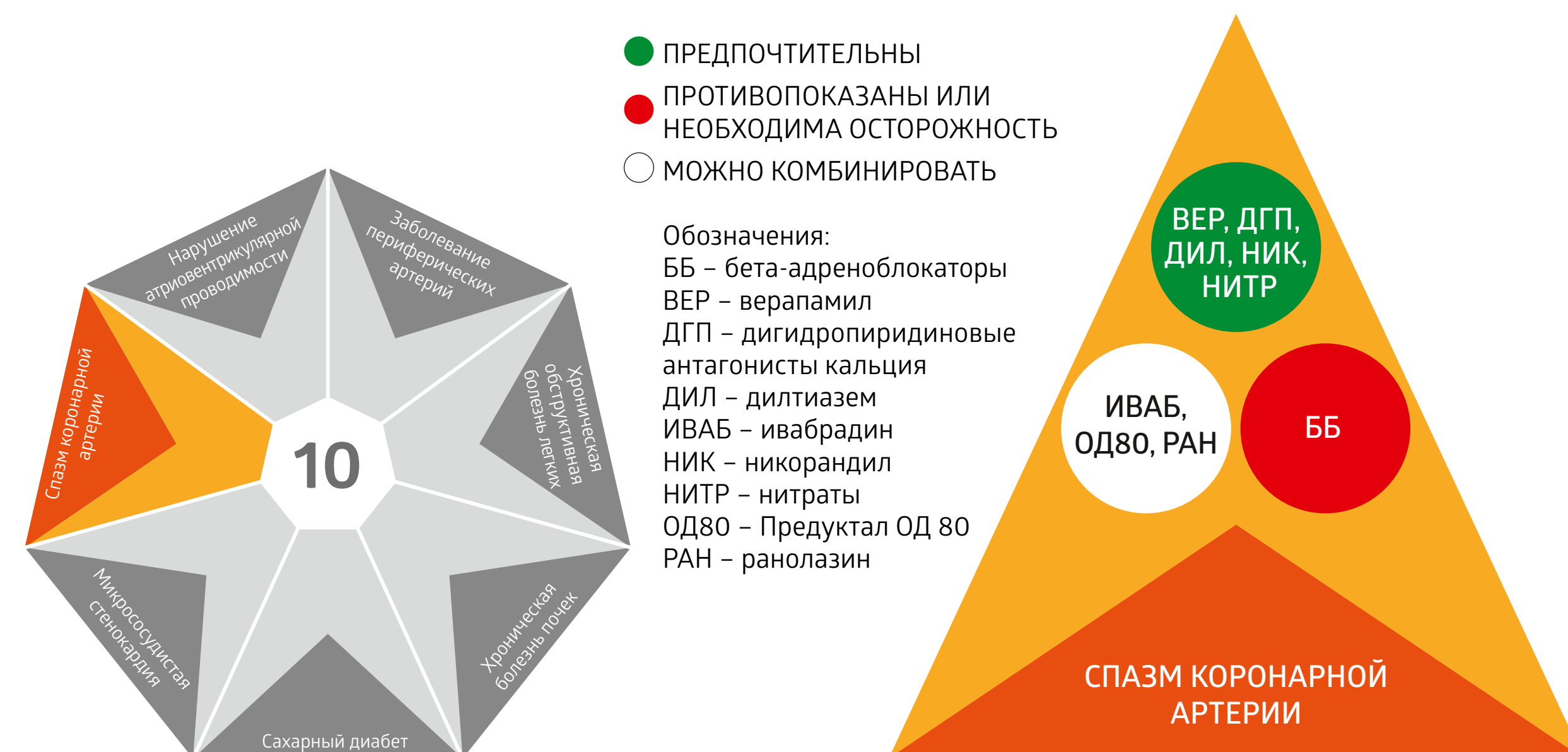


Стенокардия в связи с вазоспазмом у пациентки в пожилом возрасте с сердечной недостаточностью

Марио Марзилли*

Отдел сердечно-сосудистой медицины, Медицинская школа Пизанского университета, Виа Парадиза 2, 56100 Пиза, Италия



Пациентка – 70-летняя женщина с повторными эпизодами стенокардии и недавно перенесенным инфарктом миокарда без подъема сегмента ST. В течение нескольких лет она принимала лекарства от артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии, в том числе метопролол 50 мг 2 раза в сутки, аспирин 100 мг в сутки и аторвастатин 10 мг в сутки. В феврале 2017 года она была направлена в нашу поликлинику в связи с одышкой при физической нагрузке. Результаты проведенной в то время нагрузочной ЭКГ-пробы на беговой дорожке были отрицательными в отношении индуцируемой ишемии миокарда.

Через 4 месяца у пациентки все еще сохранялась симптоматика – одышка при нагрузке и повторные эпизоды боли в грудной клетке с иррадиацией в обе руки продолжительностью несколько минут, а также отмечался периферический отек (++/++++). При трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) была выявлена диффузная гипокинезия левого же-

лудочка (ЛЖ) с умеренно-тяжелым снижением систолической функции (фракция выброса [ФВ] – 35%), митральная регургитация легкой степени и легочная гипертензия. Лечащий врач увеличил дозу фуросемида.

Спустя 2 месяца пациентка была госпитализирована в отделение неотложной помощи с сильной продолжительной (1 час) сжимающей болью в грудной клетке, иррадирующей в правую руку, в сочетании с артериальной гипотензией. Она призналась, что дома у нее было много подобных эпизодов боли в грудной клетке за предыдущие несколько дней. При аускультации у нее были выявлены двусторонние хрипы в легких, артериальное давление (АД) составило 95/65 мм рт.ст. Результаты анализов крови были следующими: высокочувствительный тропонин I (hsTn) – 247 нг/мл; креатинкиназа MB – 6,98 мг/л; мозговой натрийуретический пептид – 2077 пг/мл; лейкоциты – $9,0 \times 10^3$ /л; эритроциты – $3,6 \times 10^6$ /л; тромбоциты – 175×10^3 /л; гемоглобин – 12,1 г/дл; гематокрит – 35,4%; средний объем эритроцитов – 97 фл; среднее содержание гемоглобина в эритроците – 33 пг; глюкоза – 11,55 ммоль/л; креатинин – 2,7 мг/дл; общий белок – 66 г/л; Na – 136 ммоль/л; K – 5,6 ммоль/л; Cl – 102 ммоль/л; аспартатаминотрансфераза – 69 Ед/л; аланинаминотрансфераза – 48 Ед/л; международное нормализованное отношение – 0,98.

У пациентки был диагностирован инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, и она была переведена в отделение кардиологии. Когда она поступила к нам, симптомов стенокардии у нее не отмечалось. Сразу же были проведены электрокардиография (ЭКГ) (рис. 1), рентгенография грудной клетки (рис. 2) и трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ). При ЭхоКГ была выявлена акинезия проксимального отдела нижней стенки, ниже-перегородочного сегмента и всех апикальных сегментов с умеренным снижением систолической функции (ФВ 38%), митральная регургитация легкой степени и легочная гипертензия (давление в легочной артерии – 50 мм рт.ст.). Ритм сердца был синусовым с частотой 78 ударов в минуту, первый и второй тоны сердца были в норме, отмечал-

*Ответственный автор: Тел: +393287291353, эл. почта: mario.marzilli@med.unipi.it

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

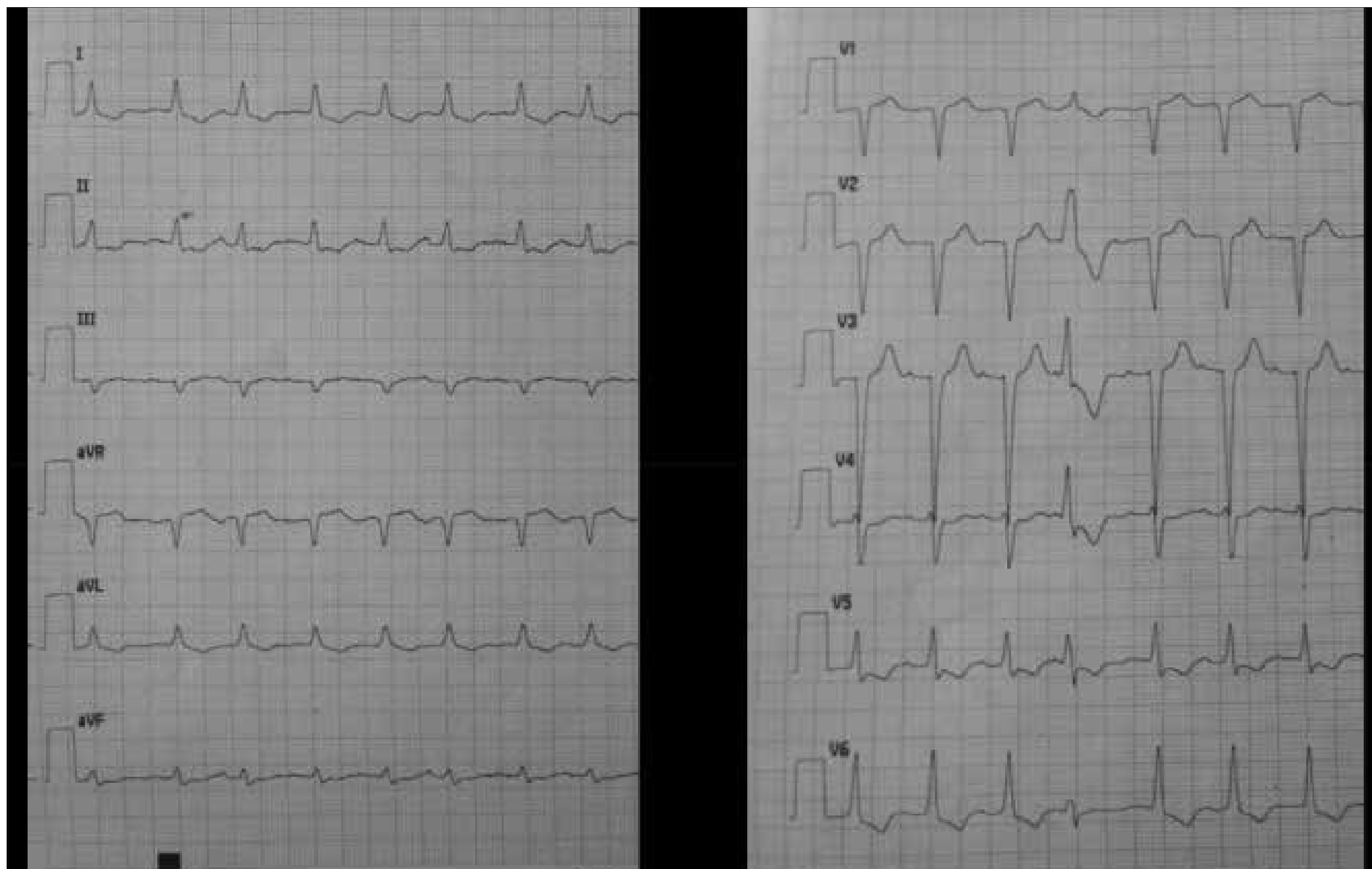


Рисунок 1. Электрокардиограмма (ЭКГ) при поступлении



Рисунок 2. Рентгенография грудной клетки при поступлении



Рисунок 3. Коронарная ангиограмма

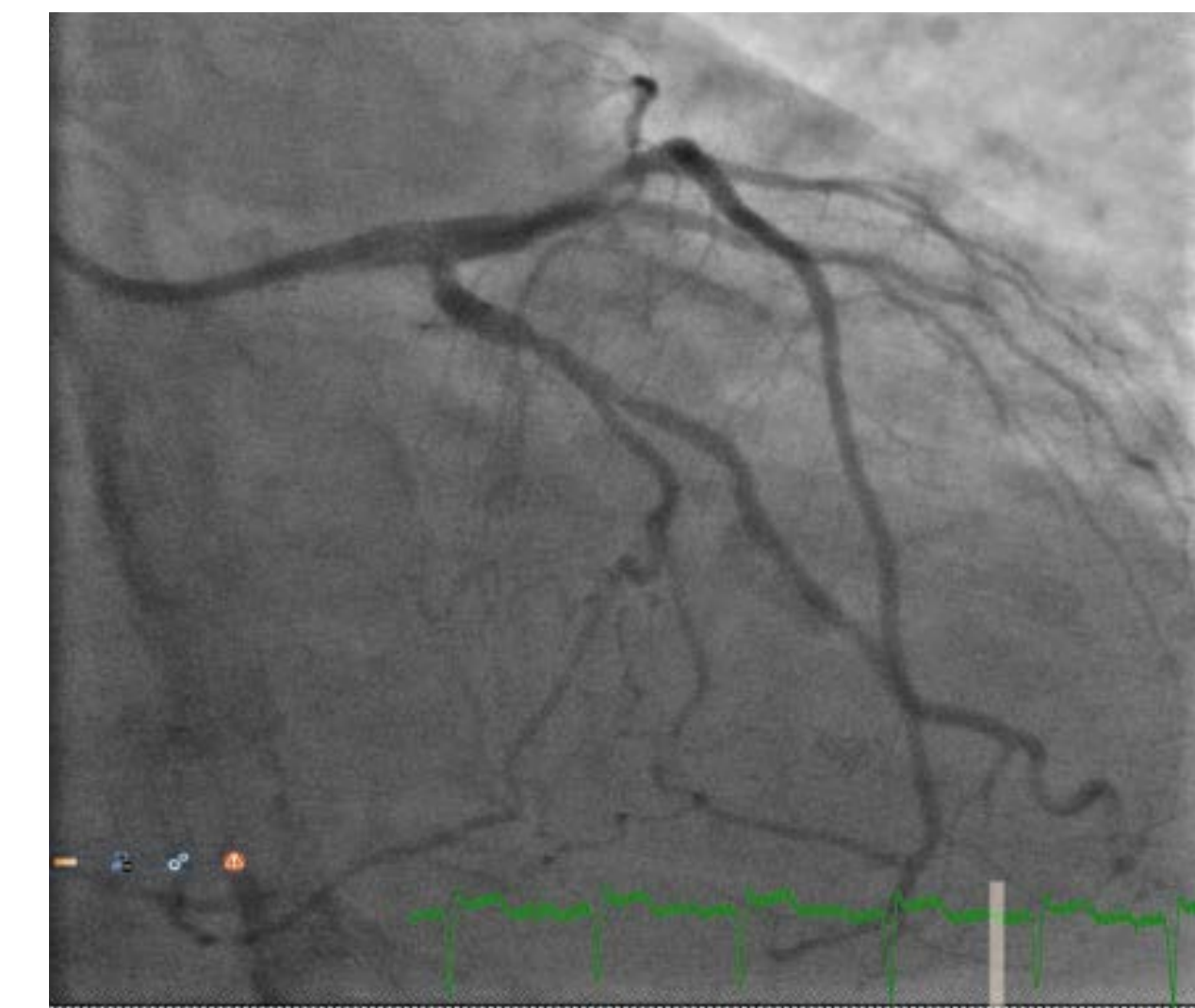


Рисунок 4. Коронарная ангиограмма после стентирования по поводу дистального стеноза ствола левой коронарной артерии

ся пансистолический шум (2/6) на верхушке. Артериальное давление составило 110/70 мм рт.ст. При аускультации легких отмечались двусторонние легочные хрипы, однако периферических отеков не было.

Принимая во внимание возраст пациентки, имеющиеся у нее сопутствующие заболевания и почечную недостаточность, была выбрана стратегия медикаментозной терапии с назначением метопролола 50 мг 2 раза в сутки, изосорбида динитрата 20 мг 3 раза в сутки, аспирина 100 мг и аторвастатина 20 мг в сутки.

В последующие дни почечная функция улучшилась, однако число эпизодов боли в грудной клетке увеличилось, и пациентка была направлена на коронарную ангиографию (рис. 3). У пациентки была выявлена тяжелая обструкция дистального отдела ствола левой коронарной артерии (ЛКА), по поводу которой было успешно выполнено стентирование (рис. 4).

Весьма удивительным было то, что через 3 дня после процедуры пациентка пожаловалась на рецидивирующую стенокардию, которая реагировала на сублингвальный нитроглицерин. Медикаментозную терапию скорректировали, заменив метопролол 25 мг 2 раза в сутки на дилтиазем 60 мг 3 раза в сутки и добавив триметазидин 20 мг 3 раза в сутки. Симптомы улучшились, и пациентка была выписана домой на следующей терапии:

- дилтиазем 60 мг 3 раза в сутки
- изосорбида моонитрат 20 мг 3 раза в сутки
- триметазидин 20 мг 3 раза в сутки
- аспирин 100 мг 1 раз в сутки
- клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки
- аторвастатин 40 мг 1 раз в сутки
- фуросемид 50 мг 3 раза в неделю.



Рисунок 5. Рентгенография грудной клетки при поступлении



Рисунок 6. Рентгенография грудной клетки при выписке

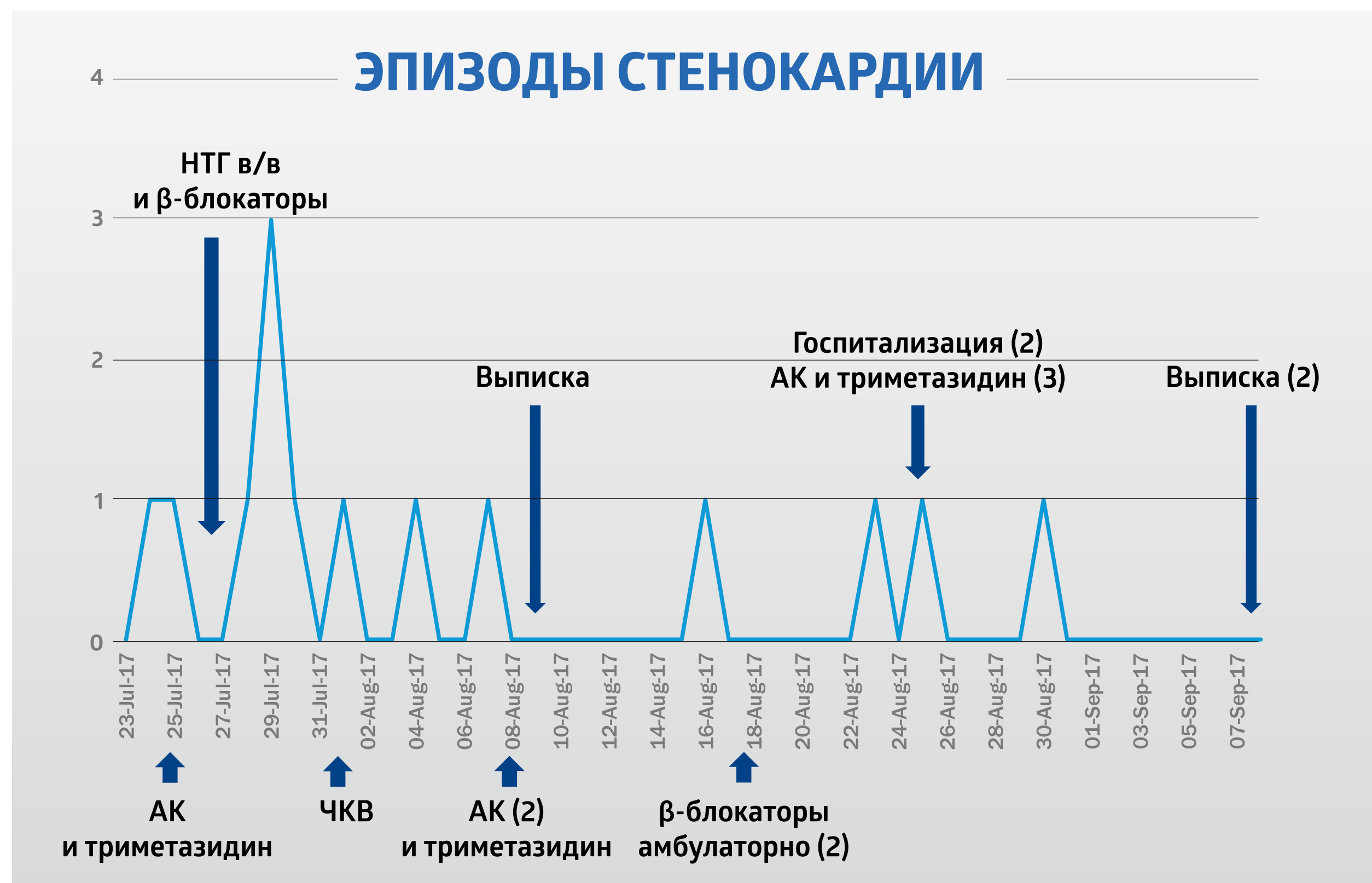


Рисунок 7. Схема, показывающая число эпизодов стенокардии в течение курса лечения с июля по сентябрь 2017 г. Сокращения: АК – антагонист кальция; НТГ в/в – нитроглицерин внутривенно

Находясь дома, пациентка проконсультировалась со своим семейным врачом, который отменил прием антагониста кальция и триметазида и вернул в схему лечения бета-адреноблокатор. Спустя несколько недель пациентка была повторно госпитализирована в связи с нарастанием одышки и рецидивирующей стенокардией (рис. 5). В отделении кардиологии пациентке ввели внутривенно фуросемид, постепенно отменили бета-адреноблокатор и вернули в схему лечения триметазидин и дилтиазем. Поразительно, но это привело к уменьшению застоя легких и улучшению симптомов (рис. 6).

Комментарии

У этой пациентки наблюдалась связь между приемом бета-адреноблокатора и ухудшением стенокардии. И наоборот, комбинация антагониста кальция и триметазида ассоциировалась с заметным улучшением симптомов. Помимо контроля симптомов также отмечалось объективное улучшение: уровень мозгового натрийуретического пептида снизился с 1713 до 989 пг/мл, а легочная гипертензия уменьшилась с 55 до 38 мм рт.ст.

Обсуждение

У лиц пожилого возраста стенокардия обычно сопровождается целым рядом сопутствующих заболеваний. Особенностью этой пациентки является персистенция стенокардии после стентирования по поводу тяжелого дистального стеноза ствола левой коронарной артерии и ухудшение симптомов после назначения бета-адреноблокатора (рис. 7). Эти два наблюдения указывают на вазоспазм как возможный механизм, ответственный за нарастание тяжести стенокардии. Заметное улучшение симптомов и функции сердца при назначении комбинации триметазида и антагониста кальция свидетельствует о том, насколько важен индивидуальный подбор антиангинальных препаратов для каждого пациента.

Финансирование

Авторы не получали никакой финансовой поддержки в виде гонорара от компании Сервье при подготовке данной статьи.

Конфликт интересов: нет.

Краткая инструкция по применению препарата ПРЕДУКТАЛ® ОД

СОСТАВ. 1 капсула с пролонгированным высвобождением содержит триметазида 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 триметазида, 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, сахарозо-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 выполнению 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. Неутонченной 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 пустулез, 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.