

И.В. Егоров, к.м.н., врач высшей категории, председатель Научно-методического совета Медицинского центра мэрии Москвы

Современные подходы к лечению ИБС в гериатрической практике

Различные формы ишемической болезни сердца (стабильная стенокардия, инфаркт миокарда и др.) – удел по большей части пожилых людей, имеющих выраженные физиологические изменения в организме и часто отягощенных бременем других патологий. Это диктует необходимость назначения пожилым пациентам ЛС, которые обладают многосторонней эффективностью, позволяющей уменьшить общую медикаментозную «перегрузку» стареющего организма, и при этом имеют хорошие показатели переносимости.

Лечение пожилого человека было и остается задачей нелегкой как с чисто практической, материальной стороны, так и в связи с целым рядом психологических нюансов, знание которых необходимо при работе с этой категорией пациентов. Общение с пожилым человеком требует от врача особого такта и терпения. Давая рекомендации, приходится учитывать множество факторов: привязанность стариков к «льготным спискам», ориентацию на «малобюджетные» способы лечения, а также и то, что они попросту забывают вовремя принимать лекарства, путают препараты между собой.

Однако наибольшую трудность представляет необходимость учитывать при назначении лекарственной схемы сочетание различных патологических состояний, то, что сам пациент называет «полным букетом». Практический врач ежедневно сталкивается с ситуацией, когда жалобы пожилого или старого пациента касаются проявлений сердечно-сосудистой и, одновременно, церебральной патологии. Кроме того, состояние может усугубляться наличием сахарного диабета, остеоартроза, нарушения толстокишечной моторики и т.д. Нередко следствием оказывается настолько же распространенное в нашей медицине, насколько и нежелательное явление – полипрагмазия. Например, анализ рациональности фармакотерапии в одном из крупных российских регионов показал: несмотря на экономические трудности, с которыми сталкиваются ЛПУ, пациенты в среднем получали... 14,5 препаратов (от 2,6 до 39), причем по основному заболеванию – 7,3, т.е. половину от назначаемых лекарственных средств.

Аргументы типа «полипрагмазия у стариков неизбежна» рассматривать всерьез, увы, невозможно. Довод малоубедительный, поскольку против него достаточно привести хотя бы следующий контраргумент: риск возникновения побочных эффектов от принимаемых

препаратов у пациентов пожилого возраста в 5–7 раз выше, чем у молодых, а при назначении 3-х и более препаратов он возрастает уже в 10 раз. Следует также помнить, что старые люди в 2–3 раза чаще, чем пациенты молодого и среднего возраста, госпитализируются по поводу побочных действий препаратов, а наибольшее число связанных с этим смертельных исходов приходится на возрастную группу 80–90 лет. Терапевту, оказывающемуся при нынешних реалиях истинным гериатром, нужно помнить, что в стареющем организме изменяется ряд принципиальных физиологических параметров, которые влияют на фармакокинетику лекарственных средств. В результате этих изменений оказывается, что кинетика лекарств у молодых и у пожилых людей совершенно различны. Это тем более делает полипрагмазию неоправданной, поскольку у стариков множество состояний не подлежит интенсивной фармакотерапии и должно быть корригируемо более мягко и щадяще.

Одним из способов, позволяющих минимизировать «проблему полипрагмазии», является назначение пожилым пациентам многопрофильных препаратов, оказывающих позитивное влияние сразу на несколько ведущих соматических заболеваний и при этом имеющих минимальный спектр побочных эффектов и экономическую (ценовую) «привлекательность».

В заданном контексте весьма интересно рассмотреть метаболические и антиоксидантные цитопротекторные препараты, которые сегодня являются неотъемлемым компонентом лечения ИБС. Нарушения обмена веществ в ишемизированном и гипертрофированном миокарде давно стимулировали исследователей к поиску путей стабилизации метаболизма в сердечной мышце. Но увы, первые препараты, введенные в медицинскую практику для метаболической терапии ИБС, показали, прямо скажем, неважные результаты: на практике их эффект, по сути, сравним

с плацебо. Это относится к метаболиту витамина В₁ **кокарбоксилазе**, распад которой происходит если не в шприце, то буквально в месте введения. Столь же неутешительны современные данные об эффективности инъекций **АТФ**: оказалось, что количество энергии, необходимое на проникновение препарата в кардиомиоцит, больше того, которое содержится в макроэргических связях самого аденозинтрифосфата. Это сделало бессмысленным назначение данного препарата в кардиологической амбулаторной практике. Также уходит из широкого практического употребления предшественник АТФ – препарат **Рибоксин** (инъекции и таблетки), эффективность которого всегда была сомнительной. Подобную судьбу разделили и некоторые другие метаболические препараты. Вообще, внушительную доказательную базу среди антигипоксантов до недавнего времени имел лишь пероральный препарат **Предуктал МВ** (действующее вещество – триметазидин), однако показаний к его применению, кроме ИБС, по-прежнему немного. Что опять же вынуждает врачей при наличии сопутствующих заболеваний у пациента с ИБС назначать ему наряду с этим препаратом множество иных лекарств.

Неудовлетворительный или в лучшем случае ограниченный эффект применения указанных средств послужил импульсом к разработке и внедрению в клиническую практику препаратов с более углубленным и многосторонним действием на патогенез ИБС и других ишемических/гипоксических нарушений.

Как известно, в организме существует антиоксидантная система, которая блокирует процессы перекисного окисления липидов в клеточных структурах, являясь важным фактором предупреждения изменений в сложной патогенетической цепи стрессорных нарушений. С возрастом у пациентов значительно увеличивается потребность в поступлении антиоксидантов извне. Этот факт объясняется тем, что эндогенная антиоксидантная система человека уже с 30 лет начинает заметно уменьшать свою функциональную активность, что создает предпосылки к свободному проявлению радикальной патологии (синдром пероксидации). Безусловно, антиоксидантный потенциал организма необходимо поддерживать, например, с помощью регулярного употребления продуктов и напитков, богатых антиоксидантами. Ярким примером может служить чай, в котором содержатся такие фитоантиоксиданты, как катехины, флавоноиды, антоцианы и лейкоантоцианы, витамин С, отдельные углеводы, фенолкарбоновые кислоты и микроэлементы.

Однако пищевые антиоксиданты, как показывает опыт, обладают слабыми протективными свойствами; их употребление целесообразно главным образом у относительно молодых людей. С возрастом же нарастает потребность в целевых препаратах, имеющих обсуждаемые свойства. Наибольшей эффективностью, отсутствием токсичности и минимальными побочными эффектами характеризуются производные 3-оксипиридина, в частности инъекционные формы **Эмоксипина**, который в свое время стал одним из

первых синтетических антиоксидантов, вошедших в широкую клиническую практику. Он ингибирует свободно-радикальное окисление, активно взаимодействует с перекисными радикалами липидов, гидроксильными радикалами пептидов, стабилизирует клеточные мембраны. Кроме того, Эмоксипин снижает агрегацию тромбоцитов и нейтрофилов, уменьшает полимеризацию фибрина, ингибирует фосфодиэстеразу циклических нуклеотидов, увеличивает содержание цАМФ и цГМФ в клетках (т.е. благотворно воздействует на энергообменные процессы, нарушенные при ишемии/гипоксии). Опыт парентерального применения Эмоксипина у больных с острым инфарктом миокарда на фоне традиционной терапии показал, что препарат существенно улучшал клиническое течение болезни, снижал частоту фатальных осложнений, увеличивал выживаемость больных в острый и подострый период инфаркта.

Дальнейший поиск препаратов метаболического действия привел к появлению новых миокардиальных цитопротекторов, среди которых большой интерес вызывает отечественный метаболический кардиоцитопротектор **Мексикор** (инъекции и капсулы для приема внутрь), представляющий собой комплексное соединение эмоксипина с антигипоксантом сукцинатом.

Первая составляющая Мексикора – эмоксипин, как уже было сказано выше, является синтетическим антирадикальным средством, обладающим широким спектром биологического действия. При этом, благодаря присутствию в Мексикоре метаболита цикла трикарбоновых кислот – сукцината, препарат проявляет более выраженные антигипоксические свойства, чем «чистый» эмоксипин. Например, доказано, что сукцинат способен поддерживать при гипоксии активность сукцинатоксидазного звена. Это важно, т.к. ФАД-зависимое звено цикла Кребса угнетается при гипоксии и ишемии значительно позднее по сравнению с НАД-зависимыми оксидазами и может достаточно длительно поддерживать энергопродукцию в клетке при условии наличия в митохондриях субстрата окисления в данном звене – сукцината (янтарной кислоты).

Соединение янтарной кислоты с эмоксипином позволило резко повысить проницаемость комплекса через биомембраны и доставку сукцината непосредственно в митохондрии, поскольку эмоксипин имеет не только свойства антиоксиданта, но и пенетранта. Таким образом, Мексикор, сходный с эмоксипином по структуре и основному механизму действия, обладает значительно большим энергосберегающим, антиоксидантным и антигипоксическим действием.

Столь многогранные лечебные свойства Мексикора создают предпосылки к широкому использованию препарата в кардиологии. В целом ряде исследований было показано его позитивное действие при остром коронарном синдроме, стабильной стенокардии, застойной сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, при некоторых видах аритмии.

Большой интерес представляет также дальнейшее расширение показаний для данного препарата. Так,

в течение последних лет появилось множество отчетов об успешном использовании Мексикора в неврологической практике, в частности при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) – одном из самых распространенных заболеваний ЦНС в преклонном возрасте. Заметим, что применение ЛС с антиоксидантной и антиишемической активностью при данном состоянии изначально выглядело логичным, т.к. именно нейрональные структуры наиболее уязвимы в условиях «окислительного стресса». На фоне ишемии поступление антиоксидантных факторов из кровеносного русла в головной мозг значительно снижено, а вот содержание фосфолипидов (главного субстрата перекисного окисления, активирующегося при ишемии), напротив, наиболее высоко по сравнению с другими органами и тканями. В силу этих причин именно окислительный стресс, ведущий к гиперпродукции свободных радикалов и деструкции мембран в результате активации фосфолипазного гидролиза, играет в патогенезе ишемии мозга особенно значимую роль.

Ряд практических испытаний Мексикора уже подтвердил изначальные предположения о его эффективности в неврологии. Было показано, что Мексикор, не оказывая побочных эффектов и негативного влияния на клинический статус больных, улучшает статолокомоторные и когнитивные функции у пациентов, страдающих

ДЭ, определяя тем самым более высокий уровень качества жизни и социальной адаптации.

Приведенные данные весьма важны в контексте метаболической терапии ИБС. Как уже отмечалось, ишемические заболевания сердца и мозга у пожилых пациентов чрезвычайно часто сопутствуют друг другу, поскольку ИБС и ДЭ на фоне хронической ишемии мозга оказываются проявлением одного и того же атеросклеротического процесса. Это неизбежно роднит подходы к их лечению. При любом из этих заболеваний, а уж тем более при их сочетании, имеются очевидные обоснования для использования антигипоксантов, наиболее апробированным, безопасным и доступным из которых на сегодняшний день является Мексикор. Благодаря наличию у Мексикора сразу двух нозологических «сфер приложения» – кардиология + неврология, его применение улучшает клиническое течение обеих групп заболеваний, повышает эффективность проводимой терапии и способствует уменьшению общего числа ЛС, включаемых в схемы комплексного лечения ишемических нарушений. Хочется надеяться, что дальнейшее изучение и использование в клинической практике подобных средств окажется еще одним шагом для отказа от полипрагмазии и формирования схемы рациональной медикаментозной терапии в гериатрии.