

Стенокардия в связи с перенесенным инфарктом миокарда и сопутствующей артериальной гипертензией

Сена Серт*¹, Булент Мутлу*²

¹ Отделение кардиологии, Учебно-исследовательская больница торакальной и сердечно-сосудистой хирургии им. Д-ра Сиями Эрсека, Стамбул, Турция (13 Tibbiye Cad Selimiye, 34668 Üsküdar/İstanbul, Turkey);

² Отделение кардиологии, Медицинская школа Университета Мармара (Fevzi Çakmak, Muhsin Yazicioğlu Cd No:10, 34899 Pendik/İstanbul, Turkey)

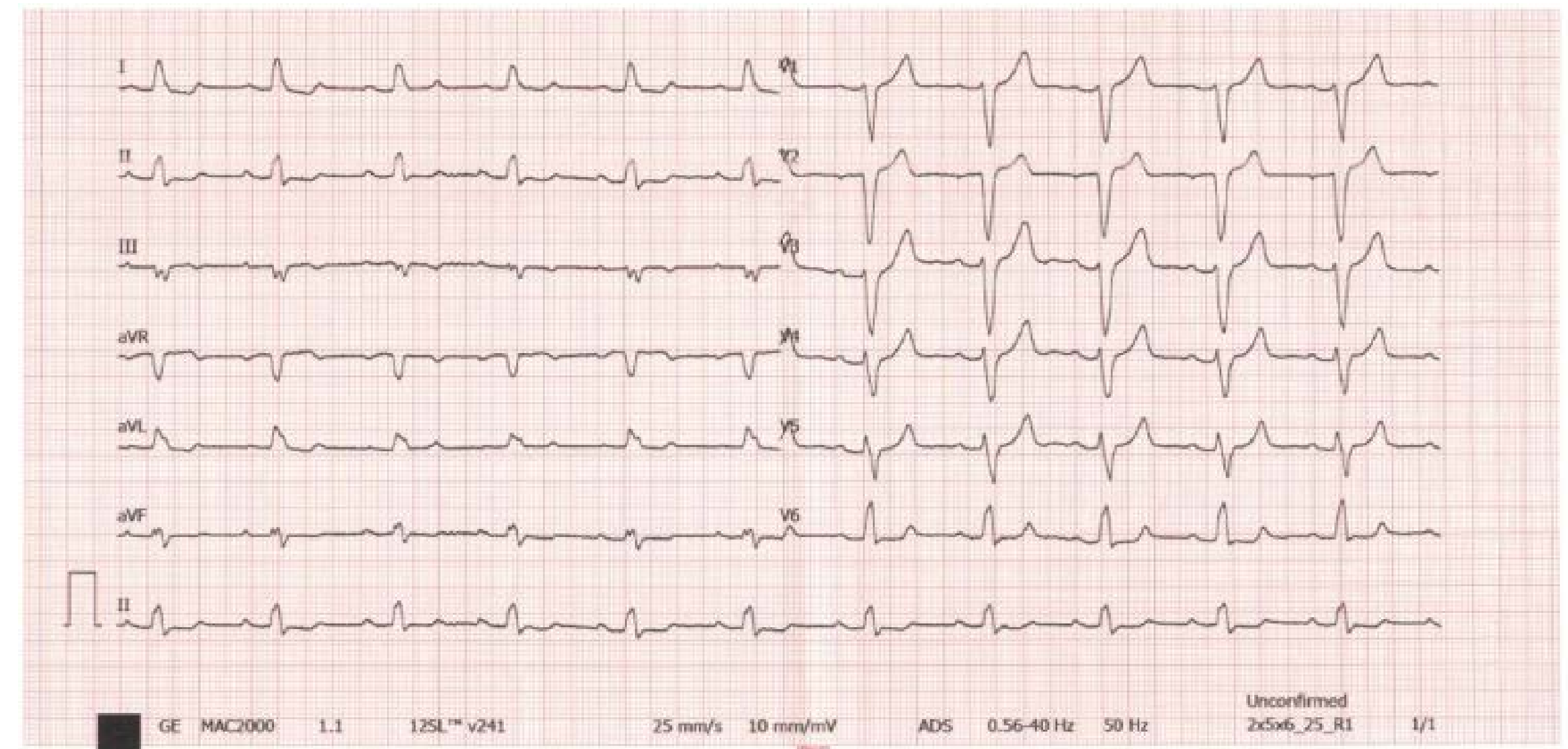
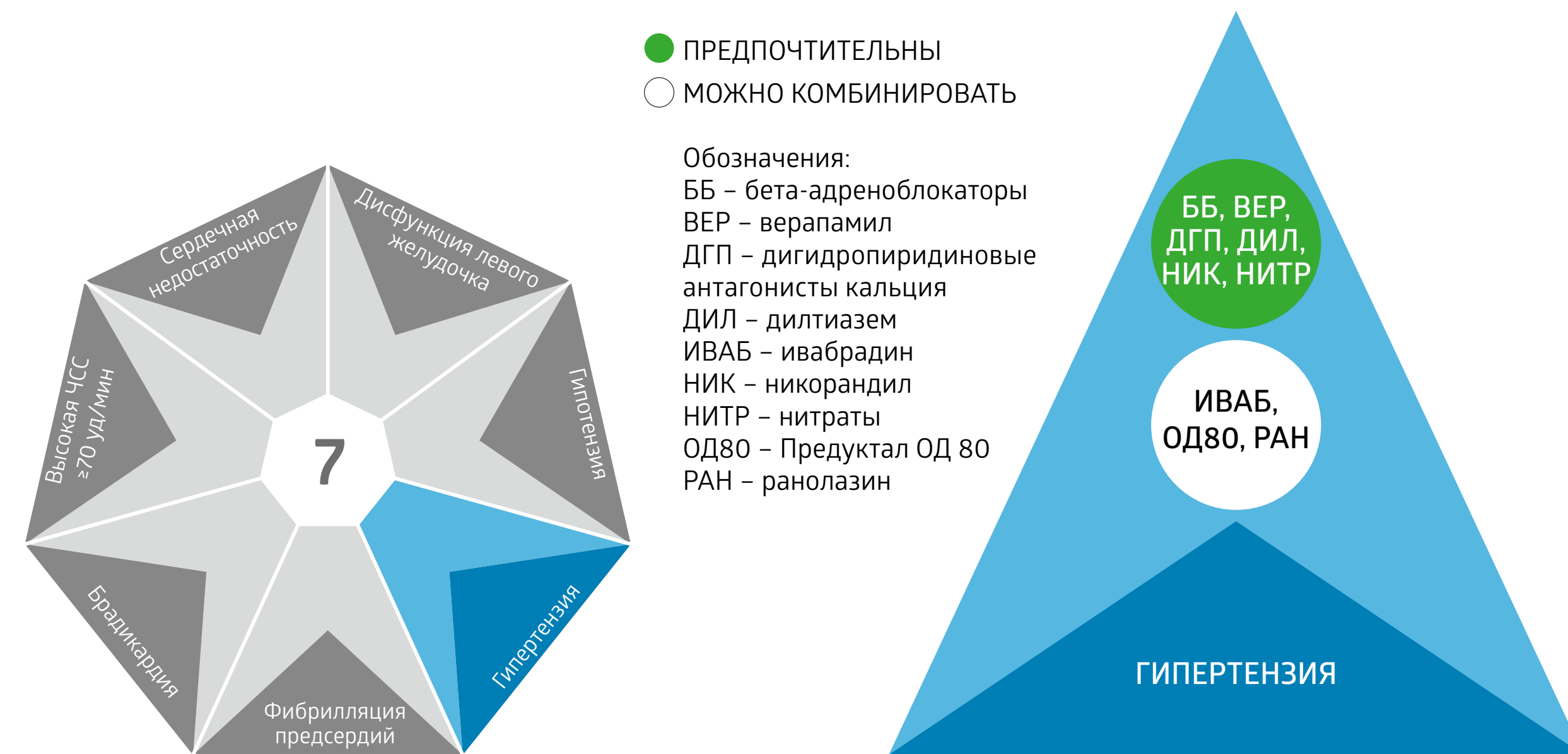


Рисунок 1. Электрокардиограмма в отделении реанимации и интенсивной терапии

Мужчина в возрасте 52 лет поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии с внезапно возникшей болью в грудной клетке, которая продолжалась несколько часов без облегчения. Его медицинский анамнез был без особенностей, и пациенту ранее не назначались никакие препараты. Он был курильщиком (выкуривал не менее 10 сигарет в день на протяжении 30 лет), и в его семейном анамнезе имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС).

На электрокардиограмме (ЭКГ) (рис. 1) имелись признаки блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), ритм был синусовым с частотой 72 удара в минуту (уд/мин). По результатам лабораторных анализов: тропонин I (TnI) –

3,44 нг/мл (норма 0-0,4), креатинкиназа MB – 1,6 нг/мл, N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) – 364 пг/дл. При эхокардиографии (ЭхоКГ) у постели больного были выявлены регионарные нарушения подвижности передней стенки и гипокинезия других сегментов, фракция выброса составила 50%, имелась митральная регургитация легкой степени. Пациент был направлен в лабораторию катетеризации со все еще сильной болью в грудной клетке для проведения коронарной ангиографии с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) на передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА). Было также запланировано ЧКВ по поводу другого значимого поражения огибающей ветви (ОВ) ЛКА, которое не считалось причиной инфаркта. Также были выявлены незначимые поражения (стенозы <50%) в бассейне правой коронарной артерии (ПКА).

*Ответственный автор: Тел: +90 216 542 4444, Факс: +90 216 542 4445, эл. почта: senasert@live.com; и Тел: +90 216 625 4719, эл. почта: mutlub@gmail.com
Публикуется по поручению Европейского общества кардиологов (ESC, European Society of Cardiology). © Автор(ы), 2019.

Через несколько дней после первичного ЧКВ было проведено повторное плановое вмешательство для завершения реваскуляризации миокарда путем устранения поражения ОВ ЛКА. Пациент был выписан на следующей терапии: тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки, карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки, рамиприл/гидрохлоротиазид 5/12,5 мг, аспирин 100 мг, аторвастатин 40 мг и пантопразол 40 мг в сутки. Ему также было рекомендовано бросить курить. На первом контрольном визите на 14-й день уровень артериального давления (АД) у пациента был выше желаемого диапазона, и он предъявлял жалобы на приступы стенокардии, провоцируемые физической нагрузкой. Результаты лабораторных анализов были в норме, отмечалось лишь незначительное увеличение уровня мочевого кислоты в крови. На этом этапе требовалось предотвратить эпизоды стенокардии, снизить АД и уровень мочевого кислоты в крови. С этой целью рамиприл/гидрохлоротиазид был заменен на периндоприл/амлодипин 5/10 мг 1 раз в сутки.

На следующем контрольном визите (через месяц после операции) частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое у пациента составляла от 70 до 80 уд/мин. При тщательном опросе было установлено, что у пациента снижена переносимость физической нагрузки из-за появления боли в грудной клетке. При 24-часовом холтеровском мониторинге были выявлены эпизоды синусовой тахикардии без каких-либо признаков желудочковой аритмии. Доза карведилола у пациента была увеличена до 25 мг 2 раза в сутки.

Через 4 месяца пациент снова был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии с частыми приступами стенокардии (3-5 раз в неделю). На ЭКГ у него имелись признаки БЛНПГ, ритм был синусовым с частотой 68 уд/мин. Артериальное давление составило 125/85 мм рт.ст. При ЭхоКГ была подтверждена акинезия; фракция выброса составила 50%; имелась митральная регургитация легкой степени. Уровень сердечного тропонина оставался в пределах нормы. Стенокардия купировалась сублингвальным приемом нитратов короткого действия. Пациент был направлен в поликлинику для дальнейшего обследования, в том числе проведения стресс-ЭхоКГ. Небольшая акинезия передней стенки не изменилась во время теста, новых нарушений подвижности стенок выявлено не было. При стресс-ЭхоКГ было отмечено наличие рубцовой ткани в передней стенке, в связи с чем повторное ЧКВ не требовалось. Из-за рецидивов приступов стабильной стенокардии было решено добавить к терапии триметазидин 35 мг 2 раза в сутки и ранолазин 375 мг 2 раза в сутки. Через год у пациента не было симптомов на фоне этого лечения.

Обсуждение

Данный случай демонстрирует сложность лечения стабильной стенокардии и ее тесную связь с непостоянным характером течения заболевания. Основная проблема состоит в том, чтобы понять причины стабильной стенокардии и разработать стратегию для предотвращения приступов стенокардии и снижения бремени ишемии. В данной ситуации в современных терапевтических руководствах рекомендуется подход, сочетающий в себе изменение образа жизни, антиишемическую терапию, контроль факторов риска и реваскуляризацию при наличии возможности.¹

Цель антиишемической терапии двойная – устранить симптомы ишемии миокарда и предотвратить сердечно-сосудистые осложнения. Факторами, определяющими эффективность такой терапии, являются уровни ЧСС и АД, функция почек у пациента и, безусловно, воздействие на основной патофизиологический механизм стенокардии.

Бета-адреноблокаторы долгое время считались препаратами выбора для лечения стабильной стенокардии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Замедляя ритм сердца, они улучшают перфузию зон ишемии за счет увеличения продолжительности диастолы и повышения сосудистого сопротивления в неишемизированных зонах. Кроме того, бета-адреноблокаторы снижают потребление сердцем кислорода. В клинических исследованиях при их назначении пациентам после инфаркта миокарда наряду с симптоматическим улучшением наблюдалось снижение на 30% риска сердечно-сосудистой смерти и повторного инфаркта миокарда.² Бета-адреноблокаторы можно комбинировать с антагонистами кальция дигидропиридинового ряда для лучшего контроля стенокардии и артериальной гипертензии, как в нашем случае (рис. 2).

Кроме того, нитраты короткого действия вызывают вазодилатацию коронарных артериол и венул, что лежит в основе их эффективности в уменьшении симптомов стенокардии напряжения. После оптимизации ЧСС и АД триметазидин (35 мг 2 раза в сутки) при добавлении к бета-адреноблокатору, если у пациента имеется рефрактерная стенокардия, улучшает анаэробный метаболизм, индуцируемый ишемией миокарда при нагрузке, и уменьшает число приступов стабильной стенокардии у пациентов, уже получающих один или несколько антиангинальных препаратов.

Решение о реваскуляризации миокарда следует принимать при наличии значимого или остаточного стеноза коронарной артерии с учетом выраженности сопутствующей ишемии и ожидаемой пользы в отношении прогноза и/или симптомов. Кроме того, если врачи корректируют медикаментозную терапию в соответствии с «бриллиантовым» подхо-

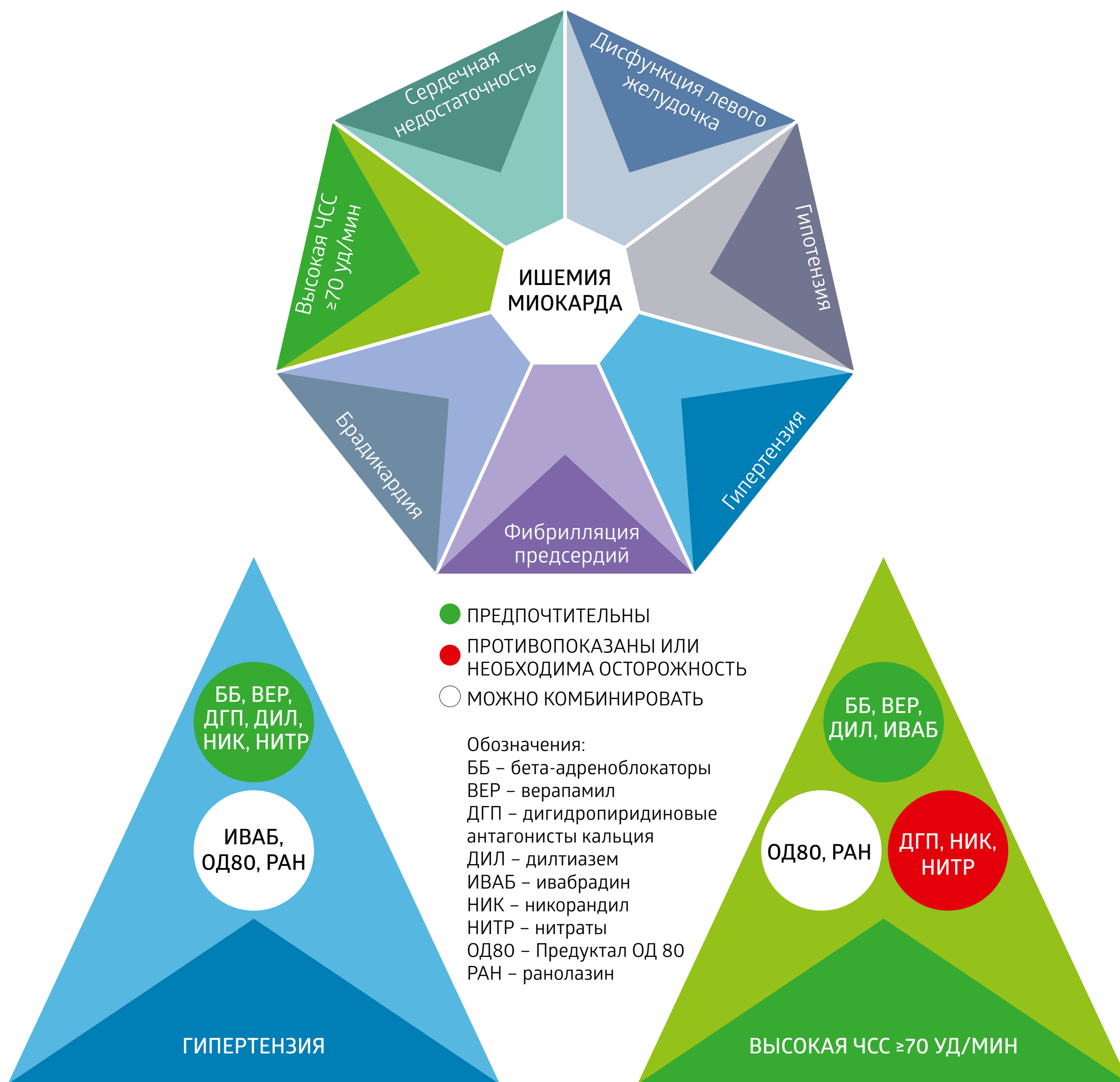


Рисунок 2. Выбор антиишемических препаратов в зависимости от уровней артериального давления, частоты сердечных сокращений и наличия сопутствующих заболеваний³

дом (diamond approach), можно будет предотвратить ненужные инвазивные процедуры и ограничиться вмешательствами только при острых коронарных синдромах.

Финансирование

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

Конфликт интересов: нет.

Литература

1. Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, Bugiardini R, Crea F, Cuisset T, Di Mario C, Ferreira JR, Gersh BJ, Gitt AK, Hulot J-S, Marx N, Opie LH, Pfisterer M, Prescott E, Ruschitzka F, Sabate M, Senior R, Taggart DP, van der Wall EE, Vrints CJM, Zamorano JL, Achenbach S, Baumgartner H, Bax JJ, Bueno H, Dean V, Deaton C, Erol C, Fagard R, Ferrari R, Hasdai D, Hoes AW, Kirchhof P, Knuuti J, Kolh P, Lancellotti P, Linhart A, Nihoyannopoulos P, Piepoli MF, Ponikowski P, Sirnes PA, Tamargo JL, Tendera M, Torbicki A, Wijns W, Windecker S, Knuuti J, Valgimigli M, Bueno H, Claeys MJ, Donner-Banzhoff N, Erol C, Frank H, Funck-Brentano C, Gaemperli O, Gonzalez-Juanatey JR, Hamilos M, Hasdai D, Husted S, James SK, Kervinen K, Kolh P, Kristensen SD, Lancellotti P, Maggioni AP, Piepoli MF, Pries AR, Romeo F, Ryden L, Simoons ML, Sirnes PA, Steg PG, Timmis A, Wijns W, Windecker S, Yildirim A, Zamorano JL. 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;34:2949-3003.
2. Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. I. Treatments following myocardial infarction. JAMA. 1988;260:2088-2093.
3. Ferrari R. An Immersion in the Symptomatic Medical Treatment of Angina. Neuilly-Sur-Marne, France: Servier International; 2018.

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, 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. 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 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 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. 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.

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