

## Разбор клинического случая

**А.Б. Хадзеговой**, доктора медицинских наук, профессора кафедры общей терапии ФДПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Наблюдение демонстрирует дополнительные возможности антиангинальной терапии при стабильной стенокардии.

**П а ц и е н т И., 60 лет, работает курьером.**

**Жалобы** при обращении на боли давящего характера за грудиной и между лопатками, возникающие 3-4 раза в неделю при ходьбе обычным шагом или подъеме на 1-2 пролета лестницы. Боли купируются самостоятельно в покое в течение 2–3-х минут.

**Из анамнеза.** Курит с 20 лет, с 50 лет ожирение 1 степени, дислипидемия. С 55 лет отмечает повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Стабильная стенокардия с зимы 2017 года, когда впервые стал отмечать загрудинные боли при быстрой ходьбе и в холодную погоду. При проведении стресс-ЭхоКГ с добутамином выявлено нарушение сократимости в базальном и среднем сегментах нижней стенки левого желудочка. Наблюдается у участкового терапевта, регулярно принимает бисопролол 10 мг/сут, фиксированную комбинацию периндоприла 10 мг и амлодипина 5 мг в сутки (Престанс 10/5), аспирин 100 мг вечером, симвастатин 40 мг вечером, короткодействующие нитраты ситуационно.

Со слов, учащение приступов стенокардии в течение недели.

**При осмотре:** Рост – 186 см, вес – 105 кг, индекс массы тела – 30,3 кг/м<sup>2</sup>. Периферических отеков нет. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД –18 в минуту. Перкуторно границы сердца увеличены влево. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Среднее АД на левой руке 132/78 мм рт. ст., пульс 58 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, пальпация безболезненная.

Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные обследования: общий анализ крови и мочи без особенностей, общий холестерин – 5,25 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2,16 ммоль/л, триглицериды – 1,1 ммоль/л, сахар крови – 5,4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, мочевая кислота – 306,2 мкмоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, АСТ – 15 ед/л, АЛТ – 20 ед/л. СКФ=73,2 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

ЭКГ покоя: ритм синусовый, правильный, ЧСС = 56 уд/мин. PQ=0,20 мс, QRS=0,08 мс, Корнельский вольтажный признак=2315 мм.мс.

Эхокардиография покоя: локальная сократимость ЛЖ не нарушена, фракция выброса 63%. Концентрическая гипертрофия ЛЖ (масса миокарда - 61 г/м<sup>2,7</sup>), дилатация левого предсердия (конечно-систолический объем – 39 мл/м<sup>2</sup>). Нарушение диастолической функции ЛЖ по I типу (нарушение расслабления) без повышения давления наполнения. Правые отделы не увеличены, систолическая функция правого желудочка сохранена. Клапанный аппарат интактен, функция сохранена. *Заключение: концентрическая гипертрофия ЛЖ с нарушением диастолической функции миокарда. Умеренная дилатация полости левого предсердия.*

На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительного обследования, у пациента И., можно сформулировать диагноз:

**ИБС. Стенокардия напряжения, ФК III. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий). Гипертрофия ЛЖ. Дислипидемия. Ожирение 1 степени.**

**Цель лечения – устранение симптомов стенокардии, достижение I ФК.**

В связи с этим больному необходимо проведение более агрессивной антиангинальной терапии и только при неэффективности оптимальной медикаментозной терапии рассмотреть проведение инвазивной коронарной ангиографии.

Для уменьшения симптомов стенокардии необходим контроль пульса и АД.

У больного ЧСС<60 уд/мин, поэтому пульсурежающую терапию можно считать адекватной. Цифры АД=132/78 мм рт.ст. также соответствуют целевым уровням при АГ, однако при хорошей переносимости такого давления, желательно дальнейшее его снижения. Для больного И., оптимальное АД<130/80, но не ниже 120/70 мм рт.ст. С этой целью обосновано увеличение дозы амлодипина до 10 мг, что также будет способствовать уменьшению симптомов стенокардии.

Таким образом, из существующих в настоящее время групп антиангинальных препаратов пациент получает две группы (бета-блокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция).

Как можно усилить антиангинальную терапию?

Назначение пролонгированных нитратов в данном случае не оправдано, так как применение трех антиангинальных препаратов гемодинамического действия может оказаться менее эффективным, чем добавление к лечению Предуктала ОД - препарата с другим механизмом действия.

В основе антиангинального действия Предуктала ОД лежит частичное подавление метаболизма жирных кислот и увеличение потребления глюкозы в кардиомиоцитах, что повышает выработку АТФ на 33%. Таким образом, прямое влияние Предуктала ОД на кардиомиоциты способствует повышению их выживаемости в условиях ишемии.

**Какие клинические преимущества может иметь добавление к терапии Предуктала ОД?**

Во-первых, действия бисопролола (снижение потребности миокарда в энергии), амлодипина (вазодилатация) и Предуктала ОД (прямое повышение поступления энергии в миокарде) синергичны и эффективно **уменьшают основную проблему при ишемии- дефицит энергии**. Поэтому эта комбинация является базовой в лечении стабильной стенокардии и должна назначаться как можно раньше.

Во-вторых, отсутствие влияния Предуктала ОД на ЧСС, АД и другие параметры гемодинамики.

В-третьих, новая форма Предуктала ОД позволяет сократить прием препарата до 1 раза в сутки. Это удобно в применении и способствует повышению комплаентности, что принципиально важно при лечении ИБС.

Итак, рекомендации:

1. Отказ от курения
2. Диета с ограничением калорийности питания и контроль массы тела
3. Регулярная физическая активность
4. Продолжить прием аспирина 100 мг/сут, бисопролола 10 мг/сут.
4. Увеличить дозу симвастатина до 80 мг/сут (целевое значение ЛПНП-ХС < 1,8 ммоль/л)
5. Престанс 10/10 утром перед едой
6. Предуктал ОД 80 мг утром во время завтрака
7. Динамическое наблюдение для оценки симптомов стенокардии, достижения целевых уровней АД, уровня ЛПНП-ХС и своевременной коррекции проводимой терапии.

**Результаты лечения.** На контрольном визите через 4 недели АД=126/70 мм рт.ст., пульс= 56 уд/мин, ритмичный. Количество приступов стенокардии сократилось до 1-2 в неделю. Больной отмечает увеличение переносимости физической нагрузки. Стенокардия соответствует II ФК.

Через 12 недель у больного И., 60 лет обычная физическая нагрузка не вызывает приступов стенокардии (I ФК), АД 120/72 мм рт. ст., пульс – 56 уд/мин, ритмичный. ЛПНП-ХС=1,5 ммоль/л.

Рекомендован постоянный прием Предуктала ОД 80 мг утром во время завтрака.

*Итак, данный клинический пример демонстрирует, что сегодня существуют реальные возможности повышения эффективности антиангинальной терапии при стабильной стенокардии. Для этого необходимо раннее назначение рекомендуемых классов препаратов и правильное использование комбинированной медикаментозной терапии. Перспективным направлением в лечении пациентов со стабильной*

*стенокардией является назначение Предуктала ОД, который, в отличие от других антиангинальных средств, не оказывает влияния на центральную гемодинамику и способен значительно уменьшить симптомы стенокардии.*

*У больного И., 60 лет со стенокардией III ФК, ЧСС=58 уд/мин добавление к проводимой терапии Предуктала ОД 80 мг утром позволило в течение 12 недель снизить выраженность стенокардии до I ФК, что соответствует критериям эффективной терапии стабильной стенокардии.*