевания [13, 16].

Данные литературы, несмотря на разные системы предоставления помощи и разный уровень экономического развития свидетельствуют о сходстве пациент-зависимых причин низкой расположенности к терапии при ССЗ.

Учитывая небольшой размер выборки, особенности методологии опроса, наличие сопутствующих факторов и предубеждений, связанных с интервьюированием, полученные нами результаты могут иметь некоторую погрешность. Следовательно, наши выводы следует рассматривать как чисто описательные и теоретические. Однако эти результаты могут свидетельствовать о значительных последствиях тщательного проведения врачом обследования и лечения больных с ИБС до и после установления диагноза, подчеркивая важность проведения дальнейших исследований на эту тему.

Наше исследование свидетельствует о том, что наиболее ответственным в формировании доверия у пациента является период сразу после установления диагноза, когда пациент чувствует себя более уязвимым и больше всего доверяет врачу. Инструменты мониторинга, такие как дневники или электронные приложения могут помочь пациентам следить за

симптомами и вовремя обращаться за врачебной помощью. И в заключение следует отметить, что этот опрос подчеркивает необходимость научить пациентов распознавать и понимать свою болезнь, чтобы участвовать в лечении и сотрудничать с медицинскими работниками, которые должны выслушать, предоставить подробную информацию и эмоциональную поддержку. Повышение осведомленности пациентов может быть полезным относительно скорейшего обращения за помощью и, следовательно, получения раннего диагноза. Пациенты испытывают необходимость обсуждать процесс своего лечения с врачом. Оптимизация общения и получения информации являются одними из важнейших факторов для пациентов. Результаты, представленные в нашем исследовании, могут помочь клиницистам и фармацевтам при общении с пациентами, у которых низкая приверженность к лечению, а также способствовать разработке комплексных подходов к улучшению приверженности лечения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### **3.5 Результаты мировых исследований по изучению основных характеристик современного амбулаторного пациента со стабильной ИБС**

Украинские врачи (n=52) и пациенты со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) (n=747) приняли участие в масштабном всемирном проекте CLARIFY [25]. Всего участниками исследования стали около 33 тыс. больных с подтвержденным диагнозом ИБС из 45 стран Европы, Азии, Африки, Латинской Америки, а также из Австралии и Канады [25]. Срок наблюдения составил 5 лет (2009–2014). Проведена оценка разницы между реальной клинической практикой и действующими рекомендациями, основанными на данных доказательной медицины.

Сбор и анализ полученных данных проводился независимым статистическим центром из Великобритании.

Большинство участников CLARIFY и в Европе, и в Украине составляли лица мужского пола (~80%), средний возраст украинского

амбулаторного пациента со стабильной ИБС на момент завершения исследования составил 57,5±9,5 года, тогда как европеец был примерно на 6 лет старше.

Две трети наших соотечественников – это люди трудоспособного возраста и только пенсионеры ~30%. Среди европейской популяции наблюдалась прямо противоположная пропорция: пенсионеры составляли 60% в начале и 70% – в конце исследования. Большинство украинцев, вовлеченных в исследование, имели высшее образование (до 70%), у европейцев этот показатель был почти втрое меньше (~25%).

Пациентам с ИБС рекомендуется контролировать массу тела, поскольку избыточный вес и ожирение ассоциируются с неблагоприятным прогнозом. Кроме того, коррекция массы тела оказывает положительное влияние на уровень АД, липидный и углеводный обмен. Однако, судя по полученным результатам, большинство украинских и европейских участников CLARIFY пренебрегали этими рекомендациями.

Средние значения индекса массы тела составляли 29,5 и 28,6 кг/м<sup>2</sup> соответственно. Окружность талии в обеих популяциях ~99 см. В течение 5 лет наблюдения указанные показатели существенно не менялись. Учитывая целевые значения ИМТ – 20-25 кг/м<sup>2</sup> и ОТ <94 см для мужчин / <80 см для женщин, которые рекомендуются международными экспертами с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, можно говорить, что участники исследования и в Европе, и в Украине имели избыточный вес и признаки абдоминального ожирения.

По данным доказательной медицины, для больных со стабильной ИБС и сопутствующей АГ целевые значения АД составляют <140 мм рт. ст. для систолического и <90 мм рт. ст. для диастолического АД. Учитывая результаты исследований последних лет оптимальными показателями АД для таких пациентов считают 130-139/80-85 мм рт. ст. Более низкие значения АД, особенно диастолического <70 мм рт. ст., могут ухудшать перфузию миокарда, что имеет принципиальное значение при

обструктивном поражении коронарных сосудов. Следует отметить, что в украинской популяции CLARIFY ~80% больных имели диагноз АГ и по данным анамнеза регулярно принимали антигипертензивные препараты.

В то же время, несмотря на лечение, в начале исследования давление выше целевых показателей регистрировалось у ~60% пациентов. В европейской популяции доля больных с леченой АГ примерно такая же, как в Украине, но пациентов с адекватным контролем АД в начале исследования было существенно больше: 56,4% против 40,6% в Украине.

В течение периода наблюдения численность украинских больных со стабилизированным давлением (<140/90 мм рт. ст.) выросла на 19,4%. Однако, несмотря на возможности современной фармакотерапии и при регулярном медицинском наблюдении, примерно 40% больных с ИБС и АГ в Украине и более 34% в Европе нуждаются в дополнительной коррекции лечения по контролю АГ.

Стенокардия является классическим клиническим проявлением ИБС, что существенно ограничивает физические возможности пациентов, влияет на прогноз и критически ухудшает качество жизни. По результатам CLARIFY, наличие ангинальных приступов оказало значительное влияние на прогноз больных с достоверным ростом риска инфаркта миокарда и смерти от сердечно-сосудистых причин – на ~45%, даже при отсутствии ишемических изменений при проведении соответствующих диагностических исследований. Учитывая эти данные, оценка тяжести клинической симптоматики у наших соотечественников требует особого внимания, поскольку 74% из них в конце исследования имели приступы стенокардии, несмотря на ежегодное диспансерное наблюдение и лечение. Несмотря на достаточно серьезную клиническую симптоматику, наблюдавшуюся в течение 5 лет, только 1,5% пациентов из Украины дополнительно прошли ЧКВ и 1,1% – АКШ.

Европейская кардиология существенно отличалась от украинской по количественным показателям использования эндоваскулярных и

хирургических методов лечения ИБС. Например, в отношении больных со стенокардией и перенесенным ИМ, а именно: 70,5% пациентов имели послеинфарктный кардиосклероз и 63,5% была проведена реваскуляризация (40,4% – ЧКВ и 23,1% – АКШ).

Что касается медикаментозной терапии, то в настоящее время существуют четко определенные стандарты лечения стабильной ИБС. Оптимальная терапия для таких пациентов предусматривает назначение как минимум одного антиангинального препарата для контроля клинической симптоматики и средств для улучшения прогноза заболевания, к которым относятся статины, ацетилсалициловая кислота (АСК) и по показаниям – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) [14, 15, 27].

Большое значение в современной антиангинальной терапии имеют лекарственные средства, которые влияют на ЧСС больных. ЧСС является одним из важнейших показателей потребности миокарда в кислороде, кроме того, она определяет продолжительность диастолы, то есть периода, в течение которого происходит кровоснабжение/перфузия сердечной мышцы. Рост ЧСС сегодня считается независимым фактором риска для пациентов с ИБС [10].

Так, по результатам исследования BEAUTIFUL ( $n > 10000$ ), у пациентов с пульсом  $> 70$  уд./мин частота летальных и нелетальных случаев ИМ увеличивалась на 46%, а риск смерти от сердечно-сосудистых причин – на 34%. Благодаря влиянию на ЧСС, особенно во время физических нагрузок, к антиангинальным препаратам I ряда относят блокаторы бета-адренорецепторов (ББ).

До сих пор нет единого мнения относительно прогностического значения ББ для пациентов со стабильной ИБС/стенокардией без ИМ (специальные современные обширные исследования с использованием этих средств не проводились). Однако эти препараты способствуют улучшению прогноза послеинфарктных больных и имеют доказанную высокую антиангинальную и антиишемическую эффективность.

Известно, что при использовании ББ в терапевтических дозах рекомендованная ЧСС у больных со стабильной стенокардией составляет 55-60 уд./мин, в тяжелых случаях показатель может быть еще ниже (до 50 уд./мин) при отсутствии симптомов, вызванных брадикардией. Следует отметить, что по существующим данным только ~10% больных не могут принимать ББ в связи с объективными причинами (индивидуальная гиперчувствительность, наличие ХОБЛ/бронхиальной астмы и т.п.).

Результаты исследования CLARIFY свидетельствуют, что украинские врачи добросовестно выполняли действующие рекомендации по лечению ИБС и назначали ББ ~85% своих пациентов, в подгруппе со стенокардией показатель был таким же. В европейской популяции – аналогичная ситуация: ББ принимали >75% участников реестра в общей популяции и ~80% больных, страдавших ангинозными приступами.

Другими рекомендованными антиангинальными средствами для контроля ЧСС являются недигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов (АКК – верапамил и дилтиазем) и ингибиторы I<sub>F</sub>-тока синусового узла (ивабрадин). Недигидропиридиновые АКК в Украине не пользовались особым спросом, их принимали только 1% больных.

Ивабрадин, в отличие от АКК, в данном исследовании оказался популярным препаратом, который назначался в среднем каждому второму пациенту в течение всего периода наблюдения. Поскольку большинство украинских участников CLARIFY имели стенокардию, в этой подгруппе до 60% больных принимали ивабрадин.

Европейские показатели для недигидропиридиновых АКК и ивабрадина были в общей популяции 3,8 и 21,7% соответственно и несколько выше относительно ивабрадина – 34,3% среди больных с ангинозными приступами.

Однако эффективность антиангинальной терапии в украинской популяции CLARIFY была неудовлетворительной. Более 70% украинских больных, несмотря на лечение, имели приступы стенокардии, причем у

трети из них клиническая симптоматика на протяжении всех 5 лет наблюдения оставалась тяжелой – на уровне стенокардии III ФК.

Не был оптимальным в Украине и контроль ЧСС у таких пациентов. Показатель  $<70$  уд./мин в конце исследования имели только ~60% больных украинцев (в течение 5 лет наблюдения количество таких лиц увеличилось всего на 12,5%). Каждый 2-3-й амбулаторный пациент с ИБС в Украине, принимавший ББ, имел частоту пульса выше 70 уд./мин.

Среди европейцев указанные показатели были в среднем лучше на 10%. Так, пульс ниже 70 уд./мин регистрировался у 70,5% больных. В течение исследования количество таких пациентов увеличилось на ~20%. Следует также отметить, что численность больных, которым назначали соответствующие препараты для контроля ЧСС, среди европейской популяции была ниже. Например, ББ приписывалось примерно 85% украинцев и 75% европейцев.

Приблизительно 20% украинцев и 40% европейцев со стенокардией пользовались дигидропиридиновыми ББК. Значительной подгруппе украинских больных (60%) назначались другие антиангинальные средства, в основном триметазидин (50% в популяции), в Европе подобную терапию принимали всего 15,3%.

Во всем мире существует проблема приверженности пациентов к лечению, далеко не всегда больные отдают себе отчет в необходимости тщательного выполнения всех назначений. Однако это не снимает с врача обязанности предоставлять пациенту подробную информацию о сущности его клинического состояния, важности соответствующих диагностических и терапевтических мероприятий, а также о последствиях отказа от рекомендованного лечения.

Кроме возможной недостаточной приверженности терапии участников CLARIFY, полученные результаты частично связаны с недостаточными дозами лекарственных средств, обычно назначаемых специалистами. По данным реестра, ББ рекомендовали в основном в дозах,



составляющих 1/2 и менее определенных максимальных терапевтических. Интересен также и тот факт, что очевидная неэффективность лечения, в частности в Украине (клиническая симптоматика, значение ЧСС и т.д. во время ежегодных визитов в течение 5 лет), не побудила медиков искать другие возможности и пути помощи своим пациентам.

В конце исследования большинство украинцев, как и европейцев, пользовались АСК >85 и 80,5% соответственно. Приблизительно такая же ситуация наблюдалась в подгруппах больных со стенокардией. Не было существенной разницы между Украиной и Европой по назначению тиаенопиридинов (14,1 и 17,3% соответственно), а также двойной антитромбоцитарной терапии с АСК – 18,5 и 16,9% соответственно.

Уровень ХС ЛПНП является одним из определяющих прогностических показателей для больного ИБС, с целевыми значениями <1,8 ммоль/л. Однако в украинской популяции в конце CLARIFY только 6,6% больных имели указанные показатели. При этом в течение исследования доля таких пациентов сократилась вдвое.

Количество пациентов из Европы с целевыми значениями ХС ЛПНП было втрое больше, чем в Украине. У 66% больных ИБС европейцев значение ХС ЛПНП было <2,6 ммоль/л.

В Европе целевых значений ХС ЛПНП (<1,8 ммоль/л) в конце исследования достигли 16,3% участников реестра с ангиальными приступами, что в 2,6 раза больше по сравнению с Украиной, а показатель <2,6 ммоль/л регистрировался у 59,9% европейцев, больных стенокардией. Причем в течение срока наблюдения отслеживалась тенденция улучшения ситуации: количество больных, достигших целевого уровня ХС ЛПНП, увеличилось на 5%, а значений <2,6 ммоль/л – на 18,1%.

Полученные в украинской популяции результаты гиполипидемической терапии также выглядят довольно неубедительно, учитывая, что большинству наших соотечественников назначались соответствующие лекарственные средства, в частности статины (77,9%).

Европейские участники реестра пользовались статинами в 88,5% случаев, и только ~2% применяли другие медикаменты. При наличии стенокардии больным назначались исключительно статины и рекомендации не менялись в течение 5 лет наблюдения.

Следует отметить, что важнейшие прогностические показатели, такие как кардиоваскулярная смертность, в украинской, европейской и общей мировой популяциях реестра CLARIFY существенно не отличались. В течение 5 лет они составляли 5,9; 4,9 и 5,0% соответственно.

Однако у отечественных участников исследования, по сравнению с европейскими, в 2 раза чаще возникал ИМ, преимущественно нефатальный. Подобная ситуация была с нарушениями мозгового кровообращения (инсульт).

Почти вдвое больше больных в Украине за этот период нуждались в стационарном лечении в связи с сердечно-сосудистыми причинами и в 3 раза чаще имели нестабильную стенокардию.

Как уже отмечалось, менее эффективной у пациентов с Украины была и медикаментозная терапия.

### **Выводы к разделу 3**

В результате проведенного нами опроса установлено, что высокая доля больных абсолютно не информирована относительно симптомов ССЗ, что может стать причиной несвоевременного начала лечения.

Наиболее подходящим для корректировки лечения и ответственным является период сразу после установление диагноза, когда пациент чувствует себя более уязвимым и больше всего доверяет врачу.

Данные независимого мирового исследования CLARIFY показали значительные разногласия между действующими международными стандартами по ведению больных со стабильной ИБС и реальной клинической практикой. Даже достаточно обеспеченная европейская медицина имеет проблемы с контролем таких показателей как уровень АД <140/90 мм рт. ст. (неэффективно лечится около трети пациентов); значение

ХС ЛПНП  $<1,8$  ммоль/л (до 80% больных, несмотря на прием статинов, не достигли целевых показателей липидного обмена); и ЧСС (около 30% участников исследования, принимавших ББ, а в некоторых случаях еще и другие препараты, в результате имели частоту пульса  $>70$  уд./мин).

Украинские врачи активно назначали своим больным весь перечень препаратов, рекомендованных при стабильной ИБС, включая статины, ББ, ивабрадин, ингибиторы АПФ. Однако контроль эффективности терапии был крайне низким, и не только по отношению к симптомам заболевания. Так, более 40% больных имели АД  $>140/90$  мм рт. ст., около 40% – повышенную ЧСС  $>70$  уд./мин. Среди наших соотечественников по сравнению с европейскими участниками исследования почти вдвое чаще возникала потребность в стационарном лечении, вдвое больше было случаев ИМ и острых нарушений мозгового кровообращения (инсульт) и втрое – нестабильной стенокардии.

По итогам данных исследования CLARIFY, можно сделать вывод о необходимости существенной оптимизации ведения больных со стабильной ИБС в Украине. Прежде всего, это касается обязательного контроля качества терапевтических мероприятий у пациентов с клиническими симптомами заболевания.

## ВЫВОДЫ

1. В результат проведенного опроса сделан вывод о необходимости увеличения информированности пациентов по поводу симптомов ИБС. Это обусловлено высокой долей больных, абсолютно не информированных относительно симптомов ССЗ до установления диагноза, что может привести к задержке обращения за медицинской помощью, отсрочка установки диагноза и своевременного начала лечения.

2. Полученные данные указывают на необходимость проведения образовательной работы среди пациентов для обеспечения постоянного, длительного самостоятельного контроля артериального давления и приема антигипертензивных средств путем ведения дневника (в том числе электронного) с целью повышения приверженности лечению и его эффективности.

3. Повышение приверженности терапии у пациентов с ИБС возможно достичь путем формирования эффективного взаимодействия пациента, лечащего врача и фармацевта.

4. Очень важным в работе врачей, начиная с первичного звена, является пропаганда здорового образа жизни, коррекция факторов сердечно-сосудистого риска (отказ от табакокурения, поддержание целевых уровней АД и показателей липидного обмена), а также поощрение пациентов к регулярному приему назначенных лекарств, повышение их приверженности терапии. Следует отметить, что соответствующие рекомендации по стабильной ИБС утверждены Минздравом Украины и ждут реального внедрения в клиническую практику.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. 2018 ESC/ ESH guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J. Hypertens.* / B. Williams et al. *European Heart Journal*. 2018. № 36. P. 1953-2041.
2. A patient-centered prescription drug label to promote appropriate medication use and adherence / M. S. Wolf et al. *J. Gen. Intern. Med.* 2016. № 31. P. 1482-9.
3. Assessing the Impact of Medication Adherence on Long-Term Cardiovascular Outcomes / S. Bansilal et al. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2016. № 68 (8). P. 789-801. DOI : 10.1016/j.jacc.2016.06.005. (Date of access: 02.04.2024).
4. Association of Medication Adherence With Health Outcomes in the ISCHEMIA / R. Garcia et al. *Trial. J. Am. Coll. Cardiol.* 2022. № 80 (8). P. 755-765. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.05.045. (Date of access: 02.04.2024).
5. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, (version 2012) / J. Perk et al. *Miles Fisher European Heart Journal*. 2012. № 33. P. 1635–1701.
6. Exforge Intensive Control of Hypertension to Evaluate Efficacy in Diastolic Dysfunction Investigators. Effect of intensive versus standard blood pressure lowering on diastolic function in patients with uncontrolled hypertension and diastolic dysfunction. / S. D. Solomon et al. *Hypertension*. 2010. № 55 (2). P. 241-8. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.138529. (Date of access: 02.04.2024).
7. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research / K. Kvarnström et al. *Pharmaceutics*. 2021. № 13 (7). P. 1100. DOI: 10.3390/pharmaceutics13071100. (Date of access: 02.04.2024).

8. Fedkiv S. V. Європейська стратегія діагностики ішемічної хвороби серця з застосуванням неінвазивних методів візуалізації. *Radiation Diagnostics, Radiation therapy*. 2015. № 1–2. P. 101–112.
9. 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. ESC, 2013 / G. Montalescot et al. *Eur. Heart J.* 2013. Vol. 34. P. 2949-3004.
10. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis / M. Tomaszewski et al. *Heart*. 2014. № 100 (11). P. 855-61. DOI : 10.1136/heartjnl-2013-305063. (Date of access: 02.04.2024).
11. Ihm S.H., Kim K.I., Lee K.J., Won J.W., Na J.O., Rha S.W. et al. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: *Expert Consensus Statement. Korean Circ. J.* 2022 Jan. 52(1). 1-33. doi: 10.4070/kcj.2021.0226
12. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement / S. H. Ihm et al. *Korean Circ. J.* 2022. № 52 (1). P. 1–33. DOI: 10.4070/kcj.2021.0226. (Date of access: 02.04.2024).
13. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications / R. B. Haynes et al. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002. CD000011.
14. Kvarnström K., Westerholm A., Airaksinen M., Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A *Scoping Review of Qualitative Research. Pharmaceutics*. 2021 Jul 20. 13(7). 1100. doi: 10.3390/pharmaceutics13071100.
15. Medication Nonadherence : A challenging conundrum for clinical trials, patients, and clinicians / U. Baber et al. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2022. № 80 (8). 779-782. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.06.010. (Date of access: 02.04.2024).

16. Mobile phonebased interventions for improving adherence to medication prescribed for the primary prevention of cardiovascular disease in adults / M. J. Palmer et al. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. 6. CD012675.

17. Morgan S. G., Lee A. Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a crosssectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open.* 2017. № 7. e014287.

18. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis / M. Iskedjian et al. *Clin. Ther.* 2002. № 24. P. 302–16.

19. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva : World Health Organization. 2003. 208 p.

20. Spoletini I., Ferrari R., Rosano G. M. C. Living with stable angina: patients' pathway and needs in angina. *J. Cardiovasc. Med.* 2020. № 21 (5). P. 377-382. DOI: 10.2459/JCM.0000000000000954.

21. Standardized clas-sification and framework for reporting, interpreting, and analysing medication non-adherence in cardiovascular clinical trials: a consensus report from the Non-adherence Academic Research Consortium (NARC) / M. Valgimigli et al. *European Heart Journal.* 2019. № 40 (25). P. 2070-2085. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy377. (Date of access: 02.04.2024).

22. Two multicenter, 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group studies evaluating the efficacy and tolerability of amlodipine and valsartan in combination and as monotherapy in adult patients with mild to moderate essential hypertension / T. Philipp et al. *Clin. Ther.* 2007. № 29(4). P. 563-80. DOI: 10.1016/j.clinthera.2007.03.018. (Date of access: 02.04.2024).

23. Valgimigli M., Garcia-Garcia H.M., Vrijens B., Vranckx P., McFadden E.P., Costa F. et al. Standardized clas sification and framework for reporting, interpreting, and analysing medication non-adherence in cardiovascular clinical trials: a con sensus report from the Non-adherence Academic Research

Con sortium (NARC). *Eur. Heart J.* 2019 Jul 1. 40(25). 2070-2085. doi: 10.1093/eurheartj/ehy377

24. Гандзюк В. А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2014. № 3. С. 45–52.

25. Долженко М.М., Давидова І.В., Шершнева О.В. Європейські рекомендації з ведення хворих на артеріальну гіпертензію 2018: фокус на ішемічну хворобу серця. *Медична газета Здоров'я України 21 сторіччя* 2018. № 15-16 С. 436-437.

26. Коваленко В. М., Корнацький В. М. Хвороби системи кровообігу, як медико-соціальна і суспільно-політична проблема. Київ. 2014. 279 с.

27. Коваленко В. М., Лутай М. І., Сіренко Ю. М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Київ: ППВМБ, 2008. 121 с.

28. Коновалова М. О., Михайловська Н. С. Структурно-функціональні зміни серця й електричні порушення у хворих на ішемічну хворобу серця з супутньою анемією. *Запорізький медичний журнал*. 2022. № 5. С. 509–515.

29. Нетяженко Н. В. Відмінності ішемічної хвороби серця у жінок та чоловіків. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2014. № 4. С. 95–100.

30. Рекомендації з діагностики та лікування стабільної ішемічної хвороби серця / М. І. Лутай та ін. Київ, 2014. 48 с.

31. Середюк Леся, Добровольська Анна. Ішемічна хвороба серця : вплив  $\beta$ -адреноблокаторів на фоні анксиолітичної терапії. *Grail of Science*, 2024. № 37. С. 448–450.

32. Скубчук О. В. Етіологічні й патогенетичні аспекти взаємозв'язку генералізованого пародонтиту та ішемічної хвороби серця (огляд літератури та власні дані). *Практикуючий лікар*. 2022. № 1. Р. 65–69.

33. Хорсун А. Т. Особливості перебігу ішемічної хвороби серця у хворих після стентування коронарних артерій. Запоріжжя, 2008. 68 с.



34. Целуйко В. Й., Яковлева Л. М., Попова К. І., Фактори, що впливають на перебіг інфаркту міокарда у хворих на ішемічну хворобу серця. *Ліки України плюс*. 2013. № 3-4. С. 19–23.

35. Цукровий діабет, предіабет і серцево-судинні захворювання: метод. рек. / О. І. Мітченко та ін. Київ, 2014. 38 с.

36. Щурко М. М. Лаповець Л. Є. Бойків Н. Д. Діагностичне значення лептину в пацієнтів з ішемічною хворобою серця на тлі метаболічного синдрому. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2022. № 1. С. 11.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Приложение А



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ  
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ  
XXX МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

17-19 квітня 2024 року  
м. Харків

Харків  
НФаУ  
2024

## Продолжение приложения Б

XXX Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

---

Нами було поставлено запитання респондентам про запобіжні заходи, яких зазвичай вони вживають від раку шкіри, з метою оцінити обізнаність і поведінку респондентів щодо профілактики цього захворювання.

Значна частина опитаних (46,8%) дотримується здорового способу життя, включно з відмовою від паління, 30,4% звертається до лікаря в разі виявлення підозрілих змін на шкірі, що свідчить про їхню усвідомленість і відповідальність щодо свого здоров'я. Однак насторожує той факт, що 24% респондентів заявили, що не вживають жодних запобіжних заходів від раку шкіри. Водночас 6,3% респондентів вказали й інші запобіжні заходи, яких вони дотримуються: рідко перебувають під прямими сонячними променями, що може знижувати їхню експозицію до УФ-випромінювання, і не перебувають на відкритому повітрі в період із 12:00 до 15:00, коли сонячна активність є найвищою і рівень УФ-випромінювання досягає піку.

В анкету було включено запитання “Де Ви зазвичай отримуєте інформацію про рак шкіри та методи його профілактики?” з метою зрозуміти, яким джерелам інформації про рак шкіри та його профілактику надають перевагу респонденти, а також щоб оцінити їхню мотивацію та інтерес до цієї теми. Більшість респондентів (94,5%) надають перевагу отриманню інформації про профілактику раку шкіри через інтернет, ймовірно, частково завдяки рекламі діагностики родимок. Значна частка опитаних (74,6%) також звертається до ЗМІ (телебачення, журнали) для отримання подібної інформації. Близько половини учасників опитування (46,7%) вважають за краще отримувати інформацію у лікаря або медичного фахівця, 25,3% – від родичів або друзів. Водночас 5,1% респондентів заявили, що не цікавляться цією темою.

**Висновки.** Загалом результати показують, що є потреба в подальшій освіті та інформуванні громадськості щодо проблеми раку шкіри, факторів ризику його розвитку, методів діагностики, а також заходів профілактики, спрямованих на зниження захворюваності.

### КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Бербане Джамал

Науковий керівник: доц. Матвійчук А.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

matviychukav70@gmail.com

**Вступ.** Згідно з висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається головною причиною смертності населення економічно розвинутих країн світу. За даними офіційної статистики, в Україні налічується понад 9 млн хворих на ІХС. Рівень щорічної смертності в осіб із цим діагнозом становить близько 2–3%. За відсутності відповідного лікування ймовірність коронарної смерті у наступні 5 років після виникнення перших проявів хвороби перевищує 50%.

**Мета дослідження** – порівняльний аналіз ефективності фармакологічної корекції ІХС препаратами різних груп з використанням наукових публікацій з досліджуваної тематики.

**Матеріали та методи.** В роботі використані дані уніфікованих клінічних протоколів та сучасних наукових публікацій з лікування ІХС. Здійснено порівняльно-аналітичне дослідження щодо ефективності застосовуваних методів та засобів лікування.

## Продолжение приложения Б

Секція 9

«ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

**Результати дослідження.** Фармакотерапія стабільної ІХС полягає в усуненні симптоматики та попередженні кардіоваскулярних ускладнень у пацієнта. Антитромбоцитарні засоби відіграють ключову роль у профілактиці тромботичних ускладнень ІХС. Для більшості пацієнтів препаратом вибору у зазначеній фармакологічній групі є аспірин у низьких дозах. Деяким хворим доцільне призначення клопидогрелю. Застосування антитромбоцитарних препаратів асоціюється з підвищеним ризиком кровотеч. Усім пацієнтам з ІХС, за відсутності протипоказань, необхідно приймати статини. Цільовий рівень ХС ЛПНЩ на фоні статинотерапії становить  $<1,8$  ммоль/л. Супутні гіпертензія, діабет, хронічна ниркова недостатність та зниження ФВ ЛШ  $\leq 45$  % є показаннями для призначення інгібіторів АПФ.

**Висновки.** Незважаючи на безліч проведених досліджень, присвячених фармакотерапії ІХС, перед лікарями та фармацевтами стоїть багато невирішених питань. Необхідно спрямовувати зусилля на більш детальне охарактеризування особливостей клініки ІХС, виявляти взаємозв'язок симптомів та функції судин, приділяти більше уваги вивченню патофізіології, факторів ризику, механізмів порушення функції коронарних судин. досліджувати пацієнтів із відчуттям болю у грудній клітині тощо.

### ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ХАРАКТЕРИСТИК БІОМАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕМОСТАЗУ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ

Васильченко В.С.

Науковий керівник: доц. Жаботинська Н.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Vickywonder00@gmail.com

**Вступ.** Військовий конфлікт — це період великого стресу для медичних служб, оскільки він часто супроводжується значними втратами крові та тяжкими пораненнями. Забезпечення ефективного гемостазу є критично важливим для збереження життя поранених та зменшення числа смертей у військових умовах. У таких умовах постійна необхідність надавати швидку та ефективну медичну допомогу пораненим потребує розширення переліку ефективних і доступних гемостатичних засобів. Тому розвиток нових методів гемостазу на основі біополімерів набуває особливого значення під час військового стану. Біополімери, завдяки своїм унікальним властивостям, можуть стати важливим компонентом нових гемостатичних засобів для використання на полі бою. Дослідження ефективності нових гемостатичних засобів на основі біополімерів в умовах бойових дій є невідкладним завданням, яке має на меті забезпечити ефективну та швидку медичну допомогу пораненим та підвищити їхні шанси на виживання.

**Мета дослідження.** У зв'язку з вище сказаним, метою дослідження було проведення порівняльного аналізу біоматеріалів для гемостазу, які вже використовуються в бойових умовах (таких як хітозан), та нових біоматеріалів (таких як целюлоза).

**Матеріали та методи.** Проводили інформаційний пошук та аналіз наукових даних щодо біоматеріалів, які б могли використовуватися у бойових умовах, як гемостатики.

**Результати дослідження.** Гемостаз – це фізіологічний процес зупинки кровотечі в місці ушкодження; цей процес можна розділити на первинний (утворення тромбоцитарної

## Продолжение приложения Б

	ЗМІСТ
Касумова С.; Н. к.: доц. Щербак О.А.	225
Литовченко М.В.; Н. к.: доц. Перець О.В.	227
Макарова В.Д.; Н. к.: доц. Перець О.В.	230
Павлюк Ю.О.; Н. к.: доц. Ткаченко О.В.	231
Панкратов М.В., Андреева Т.М.; Н. к.: доц. Щербак О.А.	233
Підмогильна Ю.П.; Н. к.: доц. Ткаченко О.В.	235
Пономаренко Ю.О.; Н. к.: проф. Рибак В.А.	237
Потапенко К.С.; Н. к.: доц. Селюкова Н.Ю.	239
Рогачова С.В.; Н. к.: доц. Чікіткіна В.В.	241
Саустян Я.С.; Н. к.: доц. Селюкова Н.Ю.	243
Сергач О.Д.; Н. к.: доц. Галузінська Л.В.	245
Сосновська С.Ф.; Н. к.: доц. Ткаченко О.В.	246
Стегнієнко К.Р., Боднарук В.І.; Н. к.: доц. Щербак О.А.	248
Холодняк Д.О., Журба А.О.; Н. к.: доц. Галузінська Л.В.	250
Шгоян М.Х.; Н. к.: доц. Селюкова Н.Ю.	252
Beri Zakaria; S. s.: prof. Kravchenko V.M.	254
Bogatyrova O.O.; S. s.: prof. Naboka O.I.	255
El Assri Abdeladim; S. s.: assoc. prof. Seniuk I.V.	256
El Hajjami Nada; S. s.: assoc. prof. Seniuk I.V.	259
Harrush Hamza; S. s.: assoc. prof. Seniuk I.V.	261
Riyad Qamouta; S. s.: assoc. prof. Seniuk I.V.	263
Sekkat Amane Allah; S. s.: assoc. prof. Seniuk I.V.	265

**СЕКЦІЯ 9. ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**  
**PHARMACOLOGY, PHARMACOTHERAPY AND PHYSICAL**  
**REHABILITATION**

Атмані Бушра; Н. к.: проф. Деримедвідь Л.В.	269
Бен Лахсен Уіам; Н. к.: доц. Савохіна М.В.	269
Бербане Джамал; Н. к.: доц. Матвійчук А.В.	271
Васильченко В.С.; Н. к.: доц. Жаботинська Н.В.	272
Васильченко В.С.; Н. к.-и: доц. Белік Г.В., доц. Кононенко А.В.	273
Калинович Н.О.; Н. к.: проф. Деримедвідь Л.В.	275
Кирилов Д.К.; Н. к.: доц. Матвійчук А.В.	276
Король Є.М., Любарська Д.С.; Н. к.: проф. Деримедвідь Л.В.	278
Рашиді Заінаб; Н. к.: проф. Деримедвідь Л.В.	279
Рижук А.М.; Н. к.: доц. Белік Г.В.	280
Сергієнко Т.В.; Н. к.: доц. Савохіна М.В.	281
Хіяті Хассан; Н. к.: доц. Матвійчук А.В.	283