

Сравнительный анализ эффективности и безопасности применения кардиомагнила и ацетилсалициловой кислоты (КРФ) у постинфарктных больных

Мухамбетова У. М., Цой Е. А., Жунисова М. А., Быковских Д. А., Худайбердиева М. З., Алланазарова Н. Д., Нургазиева А. О., Бекжанова Э. С., Аршимова М. Б., Раипова А. О.

На сегодняшний день первое место среди сердечно-сосудистой смерти занимает атеротромбоз. И, к сожалению, с каждым годом происходит рост смертности в результате тех или иных проявлений атеротромбоза. И поэтому важным направлением современной медицины и, в частности, кардиологии является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и снижение риска развития тромботических осложнений.

В настоящее время известно более 20 лекарственных препаратов, способных угнетать функции тромбоцитов. Это препараты с различными механизмами действия. К часто применяемым группам антитромботических препаратов относятся, в первую очередь, ингибиторы ЦОГ, ярким представителем которых является ацетилсалициловая кислота (АСК). Кроме того, антагонисты рецепторов АДФ (тиклопидин, клопидогрел), ингибиторы ц-АМФ фосфодиэстеразы (дипиридамол), антагонисты гликопротеидов IIb/IIIa и другие.

Но, несмотря на такое большое количество предлагаемых антитромботических препаратов, наиболее широко применяемым все-таки остается АСК, которая на протяжении уже более ста лет доказывает свою эффективность в ходе многочисленных исследований и мета-анализа.

Но, к сожалению, ни для кого не секрет, что помимо великолепных антитромботических свойств, АСК обладает и рядом нежелательных побочных эффектов, связанных с ингибированием простагландинов в слизистой желудочно-кишечного тракта. В этой ситуации предпочтение необходимо отдавать, так называемым, защищенным формам аспирина. К таким препаратам относятся две основные формы: кишечнорастворимые формы (КРФ), всасывание которых происходит в кишечнике (тромбо-АСС, тромбокард, аспирин-кардио и др.) и препараты, всасывание которых происходит в желудке (кардиомагнил).

Цель исследования

- провести сравнительный анализ эффективности и безопасности при применении кардиомагнила и ацетилсалициловой кислоты (КРФ) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением в течение 1 года в период с декабря 2008 г. по январь 2009 г. находились 80 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Давность перенесенного ИМ составляла 0-3 месяца. Средний возраст пациентов составлял 61,3 года $\pm$ 1,7. Все пациенты параллельно страдали артериальной гипертензией разной степени тяжести. У 7-х больных наблюдалось нарушение ритма по типу мерцательной аритмии. 38 человек имели хроническую патологию ЖКТ вне обострения, в том числе 6 пациентов страдали язвенной болезнью (ЯБ).

Помимо антиангинальной, антигипертензивной, метаболической терапии пациенты получали ежедневную антиагрегантную терапию. Причем 40 больным был назначен кардиомагнил в дозе 150 мг на протяжении 1 месяца с

последующим снижением дозы до 75 мг в сутки. Другие 40 пациентов ацетилсалициловую кислоту (КРФ) в дозировке 150 мг в течение 1 месяца с последующим снижением дозы до 100 мг в сутки.

Всем больным проводились общеклинические и лабораторные исследования, а также мониторинг ЭКГ. Переносимость лечения оценивали на основании жалоб больных, а также по выявлению побочных эффектов.

Для оценки эффективности препаратов исследовали: 1) случаи повторного ИМ; 2) госпитализации по поводу нестабильной стенокардии; 3) развитие тромбоэмболии и тромбоза глубоких вен нижних конечностей, а также ТЭЛА; 4) цереброваскулярные осложнения (ишемический инсульт); 5) лабораторные показатели (ПТИ - протромбиновый индекс) 1 раз в неделю в течение первого месяца, далее 1 раз в месяц.

Для оценки безопасности применения препаратов исследовали: 1) наличие диспептических явлений (тошнота, рвота, боли в эпигастрии); 2) случаи обострения желудочно-кишечных заболеваний, в том числе ЯБ; 3) возникновение кровотечений из ЖКТ.

Результаты и обсуждение

В течение 1 года лечения, обследования и наблюдения пациентов в группе, получавших кардиомагнил, не было ни одного случая повторного ИМ, в 2 (5%) случаях была госпитализация по поводу нестабильной стенокардии, 1(5%) человек перенес геморрагический инсульт на фоне выраженного гипертонического криза (АД – 260/210 мм.рт.ст.), не наблюдалось ни одного случая тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА. Средний показатель ПТИ составлял $91\% \pm 2$. Диспептические явления были отмечены у 6(15%) больных, обострения ЯБ и кровотечения из ЖКТ не наблюдались.

В группе, получавших ацетилсалициловую кислоту (КРФ), 3(7,5%) пациентов перенесли повторный ИМ, госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии – 6(15%) случаев, инсультов, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА не было. Средний показатель ПТИ составлял $102\% \pm 3$. Диспептические явления появились у 7(17,5%) больных уже на первом месяце приема препарата и еще у 8(20%) пациентов в течение года. В 3(7,5%) случаев произошло обострение ЯБ, что повлекло за собой отмену препарата. Кровотечений из ЖКТ не было.

Во время лечения все пациенты отмечали удобную кратность приема препарата (1 раз в сутки).

Выводы

1) Кардиомагнил по сравнению с ацетилсалициловой кислотой (КРФ) показал лучший антиагрегационный эффект. При этом уровень ПТИ в группе кардиомагнила был меньше в сравнении с ацетилсалициловой кислотой (КРФ). Следовательно, кардиомагнил при меньших дозах эффективнее улучшает реологические свойства крови, препятствуя тромбообразованию;

2) При применении кардиомагнила наблюдалось значи-

тельно меньше осложнений и побочных явлений как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и со стороны ЖКТ по сравнению с ацетилсалициловой кислотой (КРФ). Это обусловлено высокой биодоступностью (80%) кардиомагнила при минимальных дозировках из-за отсутствия эффекта первого прохождения через печень и наличием в составе молекул гидроксида магния, защищающих слизистую желудка от повреждения. В сравнении биодоступность ацетилсалициловой кислоты (КРФ) снижается до 30-40% в результате ацетилирования препарата в печени.

Таким образом, наблюдения показали, что препарат кардиомагнил, учитывая его положительные фармакокинетические и фармакодинамические свойства, на сегодняшний день является препаратом выбора для лечения пациентов, имеющих высокий риск тромбообразования.

Литература

- Лупанов В. П. Применение ацетилсалициловой кислоты с целью вторичной профилактики коронарной болезни сердца // *Русский медицинский журнал*. 2005; 15: 1053-1056.
- Баркаган З. С. Современная антитромботическая профилактика и терапия. В кн.: *Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Лекция для практикующих врачей*. 8-й национальный конгресс «Человек и лекарство». М.: 2002; 141-153.
- Баркаган З. С., Котовщикова Е. Ф. Причины успеха и неудач применения аспирина при ишемической болезни сердца. В кн.: *Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов. Материалы юбилейной конф. С.Пб. университета*, 1997; 8.
- Куликов А. Ю., Крысанов И. С. Фармакоэкономический анализ антиагрегатной терапии у пациентов с ИБС и высоким риском гастропатии // *Клиническая фармакология и терапия*. 2007; 16: 1: 62-65.