

Išeminės širdies ligos aktualijos

2006/Nr.4

Leidinių remia farmacijos kompanija



Prof. R. BABARSKIENĖ

Kauno medicinos universiteto
Kardiologijos klinika

Naujos antrinės prevencijos rekomendacijos

Igyvendinant Europos sveikatos politiką *Sveikata visiems XXI amžiuje* bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, Lietuvos sveikatos programoje keliami tikslai – sumažinti gyventojų mirtingumą ir prailginti gyvenimo trukmę. Mažesnę gyventojų mirtingumą galima pasiekti sumažinus mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, kadangi kasmet Lietuvoje ūminiu miokardo infarktu susergera daugiau nei 5000 pacientų. Pacientams po persirgto ūminio miokardo infarkto, nestabiliosios krūtinės anginos epizodo, sergantiesiems stabilijama krūtinės angina tolimesnis gydymo planas susideda iš gyvenimo būdo ir esamų rizikos veiksnių modifikavimo, adekvataus medikamentinio gydymo parinkimo.

Antrinė išeminės širdies ligos profilaktika plačiai taikoma visame pasaulyje. Tai visuma priemonių, skirtų stabdyti ligos progresavimą, sumažinti ar išvengti komplikacijų, prailginti gyvenimo trukmę ir kokybę.

Pasaulio mokslininkai pateikia daug svarbių įrodymų, pagrindžiančių aktyvaus kompleksinio gydymo naudą širdies ir kraujagyslių ligų mažinimui. Daugėja įrodymų, kad visavertis, agresyvus rizikos veiksnių mažinimas pagerina išgyvenamumą, mažina pakartotinių įvykių skaičių, intervencinių procedūrų ir operacijų dažnį, gerina pacientų gyvenimo kokybę.

2006 metais Amerikos Širdies asociacija ir Amerikos kardiologų kolegija atnaujino antrinės profilaktikos, sergantiesiems išemine širdies liga ir kitomis kraujagyslių ligomis, rekomendacijas.

Per 11 metų, praėjusių po to, kai pirmą kartą buvo paskelbtos rekomendacijos, dvi naujos aplinkybės lėmė dar didesnę šių gairių panaudojimo klinikoje svarbą. Pirmą, dėl populiacijos amžiaus pailgėjimo daugėja pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis (apskaičiuota, kad vien tik išemine širdies liga serga 13 milijonų ligonių), kuriems šie gydymo būdai gali būti naudingi. Antra, nors daugelio klinikinių tyrimų, kurių metu buvo vertinamas atitinkamų grupių pacientų gydymas taikant rekomenduojamus būdus, duomenys rodo nedidelį pagerėjimą, tačiau jie ir toliau pagrindžia nerimą keliančią išvadą, kad daug ligonių, kuriems gydymas yra skirtinas, klinikinėje praktikoje faktiškai tokio gydymo negauna.

2006 m. PAKEITIMŲ NAUJIENOS:

- Klopido grelio naudojimo po koronarinio sindromo arba po perkutaninių koronarinių

intervencijų (pacientams, kuriems implanuoti stentai) rekomendacijos.

- Rekomenduojama, taikant ilgalaikį gydymą, skirti mažesnes aspirino dozes.
- Papildomų klinikinių tyrimų duomenys dar labiau pagrindė nuostatą, kad ligoniams, kurių kairiojo skilvelio funkcija yra sutrikusi, naudinga skirti gydymą aldosterono antagonistais.
- Paskelbti klinikinių tyrimų duomenys, kuriuose buvo vertinami ligonių, priklausančių santykinai mažos rizikos grupei, sergančių stabilijama išemine širdies liga, kurių kairiojo skilvelio funkcija nesutrikusi, gydymo angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriais rezultatai.
- Pirmą kartą pasiūlytos rekomendacijos dėl skiepavimo nuo gripo – rekomenduojama pacientus, sergančius lėtinėmis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, skiepyti inaktyvuota gripo vakcina, nes šiems ligoniams gripo komplikacijų išsivystymo rizika yra didesnė.
- Svarbu atsižvelgti į vaistų, kurių naudingumas buvo įrodytas randomizuotų klinikinių tyrimų metu, panaudojimą. Ši nuostata dar labiau sustiprina šių rekomendacijų praktinį taikymą, grindžiamą gautais įrodymais.
- Pripažįstama, kad daugelyje klinikinių tyrimų etninės mažumos, moterys ir vyresniojo amžiaus ligoniai dalyvauja nepakankamai ir raginama gydytojus ir pacientus dalyvauti klinikiniuose tyrimuose, kurie suteiks papildomų duomenų apie šių pacientų grupių gydymo strategiją.

Kolegoms rekomenduojame susipažinti su naujomis rekomendacijomis ir taikyti jas kasdieniniame darbe.

IŠL AKTUALIŲ REDAKCINĖS GRUPĖS KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Prof. R. ŽALIŪNAS
Kauno medicinos universiteto
Kardiologijos klinika
Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas
Tel. (8 37) 33 13 95
kardio@kmu.lt

Prof. R. BABARSKIENĖ
Kauno medicinos universiteto
Kardiologijos klinika
Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas
Tel. (8 37) 33 12 58
ruta@kmu.lt

Doc. B. PETRAUSKIENĖ
Vilniaus universitetinės ligoninės
Santariškių klinikos Kardiologijos klinika
Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius
Tel. (8 5) 236 51 24
cardio@cardio.lt

Doc. Ž. PETRULIONIENĖ
Vilniaus universitetinės ligoninės
Santariškių klinikos Kardiologijos klinika
Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius
Tel. (8 5) 236 52 00
cardio@cardio.lt

Amerikos širdies asociacijos ir Amerikos kardiologijos kolegijos antrinės prevencijos rekomendacijos ligoniams, sergantiems išemine širdies liga bei kitomis kraujagyslių aterosklerozinėmis ligomis (atnaujintos 2006 m.)

Adaptuota pagal AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update. Patvirtintos Nacionalinio širdies, plaučių ir kraujo instituto

Po 2001 m. paskelbtų Amerikos širdies asociacijos (AŠA) (*American Heart Association – AHA*) ir Amerikos kardiologijos kolegijos (AKK) (*American College of Cardiology*) nuorodų-sutarimo dėl antrinės prevencijos (1), klinikiuose tyrimuose gauta daug svarbių įrodymų, dar labiau pagrindžiančių riziką mažinančio ligonių, sergančių išemine širdies liga ar kitomis kraujagyslių ligomis (įskaitant periferinių kraujagyslių, aortos ir miego arterijų ligas) agresyvaus gydymo naudą. Šių įrodymų daugėja, jie patvirtina, kad visavertis agresyvus rizikos veiksnių mažinimas pagerina išgyvenamumą, mažina recidyvų dažnį ir intervencijų poreikį, gerina pacientų gyvenimo kokybę.

Remiantis lipidų koncentracijos mažinimo papildomų tyrimų, kuriuose dalyvavo daugiau kaip 50000 pacientų, rezultatais, apibrėžti nauji gydymo tikslai, kurie buvo apibūdinti 2004 m. atnaujintame III Nacionalinio širdies, plaučių ir kraujo instituto suaugusiųjų gydymo specialistų grupės (*Adult Treatment Panel – ATP*) pranešime. Šie pakeitimai įtvirtino nuostatą, kad išemine širdies liga (IŠL) sergantiems labai didelės rizikos grupės ligoniams (ypač tiems, kuriems yra ūminiai koronariniai sindromai) gali būti siekiama mažesnės tikslinės cholesterolio koncentracijos, be to, buvo praplėstos medikamentinio gydymo indikacijos. Dviejų papildomų klinikių tyrimų (TNT, IDEAL), atliktų po 2004 m. III ATP atnaujinimo, rezultatai įrodė, kad didesnis tikslinis lipidų koncentracijos sumažėjimas teigiamai veikia ir ligonių, sergančių lėtine IŠL prognozę. Remiantis šių klinikių tyrimų duomenimis buvo pakeistos kai kurios rekomendacijos – mažo tankio lipoproteinų cholesterolio (MTL-ch) koncentracija visiems IŠL ir kitomis klinikinėmis aterosklerozės formomis sergantiems pacientams turi būti <100 mg/dl / <2,6 mmol/l, be to, pagrįstai galima siekti, kad tokiems pacientams būtų palaikoma MTL-ch koncentracija <70 mg/dl / <2,0 mmol/l.

Sergantiems vien tik diabetu arba tiems kuriems yra dauginiai rizikos veiksniai, kai susirgimo IŠL per 10 metų rizika yra daugiau 20 %, rekomenduojama naudotis 2004 m. suaugusiųjų gydymo specialistų grupės („Adult Treatment Panel“ - ATP) rekomendacijomis. Pastarosiose rekomendacijose dviejų didelės rizikos grupių pacientų siektina MTL-ch koncentracija, mažesnė nei 100 mg/dl / < 5,2 mmol/l, liko nepakeista.

Galiausiai, siekiant išvengti bet kokių nesusipratimų kontroliuojant cholesterolio koncentraciją, reikia pabrėžti, kad pacientams, priklausantiems mažesnės rizikos grupėms, nesergantiems IŠL arba kitomis aterosklerozės formomis, cholesterolio koncentracija, mažesnė kaip 70 mg/dl / 2,0 mmol/l nėra siektina; šiais atvejais ir toliau taikytinos 2004 m. suaugusiųjų gydymo specialistų grupės („Adult Treatment Panel“ - ATP) rekomendacijomis III atnaujintos nuostatos.

	Rekomenduojami veiksmai, rekomendacijų klasės ir įrodymų lygmuo
<p>Rūkymas. Tikslas: Visiškas nerūkymas. Išvengti pasyvaus rūkymo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kiekvieno apsilankymo metu paklausti, ar asmuo rūko. <i>I (B)</i> - Kiekvienam rūkančiam patarti neberūkyti. <i>I (B)</i> - Įvertinti kiekvieno rūkančiojo norą neberūkyti. <i>I (B)</i> - Padėti patariant ir sukuriant planą, kaip nustoti rūkyti. <i>I (B)</i> - Organizuoti stebėseną, dalyvavimą specialiose programose ar skirti medikamentinį gydymą (įskaitant gydymą nikotino pakaitalais arba gydymą bupropionu). <i>I (B)</i> - Įtikinti, kad asmuo turi vengti pasyvaus rūkymo darbe ir namie. <i>I (B)</i>
<p>Kraujo spaudimo kontrolė. Tikslas: <140/90 mm Hg arba, jei pacientas serga diabetu ar lėtinėmis inkstų ligomis, <130/80 mm Hg</p>	<p>Visiems pacientams: pradėti gyvenimo pakeitimų arba tęsti pakeistą gyvenimą: kontroliuoti svorį, didinti fizinį aktyvumą, saikingiau vartoti alkoholį, mažiau naudoti natrio; pabrėžiama, kad reikia naudoti kuo daugiau šviežių vaisių, daržovių, o kasdieniame racione – daugiau gaminių, kuriuose yra mažai riebalų. <i>I (B)</i></p> <p>Visiems pacientams, kurių kraujo spaudimas $\geq 140/90$ mm Hg (arba, jeigu asmenys serga lėtinėmis inkstų ligomis ar diabetu – $\geq 130/80$ mm Hg): skirti kraujo spaudimą mažinančių vaistų, kad būtų pasiektas tikslinis kraujo spaudimas; jeigu pacientai toleruoja gydymą pradėti β-blokuotais ir (arba) AKF inhibitoriais, jei reikia, papildomai skirti kitų vaistų, pavyzdžiui, tiazidų. <i>I (A)</i></p> <p><i>Papildomos vaistų klasių skyrimo indikacijos, esant konkrečioms kraujagyslių ligoms, pateikiamos septintajame Jungtinio nacionalinio aukšto kraujo spaudimo prevencijos, diagnostikos, vertinimo ir gydymo komiteto (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – JNC) pranešime.</i></p>
<p>Lipidų koncentracijos kontrolė. Tikslas: MTL-ch <100 mg/dl / <2,6 mmol/l. Jeigu trigliceridų koncentracija >200 mg/dl / $\geq 2,3$ mmol/l, ne – DTL-ch turi būti <130 mg/dl / <3,4 mmol/l</p>	<p>Visiems pacientams:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pradėti gydymą dieta. Sumažinti sočiųjų riebalų (iki <7% visų kalorijų kiekio), transriebiųjų rūgščių, cholesterolio naudojimą (iki <200 mg per dieną). <i>I (B)</i> - papildomai skirti fitostanolius ir fitosterolius (2 g per dieną) ir netirpios ląstelienos (>10 g per dieną), tam, kad būtų veiksmingiau mažinama MTL-C koncentracija; <i>I (B)</i> - skatinti kasdienį fizinį aktyvumą ir svorio mažinimą; - siekiant sumažinti riziką, skatinti didesnę omega-3 riebiųjų rūgščių vartojimą (valgyti daugiau žuvies² arba naudoti omega-3 riebalų rūgščių kapsules (1 g per dieną)). Jei trigliceridų koncentracija yra didesnė, dažniausiai, siekiant sumažinti riziką, reikia naudoti didesnes dozes. <i>II (B)</i> <p>Lipidų koncentracijos kontrolė:</p> <p>Įvertinti visų pacientų lipidų struktūrą nevalgius; lipidogramą ligoniams, hospitalizuotiems dėl išeminės arba kardiovaskulinės ligos paūmėjimo, nustatyti per 24 valandas. Pradėti hospitalizuotų ligonių gydymą lipidų koncentraciją mažinančiais vaistais prieš išrašant iš ligoninės, laikantis pateikiamos schemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MTL-ch turi būti <100 mg/dl / <2,6 mmol/l <i>I (A)</i> ir - Pagrįstai galima siekti dar labiau sumažinti MTL-ch iki <80 mg/dl / 2,0 mmol/l. <i>II (A)</i> - Jeigu pradinė MTL-ch koncentracija yra ≥ 100 mg/dl / $\geq 2,6$ mmol/l, pradėti gydymą MTL koncentraciją mažinančiais vaistais.³ <i>I (A)</i> - Jeigu, gydant MTL-ch išlieka ≥ 100 mg/dl / $\geq 2,6$ mmol/l, intensyviai antilipidinį gydymą (gali tekti naudoti MTL koncentraciją mažinančių vaistų derinius⁴). <i>I (A)</i>

<p>Lipidų koncentracijos kontrolė. Tikslas: MTL-ch <100 mg/dl /<2,6 mmol/l. Jeigu trigliceridų koncentracija >200 mg/dl / /≥2,3 mmol/l, ne – DTL-ch turi būti <130 mg/dl1 /<3,4 mmol/l</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jeigu pradinė MTL–ch koncentracija yra 70–100 mg/dl/2,0–2,6 mmol/l, pagrįstai galima siekti, kad gydant MTL koncentracija būtų < 70 mg/dl/1,8–2,0 mmo/l. II (B) - Jeigu trigliceridų koncentracija yra 200–499 mg/dl/2,3–4,5 mmo/l/ neDTL-ch turi būti – 130 mg/dl/3,4 mmo/l/. II (B) ir - Pagrįstai galima siekti dar labiau sumažinti neDTL–ch koncentraciją iki <130 mg/dl – /<3,4mmol/l/. Ila (B) - Galimi neDTL mažinimo būdai: <ul style="list-style-type: none"> • intensyvesnis MTL–ch mažinantis gydymas; I (B) arba • gydymas niacinu⁵ (po MTL–ch koncentraciją mažinančio gydymo); Ila (B) arba • gydymas fibratais⁶ (po MTL–ch koncentraciją mažinančio gydymo); Ila (B). - Jeigu trigliceridų koncentracija yra ≥500 mg/dl⁶/5,7 mmol/l/, prieš skiriant lipidų koncentraciją mažinantį gydymą, siūlomi tokie pankreatito prevencijos būdai: gydymas fibratais⁵ arba niacinu⁵; po trigliceridų koncentraciją mažinančio gydymo reikia pasiekti tikslinę MTL–ch koncentraciją. Jei įmanoma, reikia pasiekti neDTL–ch koncentraciją <130 mg/dl/<3,4 mmo/l/ I (C).
<p>Fizinis aktyvumas. Tikslas: 30 minučių, 7 dienas per savaitę (mažiausiai – 5 dienas per savaitę)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prieš pateikiant rekomendacijas, atsižvelgiant į anamnezę ir (arba) krūvio mėginių rezultatus, įvertinti su fiziniu aktyvumu susijusią riziką. I (B) - Visus pacientus paskatinti, kad jie, pageidautina, kasdien 30–60 minučių atliktų vidutinio intensyvumo aerobinius pratimus (pvz., greitai vaikščiotų); papildomai intensyvintų kasdienę fizinę veiklą (pvz., vaikščiotų darbo pertraukų metu, dirbtų sode, daugiau dirbtų namų ūkyje). I (B) - Skatinti ištvėmės ugdymą (2 treniruotės per savaitę). II (B) - Pacientams, priklausantiems didelei rizikos grupei (pvz., ligoniams, kuriems neseniai yra buvęs ūminis koronarinis sindromas, atlikta revaskularizacija, širdies nepakankamumu sergantiems pacientams) pasiūlyti dalyvauti medicininėse fizinio aktyvumo programose. I (B)
<p>Svorio kontrolė. Tikslas: Kūno masės indeksas: nuo 18,5 iki 24,9 kg/m²; Juosmens apimtis: vyrams <40 colių/102 cm, moterims <35 colių/88 cm</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kiekvieno apsilankymo metu įvertinti kūno masės indeksą ir (arba) juosmens apimtį; nuosekliai skatinti pacientą kontroliuoti arba mažinti svorį, tinkamai derinant fizinį aktyvumą, kalorijų vartojimą ir, jei reikia, dalyvavimą sveikos gyvensenos programose, siekiant, kad kūno masės indeksas būtų 18,5 – 24,9 kg/m². I (B) - Jeigu juosmens apimtis (matuojant horizontaliai ties klubikaulio gūbriais) >88 cm (moterims) ir >102 cm (vyrams), pacientui nurodyti keisti gyvenseną; be to, jei indikuotina, reikia apgalvoti metabolinio sindromo gydymo strategiją. I (B) - Pradinis svorį mažinančio gydymo tikslas yra sumažinti, lyginant su pradiniu, ligoonio svorį 10% Sėkmės atveju galima, jei nustatomos indikacijos, bandyti dar labiau sumažinti svorį.
<p>Antiagregantai arba antikoagulantai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pradėti gydymą aspirinu, visiems pacientams neribotą laiką (jeigu neatsiranda kontraindikacijų) skiriant nuo 75 iki 162 mg per dieną. I (A) • pacientams, kuriems atlikta aortokoronarinių jungčių operacija, gydymas aspirinu, siekiant išvengti šuntų trombozės, turi būti pradedamas per 48 valandas po operacijos. Manoma, kad aspirino skyrimo schemas veiksmingos, kai preparato dozė yra 100 – 325 mg per dieną. Dozių, didesnių nei 162 mg per dieną, skyrimą galima tęsti iki 1 metų. I (B) - Pradėti ligoonių, sirgusių ūminiu koronariniu sindromu arba ligoonių, kuriems atlikta perkutaninė balioninė angioplastika ir stentavimas, gydymą klopidoogrelio (75 mg per dieną) ir aspirino deriniu; gydymą tęsti iki 1 metų (gydymą po stento, nepadengto medikamentais, implantavimo tęsti ≥1 mėn., po stento, impregnuoto sirolimu ≥3 mėn. ir ≥6 mėn. po stento, impregnuoto paklitakseliu). I (B) • pacientams, kuriems atlikta perkutaninė balioninė angioplastika ir stentavimas, iš pradžių reikia skirti didesnę aspirino dozę – 325 mg per dieną: 1 mėnesį, jei implantuotas preparatais nepadengtas stentas, 3 mėnesius, jei implantuotas stentas, padengtas sirolimu ir 6 mėnesius, jei implantuotas paklitakselį skiriantis stentas. I (B) - Esant paroksizminiam arba lėtiniam prieširdžių virpėjimui, po miokardo infarkto (jei yra klinikinės indikacijos, pvz., prieširdžių virpėjimas, trombas kairiajame skilvelyje), skirti varfariną ir palaikyti INR – 2,0–3,0. I (A) - gydant varfarino ir aspirino ir (arba) klopidoogrelio deriniais, padidėja kraujavimo pavojus, todėl ligoonius reikia nuolatos atidžiai stebėti. I (B)
<p>Diabeto kontrolė. Tikslas: HbA_c <7%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nurodyti, kad pacientas keistų gyvenseną; siekiant, kad HbA_c būtų artimas normai, esant indikacijoms pradėti gydymą vaistais. I (B) - Skatinti fizinį aktyvumą, taikyti priemones, mažinančias svorį ir cholesterolio koncentraciją, kontroliuoti kraujo spaudimą taip, kaip tai nurodyta anksčiau). I (B) - Diabeto gydymą derinti su pirminės priežiūros gydytoju arba endokrinologu. I (C)
<p>Renino – angiotenzino – aldosterono sistemos blokatoriai</p>	<p>AKF inhibitoriai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visiems ligooniams, kurių kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija ≤40 % bei pacientams, kuriems yra hipertenzija, diabetas arba lėtinis inkstų ligų, pradėti (jei nėra kontraindikacijų) skirti AKF inhibitorius; gydymą tęsti neribotą laiką. I (A) - Sprendžiama ar AKF inhibitoriai skirtini visiems kitiems pacientams. I (B) - Manytina, kad pacientams, priklausantiems mažesnės rizikos grupei, kuriems po revaskularizacijos kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija nėra sumažėjusi ir kuriems pavyksta tinkamai kontroliuoti rizikos veiksnius, AKF inhibitorių skyrimas gali būti neprivalomas. Ila (B) <p>Angiotenzino receptorių blokatoriai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skirti pacientams, netoleruojantiems AKF inhibitorių, kuriems yra širdies nepakankamumas arba po įvykusio miokardo infarkto yra sumažinta (≤40%) kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija. I (A) - Sprendžiama ar angiotenzino receptorių blokatoriai skirtini kitiems pacientams, netoleruojantiems AKF inhibitorių. I (B) - Sprendžiamas angiotenzino receptorių blokatorių ir AKF derinių skyrimas pacientams, esant sistolinei disfunkcijai. II (B) <p>Aldosterono blokatoriai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skirti pacientams po miokardo infarkto, jau gydomiems terapinėmis AKF dozėmis ir β-blokatoriais, sergantiems arba diabetu, arba širdies nepakankamumu, kuriems nėra reikšmingo inkstų funkcijos nepakankamumo arba hiperkalemijos, jei yra sumažinta kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija (≤40%). I (A)
<p>β-blokatoriai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skirti, jei nėra kontraindikacijų, visiems ligooniams, kuriems yra buvęs miokardo infarktas, sirgusiems ūminiu koronariniu sindromu, ar pacientams su sutrikusia kairiojo skilvelio funkcija, nepriklausomai nuo to, yra ar nėra širdies nepakankamumo simptomų. I (A) - Jei nėra kontraindikacijų, visiems kitiems ligooniams, sergantiems išemine širdies liga arba kitomis kraujagyslių ligomis arba diabetu. Ila (C)

Skiepijimas nuo gripoLigoniai, sergantys širdies ir kraujagyslių ligomis, turi būti skiepijami nuo gripo. *I (B)*

* Šios rekomendacijos taikytinos ligoniams, kuriems diagnozuota išeminė širdies liga arba kitos aterosklerozinės kraujagyslių ligos, įskaitant periferinių arterijų ligas, aortos ir miego arterijų aterosklerozę.

¹ neDTL-ch apskaičiuojama, iš bendros cholesterolio koncentracijos atimant DTL-ch koncentraciją.

² nėščiosios ir žindančios moterys privalo riboti žuvies gaminių vartojimą, kad į organizmą patektų kuo mažiau gyvsidabrio metilo junginių.

³ skiriant MTL-ch mažinančius preparatus, pasiekti MTL-ch koncentracijos sumažėjimą bent 30 % – 40 %. Jei bus pasirinkta tikslinė MTL-ch koncentracija <70 mg/dl/<2,0mmol/l, kad individualiai spręsti tinkamos dozės parinkimą. Kai MTL-ch koncentracija <70 mg/dl/<2,0 mmol/l yra nesiekta todėl, kad pradinė MTL-ch koncentracija yra labai didelė, siekti MTL-ch koncentraciją sumažinti >50% skiriant statinus, arba MTL-ch koncentraciją mažinančių vaistų derinius.

⁴ standartinės statino ir ezitimibo, tulžies rūgšties metabolito arba niacino, dozės.

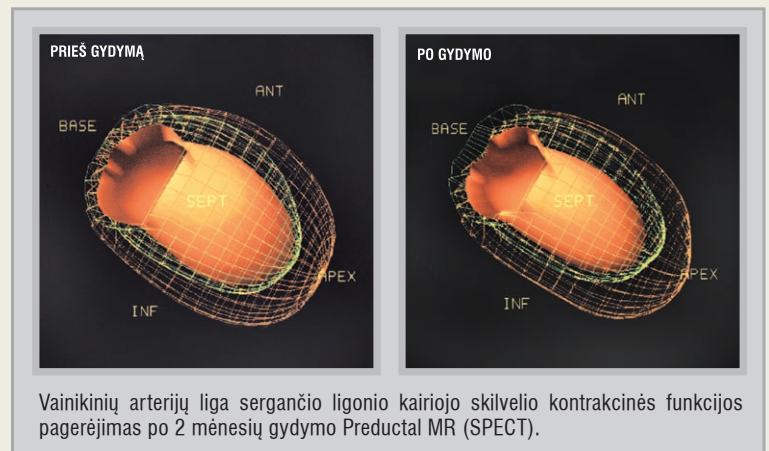
⁵ skiriant dideles statinų dozes su fibratais gali padidėti sunkios miopatijos rizika. Gydamy šiais deriniais, reikia skirti santykinai mažas statinų dozes. Maisto papildų su niacinu negalima vartoti vietoj niacino vaistinių preparatų.

⁶ pacientai, kurių trigliceridų koncentracija yra labai didelė, privalo nevirtoti alkoholio. Kai trigliceridų koncentracija yra >200 mg/dl, />2,3 mmol/l/ tulžies rūgšties metabolitų skyrimas yra santykinai kontraindikuotinas.

Novatoriškas – metabolinis stabilios krūtinės anginos gydymas



- Optimizuoja širdies energijos gamybą, slopindamas riebalų rūgščių β-oksidaciją¹
- Mažina **krūtinės anginos** simptomus²
- Apsaugo širdį visą parą³
- Labai gerai toleruojamas



Preductal® MR. Receptinis vaistas. Veiklioji medžiaga ir jos kiekis. Vienoje preductalio MR tabletėje yra 35 mg veikliosios medžiagos trimetazidino dihidrochlorido. Vaisto forma. Modifikuotai veikliųjų medžiagų atpalaiduojančios tabletės su plėvele. Indikacijos. Ilgalais išeminės širdies ligos gydymas, t. y. krūtinės anginos priepuolių profilaktika (galima gydyti vien preductalio MR arba vartoti jo kartu su kitais preparatais). Dozavimas ir vartojimo būdas. Paprastai reikia gerti po vieną Preductalio MR tabletę ryte ir vakare. Kontraindikacijos. Preductalio MR negalima vartoti, jeigu yra padidėjęs organizmo jautrumas bet kuriai sudedamajai tablečių daliai. Be to, jo nepatariama gerti kūdikio žindymo laikotarpiu (žr. „Nėštumo ir žindymo laikotarpis“). Farmakologinės savybės. Preductalio MR apsaugo ATF nuo intra-ląstelinio lygio sumažėjimo, pagerina energetinį metabolizmą ląstelėse, kurios yra pažeistos hipoksijos ar išemijos. Pagerėja jonų ir jų kanalų funkcija, trans-membraninis kalio-natrio transportas ir ląstelės homeostazė. Ligonų tyrimai parodė, kad sergantiems stenokardija trimetazidinas padidino koronarį rezervą, vėlino išemijos pradžią po fizinio krūvio ir žymiai sumažino stenokardijos priepuolių dažnį bei nitratų poreikį. Sąveika su kitais vaistais. Preductalio MR ir kitų medikamentų sąveikos iki šiol nepastebėta. Nėštumo ir žindymo laikotarpis. Nėštumo laikotarpis. Iki klinikinių tyrimų metu gyvūnams embriotoksinio ir teratogeninio poveikio preductalio MR nesukėlė. Teigti, kad medikamentas nesukels vaisiaus apsigimimo, negalima, kadangi klinikinių tyrimų neatlika. Vadinasi, nėščių moterų juo geriau negydyti. Žindymo laikotarpis. Ar veikliosios preductalio MR tablečių medžiagos patenka į motinos pieną, nežinoma. Šio medikamento vartojančioms moterims kūdikio krūtimi maitinti nerekomenduojama. Poveikis gebėjimui vairuoti arba valdyti mechanizmus. Reikšmingo poveikio gebėjimui vairuoti ir valdyti mechanizmus preductalio MR nedaro. Nepageidaujamas poveikis. Retais atvejais gali sutrikti skrandžio ir žarnyno veikla: atsiranda pykinimas ar vėmimas. Perdozavimas. Preductalio MR perdozavimo atvejų iki šiol nebuvo. Paskutinė teksto peržiūra data 2003 01 31. Registravimo liudijimo turėtojas. LES LABORATOIRES SERVIER, Prancūzija. Atstovas Lietuvoje. UAB „SERVIER PHARMA“, Konstitucijos pr. 7, LT-09308 Vilnius, tel. 8-5 263 86 26, faks. 8-5 263 86 18.



1. Kantor P.F., Lucien A., Kozak R., Lopaschuk G.D. *Circ Res.* 2000; 86:580-588.
2. Sellier P., Broustet J. P. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2003; 3:361-369. 3. Génissel P., Chodjania Y., Demolis J.L., Ragueneau I., Jaillon P. *Eur J Drug Metabol Pharmacol.* 2004; 29:61-68.