

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;*

АШИРОВ АЗАМАТ АБСАМАТОВИЧ

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

КОНҚА САЛТАНАТ ИКРАМХАНҚЫЗЫ

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

ТАҒАТАР АЙДАНА ӨМІРСЕРІКҚЫЗЫ

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

ТЫНАЛИЕВА ШЫНАР АЙТЖАНОВНА

*Врач, заведующая кардиологическим отделением №3
Городской кардиологический центр, Алматы, Республика Казахстан;*

УМЕНОВА ГАЛИЯ ЖАКСЫЛЫКОВНА

*Врач, заведующая кардиологическим отделением №1
Городской кардиологический центр, Алматы, Республика Казахстан;*

**К НЕОБХОДИМОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

Рефрактерная стенокардия характеризуется следующими признаками: наличием объективных показателей ишемии миокарда; выраженными клиническими симптомами при использовании всех известных (и общепринятых) терапевтических средств лечения больных в максимально переносимых дозах, включая использование методов реваскуляризации путем чрескожно-коронарного вмешательства (ЧКВ) и

аортокоронарного шунтирования (АКШ), причем неконтролируемые приступы стенокардии сохраняются в течение 3-х месяцев [1, с 18-23]. При рефрактерной стенокардии применяются три основных класса антиангинальных препаратов и чаще их назначают в комбинациях [2, с 29].

При лечении рефрактерной стенокардии необходимо исключить вторичные причины (экстракардиальные факторы). Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по лечению стабильной стенокардии 2013 г., антиангинальное/антиишемическое лечение включает назначение короткодействующих нитратов (I B), препаратов первой линии, а именно бета-адреноблокаторов (БАБ) и/или блокаторов кальциевых каналов (БКК) (I A). У асимптомных пациентов с большими зонами ишемии миокарда (более 10%) БАБ рассматриваются как препараты первой линии (I A), при вазоспастической стенокардии исключаются БАБ и предпочтение отдается БКК и нитратам (I B). При сопутствующих заболеваниях/толерантности препараты второй линии (долгодействующие нитраты или ивабрадин или никорандил или ранолазин) могут рассматриваться как препараты первой линии.

В патогенезе ИБС важное звено занимает дефицит АТФ при ишемии. Поскольку предуктал MR уменьшает дефицит энергии (АТФ) в кардиомиоците применение предуктала MR является патогенетически оправданным. Именно предуктал MR включен в качестве препаратов второй линии (I b) в рекомендации по лечению стабильной стенокардии, т.к. обладает выраженным антиангинальным и антиишемическим действием.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности предуктала MR в ранней реабилитации больных с рефрактерной стенокардией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 67 пациентов поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) с диагнозом острый коронарный синдром

(ОКС) в возрасте от 48 до 76 лет, (средний возраст – $59,3 \pm 1,5$); среди них мужчин 32 и женщин -35. 37 пациентов, составивших исследуемую группу, помимо стандартной терапии принимали предуктал MR в дозе по 35 мг 2 раза в сутки в течение 3-х месяцев. 30 пациентов (контрольная группа) находились на стандартной терапии. У всех больных проводились общеклинические и биохимические (кардиомаркеры, креатинин, мочевины, СКФ, билирубин, белок, глюкоза) исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

Результаты и обсуждение. В процессе комплексного обследования всем больным была диагностирована рефрактерная стабильная стенокардия. При этом количество приступов стенокардии за неделю доходило в исследуемой группе до $7,6 \pm 1,8$ и $7,4 \pm 1,1$ в контрольной группе, а количество потребляемых таблеток нитроглицерина составляло $7,8 \pm 1,9$ и $7,6 \pm 1,9$ соответственно.

Последствия преходящей ишемии при рефрактерной стенокардии отражают неадекватную оксигенацию миокарда и локальное накопление продуктов метаболизма. Во время ишемии миоциты переключаются с аэробного на анаэробный путь метаболизма. Сниженная продукция АТФ нарушает взаимодействие между сократительными белками и приводит к транзиторному снижению как систолической сократимости, так и диастолической релаксации левого желудочка. К тому же происходит местное накопление продуктов анаэробного метаболизма, которые активируют периферические болевые рецепторы и вызывают стенокардию. Во время болевого синдрома, сопровождающего острый приступ ишемии, генерализованная симпатическая и парасимпатическая стимуляция может вызвать тахикардию, потливость, тошноту. Поскольку ишемия приводит к внезапному нарушению диастолического расслабления миокарда, транзиторно повышается жесткость левого желудочка и растет внутрижелудочковое диастолическое давление. Повышенное давление

передается на легочное сосудистое русло и может вызвать одышку и отек легких. Кроме того, преходящие нарушения транспорта ионов в кардиомиоцитах и локальное накопление метаболитов могут вызывать опасные желудочковые нарушения ритма. После разрешения острого ишемического эпизода (т.е. после восстановления баланса между доставкой кислорода и потребностью в нем) симптомы стенокардии полностью исчезают, а в случае кратковременности ишемии, стойкие повреждения миокарда отсутствуют.

По рекомендации АНА/АСС метаболические препараты (указан только триметазидин) обеспечивают антиишемическое действие за счет увеличения метаболизма глюкозы относительно окисления жирных кислот. Метаболические антиангинальные средства могут использоваться в комбинации с гемодинамическими препаратами, т.к. их основное действие не связано со снижением ЧСС или АД.

В процессе лечения в группе пациентов, принимавших предуктал MR, отмечена положительная динамика: исчезла ишемия на ЭКГ, уменьшилось количество приступов за неделю до $4,5 \pm 1,3$ и потребность в нитроглицерине снизилась до $3,4 \pm 1,6$; тогда как в контрольной группе эти показатели уменьшились в меньшей степени - $6,9 \pm 1,4$ и $7,2 \pm 1,5$. Помимо клинической эффективности необходимо отметить, что предуктал MR показал достаточно высокий профиль безопасности: не было побочного действия препарата, потребовавшего отмены препарата.

Результаты нашего наблюдения согласуются с данными других исследований. Убедительные данные о преимуществе комбинированной терапии предуктала MR с β -блокатором продемонстрированы в исследовании, проведенном еще в 1997 году. Пациентам со стабильной стенокардией, у которых на фоне приема β -блокатора сохранялась стенокардия дополнительно подключили предуктал MR в одной группе, нитрат – в другой. Через 2 месяца лечения у больных, принимающих

предуктал MR, удалось снизить количество приступов стенокардии на 63% ($p < 0,01$), в то время как у пациентов, принимающих β -адреноблокатор и нитрат только на 31% ($p < 0,01$), что дало основание сделать вывод, назначение предуктала MR вместе с β -блокатором в 2 раза эффективнее уменьшает стенокардию, чем часто используемая в практике комбинация: β -блокатор с нитратом.

Таким образом, предуктал MR показан больным рефрактерной стенокардией в качестве дополнительного средства в тех случаях, когда не удается достигнуть эффекта при лечении традиционными антиангинальными средствами. Предуктал MR обладает выраженным антиангинальным и антиишемическим действием, что подтверждается исчезновением признаков ишемии на ЭКГ.

Литература:

1. Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Зиманова Г.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «КОМПАС» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН//Международный профессиональный журнал «Медицина». - 2012. - №8/122. - 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.