

# EUROACTION – КАРДИОПРОТЕКТИВНА МЕДИКАЦИЯ В ПРЕВАНТИВНАТА КАРДИОЛОГИЯ

**Проф. Дейвиг Уг**

*Имперски колеж, Лондон, Великобритания*

В настоящата лекция ще разгледам приложението на кардиопротективната терапия в контекста на европейския проект EuroAction.

Какво представлява EuroAction? Проект на Европейското кардиологично дружество в областта на профилактичната кардиология, проведен както в болници, така и в центровете за първична помощ. Този проект е спонсориран чрез неограничената финансова субсидия от Astra Zeneca Pharmaceuticals.

Каква е целта на този проект? Проектът има за цел да повиши стандартите на профилактичната кардиология в Европа, доказвайки, че целите по отношение на препоръките за европейския и националния начин на живот, рисковите фактори и терапевтичните цели в профилактиката на сърдечно-съдовите заболявания са достижими и могат да бъдат поддържани в ежедневната клинична практика. Защо създадохме този проект? Разполагаме с европейските препоръки за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания, които дефинираха приоритетите, прицелните нива и терапевтичните цели. Съществува обаче голяма разлика между препоръките от една страна и реално постигнатите в клиничната практика резултати от друга. Въпросът е, можем ли да подобрим лечението на коронарната болест при болните и да модулираме рисковите фактори при пациентите с висок риск, можем ли да въздействаме върху тютюнопушенето, промяната на диетата, навичките за физическа активност, можем ли да спомогнем за достигането на прицелните нива на кръвното налягане и холестерола и ефективен гликемичен контрол. И освен това можем ли да оптимизираме приложението на кардиопротективните медикаменти, не само по отношение на броя на пациентите, приемащи един или повече от тези препарати, но също така по отношение на назначените дози и сътрудничеството на пациента в дългосрочен план.

EuroAction е обширно европейско проучване, проведено в 8 страни, 6 страни, в които е проведена болнична програма и 6 страни, в които е проведена програма в първичната медицинска помощ. В съответствие с приоритетите на европейските препоръки, таргетни групи пациенти на проучването са следните: 1 група – пациентите с коронарни заболявания и техните семейства, 2 група – преки родственици на пациенти с преждевременно настъпила коронарна болест, и 3 група – в която са включени видимо здрави индивиди, които са с повишен риск за развитие на сърдечно-съдово заболяване. В последната група са включени не само пациенти с висок риск, определен по таблицата за оценката на риска, но така също и пациенти с диагностицирана хипертония и пациенти с диабет. Интервенцията е проведена чрез обучени в сърдечно-съдовата профилактика сестри, работещи съвместно с диетолози и физиотерапевти, кардиолози и общопрактикуващи лекари. Болничната програма е проведена от сестрите с помощта на диетолози,

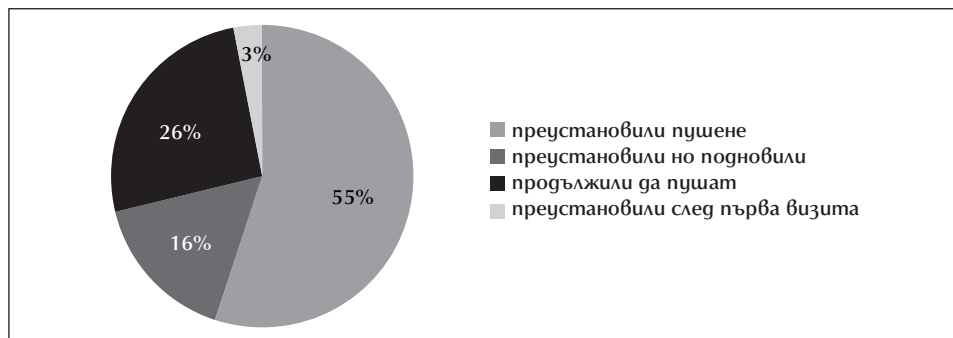
физиотерапевти и кардиолози, а в доболничните центрове – от сестрите и общопрактикуващите лекари. Една от основните характеристики на програмата е, че е семейна. Принципът, на който е снована програмата, е пациентът да не живее самостоятелно. И ако ние искаме да помогнем на пациента да се откаже от тютюнопушенето, важно е да насочим усилията си към семейната му среда. Ако искаме да помогнем на пациента да промени хранителните си навици, трябва да включим в програмата членовете на семейството, отговарящи за пазаруването и готвенето. Ако искаме да стимулираме физическата активност, това се постига най-добре в рамките на цялото семейство. Програмата е базирана върху промяната на начина на живот чрез отказване на пациента и неговото семейство от тютюнопушенето, възприемането на здравословното хранене и повишаване на физическата активност. Колкото по-ефективна е промяната на начина на живот, толкова по-добър е контролът върху кръвното налягане, нивата на липопротеините и гликемията. От сестрите и от лекарите се очаква постигането на таргетните стойности на кръвното налягане, липидите и серумната глюкоза, дефинирани в европейските препоръки. От тях се очаква също назначаването на медикаменти и възходящото титриране на дозите им с цел достигането на тези стойности. В програмата EuroAction бяха разработени информационни материали в помощ на включените семейства. Бяха разработени професионално ръководство за лекуващите екипи, а така също и гъбна регистрационна карта за пациентите, в която да вписват стойностите за рисковите фактори и промяната им с течение на времето. Разработен е и пакет за семействата, включващ информационни материали относно етиологията на сърдечно-съдовите заболявания и начините, по които рисковите фактори могат да бъдат атенюирани, а така също и материали, които биват изпращани по пощата в случай на напускане на семейството на включен в програмата пациент.

Какви са първите резултати от болничната програма? Представихме първите резултатите на конгреса на Европейската кардиологична асоциация, проведен през септември в Стокхолм.

От определените 1468 пациенти подходящи за профилактичната сърдечно-

	мъже		жени		общо	
определяне	1008		460		1468	
Подходящи за СС прев	873		391		1264	
Съгласни да участват	636	73%	289	74%	925	73%
Изходна оценка	562	64%	235	60%	797	63%

фиг. 1. Популация пациенти в болничната програма на EuroAction

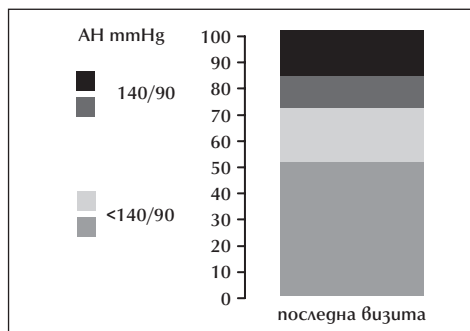


фиг. 2. Тютюнопушене при последия преглед сред пушещите преди събитието

съдова програма се оказаха 1264 пациенти, 73% се съгласиха да вземат участие в нея и при 63% бе проведен инициален преглед (фиг.1). На фиг. 2 е представен навикът тютюнопушене в края на програмата спрямо всички пушачи преди събитието. Повече от половината пациенти напълно са се отказали от пушенето, 60% са прекратили тютюнопушенето в момента на събитието, но след това са продължили да пушат, около една четвърт са продължили да пушат и 3% да пушили в началото на програмата, но са спрели до края ѝ. На фиг. 3 са представени промените в кръвното налягане, отчетени от последния спрямо първоначалния преглед. Наблюдава се сигнификантно понижаване на систолното артериално налягане за жените и на диастолното артериално налягане и при жените, и при мъжете. На фиг. 4 е представена частта от пациентите, достигнали прицелните нива на кръвното налягане. Към последния преглед повече от 2/3 от пациентите са достигнали целевите стойности за кръвното налягане (<140/90 mmHg). На фиг. 5 са показани промените в липидните нива, отчетени на последния спрямо първия преглед. Не се наблюдава промяна в нивото на общия холестерол, но е сигнификантна промяната в нивото на LDL-холестерола. Фиг. 6 показва частта от пациентите, достигнали таргетните стойности за нивото на общия холестерол (<5 mmol/l). 78% от пациентите са постигнали тези стойности, повечето от тях с помощта на понижаващи липидните нива медикаменти. На фиг. 7 е представен глюкозния метаболизъм към момента първоначалния преглед, определен двукратно чрез определяне на глюкозното ниво на гладно и при 56% от пациентите диабет не се установява (глюкоза <6 mmol/l), новопоявил се диабет

	Мъже	Жени	Всички
<b>САН, mmHg</b>			
- начална визита	128.4	133.4	129.9
- 16 седмица	127.9	129.4	128.4
- промяна	-0.51	-3.96	-1.51
- p	0.44	0.0008	0.01
<b>ДАН, mmHg</b>			
- начална визита	76.9	77.2	77.0
- 16 седмица	76.1	75.2	75.8
- промяна	-0.84	-1.94	-1.16
- p	0.03	0.003	0.0005

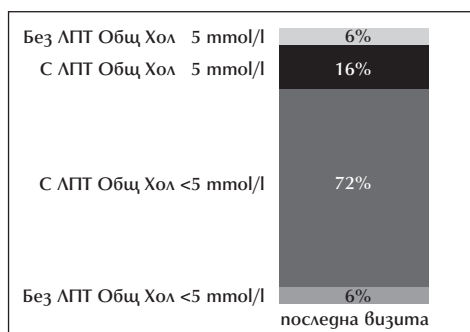
фиг. 3. Промени в артериалното налягане от първия до последния преглед на пациентите



фиг. 4. Пропорция на пациентите, достигнали прицелните нива за артериалното налягане

	Мъже	Жени	Всички
<b>Общ Хол, mmol/l</b>			
- начална визита	4.26	4.65	4.37
- 16 седмица	4.25	4.47	4.31
- промяна	-0.01	-0.18	-0.06
- p	0.84	0.01	0.12
<b>LDL Хол, mmol/l</b>			
- начална визита	2.43	2.58	2.48
- 16 седмица	2.37	2.40	2.39
- промяна	-0.06	-0.19	-0.10
- p	0.08	0.002	0.002

фиг. 5. Промени в нивата на липидите от първия до последния преглед на пациентите

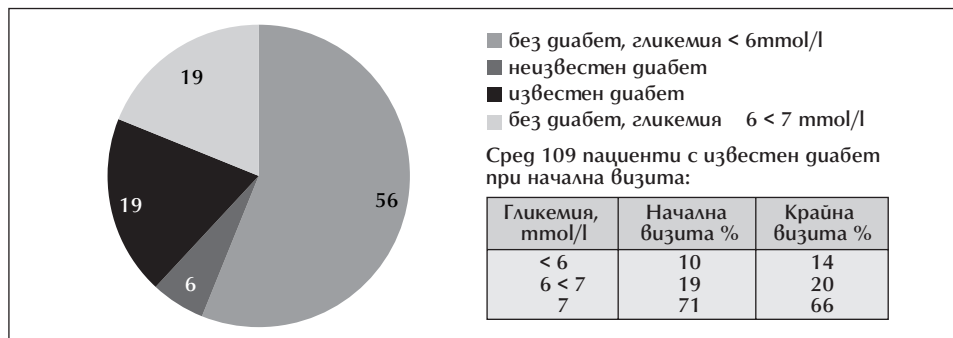


фиг. 6. Пропорция на пациентите, достигнали прицелните нива за общия холестерол (ЛПТ-липидопонижаваща терапия).

е установен при 6% от пациентите и при 19% от пациентите бе открит нарушен глюкозен толеранс. 19% от пациентите бяха с вече диагностициран диабет. Общо при 44% от пациентите бе установен нарушен глюкозен толеранс или диабет. Накрая, фиг. 8 представя промените в кардиопротективната терапия от първия до последния преглед. Окуражителен е фактът, че е относително висока употребата на основните класове кардиопротективни медикаменти от пациентите с коронарна болест. 95% от пациентите са приемали тромبوцитни антиагреганти, 79% - бета-блокери, 58% - АСЕ-инхибитори и ангиотензин-рецепторни блокери, 86% - статини.

Окончателните резултати от тази програма ще бъдат представени на конгреса на Европейската кардиологична асоциация в Барселона през септември 2006 г и ще покажат съотношението на пациентите и техните семейства, достигнали целевите нива на рисковите фактори, а така също и употребата на кардиопротективни медикаменти по отношение на прескрипции и дози. Също толкова важна е оценката на икономическата ефективност на програмата в болничните и доболничните центрове. Повече информация за програмата можете да получите на уеб сайта на Европейската кардиологична асоциация - [www.escardio.org/euroaction](http://www.escardio.org/euroaction), където всички споменати материали са достъпни във формат .pdf. Резюме на научния протокол е публикувано като допълнение в *Eur Heart J* 2004;Vol 6, Suppl J.

Накрая искам да благодаря на Astra Zeneca за неограничената финансова субсидия, благодарение на която стана възможно реализирането на проекта EuroAction от Европейската кардиологична асоциация и което ни помогна да повишим стандарта на профилактичната грижа за нашите пациенти.



фиг. 7. Глюкозен метаболизъм (разпределение по пациенти)

	начален преглед	16 седмица
Антиагреганти	94	95
Орални антикоагуланти	3.2	3.4
Бета-блокери	78	79
АСЕ-И+АРБ	55	58
Са-антагонисти	15	19
Статини	78	86
Инсулин	4.1	4.5
Орални антидиабетни препарати	8.8	10.0

фиг. 8. Промени в медикаментозната терапия от първия до последния преглед (% пациенти)