

Секция 9: Медицинские науки

АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,
Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д.
Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

ҚАЛДЫБАЕВА ЖАНАР ҚАЙРАТҚЫЗЫ

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

БАЙТҰРСЫНОВА АЙҒАНЫМ ТӨРЕКЕЛДІҚЫЗЫ

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

БЕКБОЛАТОВА ЖАНСАЯ ҒАНИҚЫЗЫ

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет
им. С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Под рефрактерной стенокардией принято считать, когда в течение трех месяцев сохраняются неконтролируемые приступы стенокардии несмотря на комбинированную терапию полными дозами медикаментозными препаратами после процедур реваскуляризации (ЧКВ или АКШ), после которых не исключается рост атеросклеротической бляшки, в том числе и в области стента, т.е. образование новых стенозов или рестеноза, с разрывом бляшки и атеротромбоза. Возможно образование тромба на поверхности стента- тромбоз стента с риском развития острого инфаркта миокарда, аритмии и хронической сердечной недостаточности. Между тем, доказано, что в зависимости от частоты и количества приступов стенокардии риск смерти у больных ишемической

болезнью сердца (ИБС) увеличивается [1, с.18-23;2, с.29; 3,с.2949–3003; 4, 1635–1701].

Целью нашего исследования изучение эффективности медикаментозной антиангинальной терапии у пациентов с ИБС и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования: нами проанализированы 2012 выписок из истории болезни пациентов с ИБС, получивших лечение в кардиоцентре в 2014 году. В 2015 году через 6-12 месяцев после выписки из стационара мы провели телефонный опрос пациентов на предмет наличия у них приступов стенокардии, сколько таблеток или ингаляций нитратов они используют в неделю, уровень АД, ЧСС, названия лекарственных препаратов и дозы, которые они получают постоянно.

Результаты и обсуждение. Результаты эпидемиологического проекта «Компас», проведенного в Казахстане в 2012 г., показали, что даже на фоне приема трех антиангинальных препаратов: блокаторов медленных кальциевых каналов, бета-адреноблокаторов и нитратов, каждый второй больной стабильной стенокардией продолжает испытывать боли в области сердца, одышку, слабость. Согласно результатам эпидемиологического проекта «Компас»[1, с.18-23;], каждый второй больной стабильной стенокардией моложе 60 лет вынужден ограничивать физическую активность. При этом количество приступов стенокардии за неделю доходит до $7,6 \pm 1,8$, а количество потребляемых таблеток нитроглицерина составляет $7,8 \pm 1,9$ и в 2013 году по республике было зарегистрировано 17175 случаев новых инфарктов миокарда. Целью вмешательств, улучшающих прогноз после ЧКВ, являются предотвращение рестеноза, а также снижение риска кровотечений. Согласно литературным данным, частота развития острых тромбозов после ЧКВ в первые сутки составляет 0,6%, подострого тромбоза стента в первые недели доходит до 5%, позднего тромбоза в течение года 5%, а

частота крупных сердечных событий до 20% и остается пожизненный риск развития других атеротромботических событий.

ЧКВ временно освобождает от симптомов стенокардии. С целью улучшения прогноза необходимо своевременно выполнять АКШ, поэтому необходимо проведение коронароангиографии (КАГ) для выявления этой категории больных. Каждый больной с ИБС подлежит диспансеризации, согласно шкалы SCORE, необходимо выделить группы низкого, среднего, высокого и очень высокого риска. Поскольку вклад грамотной вторичной профилактики в снижении летальности от болезней системы кровообращения составляет от 45 до 75%, то необходимо на амбулаторном этапе пациентам очень высокого риска после острого коронарного синдрома, инфаркта миокарда, процедур реваскуляризации проведение вторичной пожизненной агрессивной профилактики.

По данным телефонного опроса через 6 месяцев после выписки из стационара только 16% пациентов продолжали принимать гиполипидемические препараты с целью замедления прогрессирования атеросклероза. Остальные пациенты прекратили прием статинов, по причине отсутствия бесплатных рецептов (76%), а 8% пациентам статины были отменены врачами. Тогда как по клиническому протоколу диагностики и лечения МЗ Республики Казахстан пациент с ИБС обязан принимать статины, эзатемиб, или фибрат постоянно для достижения целевых уровней ХС ЛПНП менее 1,8 ммоль/л; и снижения уровня триглицеридов до 2,3. Для предотвращения тромбозов пациенты через 6 месяцев продолжали принимать: ацетилсалициловую кислоту (АСК) – 98%, тигакрелол - 4%, клопидогрель - 72%. Всем пациентам при отсутствии противопоказаний после ЧКВ в течение года показаны АСК или тигакрелол, при его непереносимости – клопидогрель. При наличии тромба в полости левого желудочка, тромбоэмболии, фибрилляции предсердий 7% пациентов принимали варфарин под контролем МНО,

около 1 % пациентов принимали ривороксабан. Таким образом, данную рекомендацию соблюдают пациенты и врачи.

72% пациентов для устранения дисфункции миокарда принимали иАПФ– периндоприл, рамиприл, 32% принимали АРА II: вальсартан, лозартан, азилсартан, олмесартан,; блокаторы медленных кальциевых каналов принимали 76% пациентов, 57% для урежения пульса продолжали принимать селективные бета-адреноблокаторы – карведилол, бисопролол, метопролол и 4% пациентов - ингибиторы f каналов – ивабрадин. С антиангинальной целью 64% пациентов принимали пролонгированные нитраты и испытывали до 4-7 приступов стенокардии в неделю, тогда как более эффективно для достижения I ФК стенокардии назначение антиангинальных препаратов с цитопротективной активностью в комбинации с препаратами гемодинамического ряда. Триметазидин получали только 9 % пациентов.

Согласно клинического протокола при отсутствии симптомов диспансерное наблюдение после ОКС и ЧКВ следует проводить 1 раз в полгода для коррекции лечения, тогда как при наличии клиники ИБС наблюдение должно быть чаще с проведением ежегодно инструментальных методов обследования, включающих ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭхоКГ; контроль липидного спектра и других факторов риска с оценкой степени физической активности.

Таким образом, все пациенты с рефрактерной стенокардией после процедур реваскуляризации нуждаются в диспансерном наблюдении. Данные телефонного опроса свидетельствуют о не оправданно низком охвате пациентов липидснижающими препаратами и триметазидином на амбулаторном этапе через 6 месяцев после выписки из стационара по поводу ИБС. Причиной этому в большинстве случаев является непонимание пациентами необходимости придерживаться оптимальной

терапии, направленной на снижение риска повторных инфарктов миокарда и улучшения качества жизни пациентов.

Литература:

1. Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Зиманова Г.С. Результаты исследования «Компас» в Республике Казахстан / Международный профессиональный журнал «Медицина», Алматы, №8/122, 2012, С.18-23.
2. «Клинический протокол диагностики и лечения ИБС. Стабильная стенокардия напряжения», утвержденный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, Протокол № 18 / Интернет–ресурсы.
<https://diseases.medelement.com/disease/view/MTQxNjk%253D/fDF8Mnw%253D> - С.29.
3. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. 2013 ESC 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 / *Eur Heart J* -2013-34- P. 2949–3003.
4. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) *Developed with the special contribution of the European Association ESC Guidelines for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / *Eur Heart J* -2012-33-P.1635–1701.