

Стенокардия в связи с микрососудистой дисфункцией и нарушениями атриовентрикулярной проводимости

Лопатин Ю.М.*

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский областной клинический кардиологический центр (Россия, 400008, г. Волгоград, Университетский пр-т, 106)



При обследовании: ритм сердца синусовый с частотой сердечных сокращений (ЧСС) – 68 ударов в минуту (уд/мин), артериальное давление (АД) – 138/76 мм рт.ст. В анализах крови: общий холестерин – 165 мг/дл, липопротеины низкой плотности – 75 мг/дл, липопротеины высокой плотности – 41 мг/дл, триглицериды – 180 мг/дл, глюкоза крови – 102 мг/дл, креатинин – 0,9 мг/дл. Расчетная скорость клубочковой фильтрации – 84 мл/мин/1,73 м². При электрокардиографии (ЭКГ) в покое были выявлены признаки атриовентрикулярной блокады 1-й степени без значимых изменений сегмента ST и зубца T. Ранее у пациента нарушений проводимости сердца в анамнезе не отмечалось.

Таким образом, на момент обращения у этого пожилого мужчины было отмечено ухудшение стабильной стенокардии и впервые диагностировано нарушение атриовентрикулярной проводимости.

Мужчина в возрасте 69 лет с перенесенным 3 года назад инфарктом миокарда нижней стенки без подъема сегмента ST, по поводу которого было проведено чрескожное коронарное вмешательство со стентированием правой коронарной артерии, поступил с типичной стенокардией 2 ФК по классификации CCS (Canadian Cardiovascular Society – Канадское сердечно-сосудистое общество), появившейся 2 недели назад. До этого у него были редкие приступы стенокардии, которые сразу же купировались приемом нитратов короткого действия. Пациент регулярно получал следующую терапию сердечно-сосудистыми препаратами: аспирин 100 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки и бисопролол 5 мг 1 раз в сутки. Из сопутствующих заболеваний у него имеется артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и остеоартрит.

Какие исследования необходимы для принятия решения по поводу дальнейшего лечения у данного пациента?

Отдельные методы исследований должны быть направлены на уточнение степени ишемии миокарда и нарушений атриовентрикулярной проводимости. С учетом сопутствующих заболеваний у пациента было решено отказаться от нагрузочной ЭКГ-пробы на беговой дорожке. Вместо этого была проведена перфузионная сцинтиграфия миокарда, по результатам которой была выявлена ишемия нижней стенки в бассейне правой коронарной артерии. При двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ): функция левого желудочка в норме, имеется гипокинезия нижнего и нижне-перегородочного базальных сегментов. Важно отметить, что при 24-часовом холтеровском мониторинге была выявлена рецидивирующая атриовентрикулярная блокада 2-й степени типа Мобитц 1 как в дневное, так и в ночное время (рис. 1). На этом этапе было решено выполнить коронарную ангиографию, по результатам которой была подтверждена проходимость стента в правой коронар-

*Ответственный автор: Тел: +7 (8442) 415623, эл. почта: yu.lopatin@gmail.com

Публикуется по поручению Европейского общества кардиологов (ESC, European Society of Cardiology). © Автор(ы), 2019.

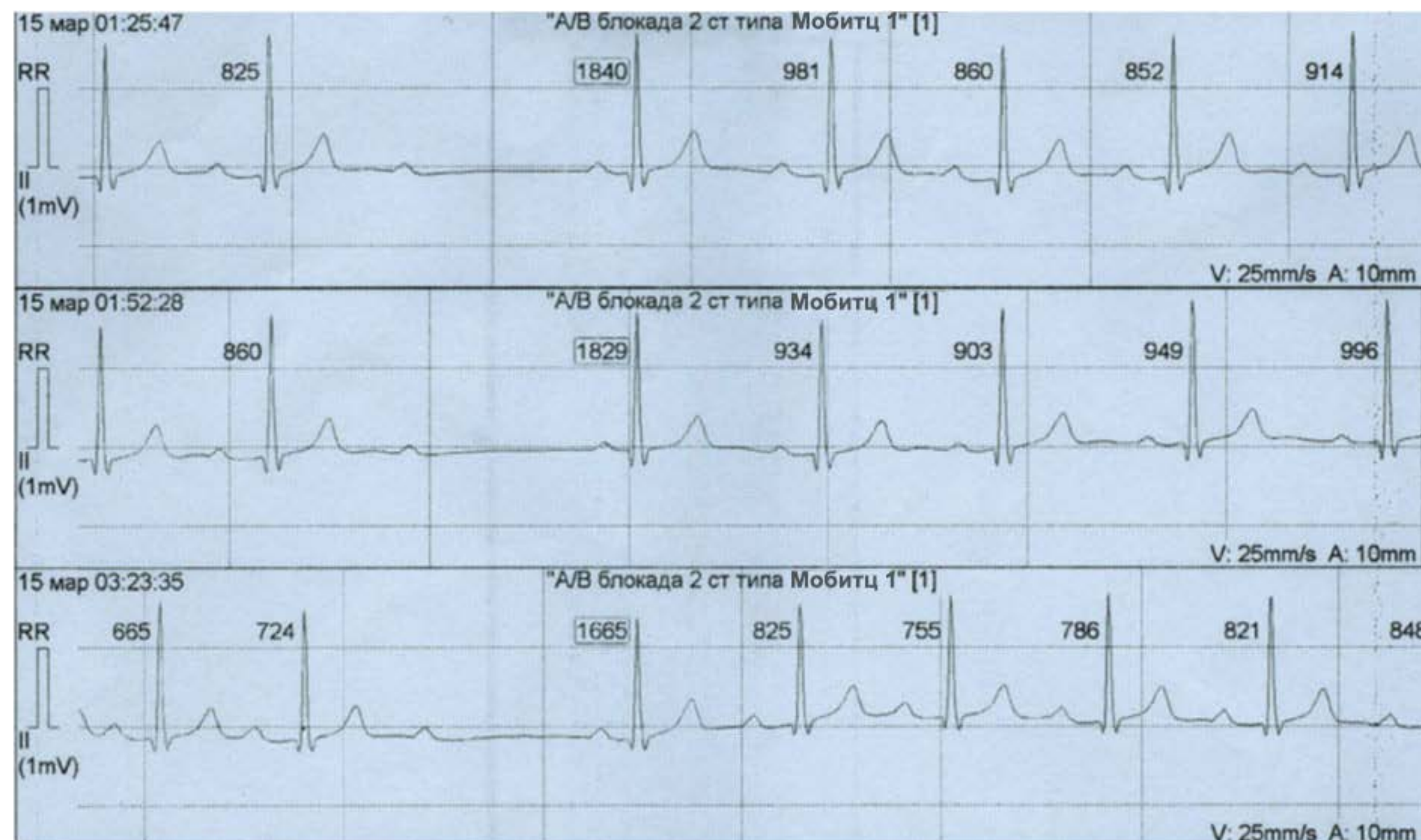


Рисунок 1. Признаки рецидивирующей атриовентрикулярной блокады типа Мобитц 1 при 24-часовом холтеровском мониторировании ЭКГ



Рисунок 2. Коронарные ангиограммы, демонстрирующие проходимость стента в правой коронарной артерии, а также отсутствие новых поражений коронарных артерий

ной артерии. Новых поражений коронарных артерий выявлено не было (рис. 2). По результатам обследования пациента было решено продолжить консервативное лечение с его оптимизацией.

Каким антиангинальным препаратам следует отдавать предпочтение, учитывая наличие нарушений проводимости (атриовентрикулярная блокада 1-й и 2-й степени) у этого пациента?

Бета-адреноблокаторы, а также антагонисты кальция недигидропиридинового ряда замедляют атриовентрикулярную проводимость и могут даже вызвать полную атриовентрикулярную блокаду и внутрижелудочковую диссинхронию. Соответственно, оба эти класса антиангинальных препаратов противопоказаны в данной клинической ситуации. В результате прием бисопролола был постепенно прекращен. Через 1 неделю состояние пациента оставалось стабильным, АД составило 142/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 уд/мин. При повторном 24-часовом холтеровском мониторировании ЭКГ серьезных нарушений ритма сердца и проводимости выявлено не было.

Для контроля стенокардии было решено добавить к терапии антагонист кальция дигидропиридинового ряда – амлодипин 5 мг 1 раз в сутки и с целью вторичной профилактики – аспирин 100 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки и периндоприл 5 мг 1 раз в сутки.¹ Также для купирования приступов стенокардии пациенту рекомендовалось применять нитраты короткого действия. Пролонгированные нитраты не рассматривались из-за риска развития привыкания (толерантности) при их длительном применении. Другим аргументом в пользу выбора амлодипина была необходимость более жесткого контроля АД, поскольку уровень АД увеличился после отмены бисопролола;² однако возникла дискуссия по поводу основного патофизиологического механизма ухудшения стенокардии, и мы пришли к выводу, что ввиду отсутствия дальнейших изменений коронарных сосудов новые приступы стенокардии связаны с коронарной микрососудистой дисфункцией. Выбор конкретных вариантов лечения микрососудистой стенокардии является сложным и обязательно эмпирическим.¹ Помимо традиционных антиангинальных препаратов, таких как бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция и нитраты, было предложено применение ранолазина, ивабрадина или триметазидина. Учитывая, что бета-адреноблокаторы противопоказаны в данной клинической ситуации, а применение ранолазина связано с риском ухудшения атриовентрикулярной проводимости, к терапии был добавлен триметазидин по 35 мг два раза в сутки. Как вариант лечения, в случае повторного возникновения стенокардии у пациента и при ЧСС ≥ 70 уд/мин, можно также использовать ивабрадин.

Через 3 месяца пациент не сообщал о приступах стенокардии, уровень АД у него составил 130/76 мм рт.ст., ЧСС – 68 уд/мин. По результатам 24-часового холтеровского мониторирования ЭКГ никаких нарушений атрио-

вентрикулярной проводимости выявлено не было. Тем не менее был запланирован регулярный контроль атриовентрикулярной проводимости во время следующих визитов.

Финансирование

Автор не получал никакой финансовой поддержки в виде гонорара от компании Сервье при подготовке данной статьи.

Конфликт интересов: Лопатин Ю.М. получал оплату за выступления с докладами и консультации для компании Сервье.

Литература

- Ferrari R, Camici PG, Crea F, Danchin N, Fox K, Maggioni AP, Manolis AJ, Marzilli M, Rosano GMC, Lopez-Sendon JL. Expert consensus document: a 'diamond' approach to personalized treatment of angina. Nat Rev Cardiol. 2018;15:120-132.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, deSimone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39:3021-3104.

Краткая инструкция по применению препарата ПРЕДУКТАЛ® ОД

СОСТАВ*. 1 капсула с пролонгированным высвобождением содержит триметазидина дигидрохлорида 80 мг. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ*. **Длительная терапия ишемической болезни сердца: профилактика приступов стабильной стенокардии в составе моно- или комбинированной терапии.** СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ*. Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки, утром во время завтрака. Оценка пользы от лечения может быть проведена после трех месяцев приема препарата. Прием препарата следует прекратить, если за это время улучшения не наступило. Пациенты с нарушением функции почек/пожилые пациенты: у пациентов с умеренным нарушением функции почек (КК 30-60 мл/мин) рекомендуется снижение дозы, т.е. 1 таблетка, содержащая 35 мг триметазидина, в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ*. Повышенная чувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ, входящих в состав лекарственного препарата. Болезнь Паркинсона, симптомы паркинсонизма, тремор, синдром «беспокойных ног» и другие связанные с ними двигательные нарушения. Тяжелая почечная недостаточность (КК <30 мл/мин). Непереносимость фруктозы/сахарозы, наличие синдрома глюкозо-галактозной мальабсорбции, сахаразо-изомальтазной недостаточности и других ферментопатий, связанных с непереносимостью сахарозы, входящей в состав препарата. Из-за отсутствия достаточного количества клинических данных пациентам до 18 лет назначение препарата не рекомендуется. Беременность и период грудного вскармливания. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ*. Предуктал® ОД не предназначен для купирования приступов стенокардии и не показан для начального курса терапии нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда на догоспитальном этапе или в первые дни госпитализации. В случае развития приступа стенокардии следует вновь оценить степень поражения коронарных артерий и при необходимости адаптировать лечение (лекарственную терапию или возможное проведение процедуры реваскуляризации). Триметазидин может вызывать или ухудшать симптомы паркинсонизма (тремор, акинезию, повышение тонуса), поэтому следует проводить регулярное наблюдение пациентов, особенно пожилого возраста. Могут отмечаться случаи падения, связанные с неустойчивостью походки или артериальной гипотензией, особенно у пациентов, принимающих гипотензивные препараты. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ*. ПРИМЕНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ*. Применение препарата Предуктал® ОД во время беременности противопоказано. При необходимости применения препарата Предуктал® ОД в период лактации грудное вскармливание необходимо прекратить. ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ, МЕХАНИЗМАМИ*. Наблюдались случаи головокружения и сонливости, что может повлиять на способность к управлению автотранспортом и выполнение работ, требующих повышенной скорости физической и психической реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ*. *Часто*: головокружение, головная боль, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, кожная сыпь, кожный зуд, крапивница, астения. *Редко*: ощущение сердцебиения, экстрасистолия, тахикардия, артериальная гипотензия, ортостатическая гипотензия, которая может сопровождаться общим недомоганием, головокружением или падением, особенно при одновременном приеме гипотензивных препаратов, «приливы» крови к коже лица. *Неуточненной частоты*: симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия, повышение тонуса), неустойчивость походки, синдром «беспокойных ног», другие связанные с ними двигательные нарушения, обычно обратимые после прекращения терапии, нарушения сна (бессонница, сонливость), вертиго, запор, острый генерализованный экзантематозный пустилез, ангионевротический отек, агранулоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит. ПЕРЕДОЗИРОВКА*. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА*. Триметазидин предотвращает снижение внутриклеточной концентрации аденозинтрифосфата (АТФ) путем сохранения энергетического метаболизма клеток в состоянии гипоксии. Триметазидин не оказывает прямого воздействия на показатели гемодинамики. ФОРМА ВЫПУСКА*. Капсулы с пролонгированным высвобождением 80 мг. По 10 капсул в блистер из фольги ПА/Ал/ПВХ и фольги алюминиевой. По 3 или 6 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 9 капсул в блистер из фольги ПА/Ал/ПВХ и фольги алюминиевой. По 3 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

**Смотрите полную информацию о препарате в инструкции по применению. Регистрационное удостоверение: ЛП-003410.*