

## СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ — НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в БГМУ*

**В** своей повседневной работе врачу любой специальности приходится иметь дело с больными ишемической болезнью сердца. До 30% больных, обращающихся к участковому терапевту, — это больные разными клиническими формами ИБС. Наиболее распространённой формой ИБС является стенокардия. В Республике Беларусь количество таких больных превышает 350 тысяч. При этом в структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2005 году в РБ ИБС составила 39,4%. Стабильная стенокардия может трансформироваться в острые формы ИБС: нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда, внезапную коронарную смерть. Вследствие этого ежегодная летальность среди больных стенокардией может составлять 2 – 3%. Однако качество жизни больных стенокардией снижено за счёт нехватки энергии, недостаточного сна, снижения физической подвижности, психических расстройств.

Несмотря на то, что патогенез, клиника ИБС хорошо изучены, уровень заболеваемости [1] и смертности больных [1], а также экономические затраты государства на лечение больных ИБС остаются достаточно высокими. Это обусловило интерес к данной проблеме, о чём свидетельствует количество исследований (рис. 1), направленных на изучение качества оказания медицинской помощи при ИБС [1].

Кроме того, за последние 3 года вышли Европейские рекомендации по лечению стабильной стенокардии (2003, 2006 гг.), рекомендации Всероссийского общества кардиологов (2004), Национальные рекомендации (2006). Однакостораживают результаты клинической практики по вопросу лечения больных ИБС. По данным государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗ РФ реальные действия врачей расходятся с декларируемыми представлениями (рис. 2 и рис. 3).

И даже тогда, когда назначается препарат с доказанной эффективностью, зачастую больной получает низкие дозы (рис. 4).

Уже почти два столетия, как W.Heberden дал определение стенокардии: «Angina pectoris — это особое ощущение сжатия и боли в груди, отличающейся от боли иного происхождения».

Сейчас определение стенокардии выглядит более полным: «Стенокардия — это клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на

холод, обильным приёмом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется приёмом нитроглицерина в течение нескольких секунд или минут».

### Классификация стенокардии.

Стабильная стенокардия напряжения (ССН) — это приступы болей, которые продолжаются более 1 месяца, имеют определённую периодичность, возникают при приблизительно одинаковых физических нагрузках и купируются нитроглицерином.

В клинической практике чаще всего используют классификацию ВОЗ.

### Классификация ИБС (с учётом рекомендаций комитета экспертов ВОЗ)

#### 1. Стенокардия:

Стенокардия напряжения:

1.1. Стенокардия напряжения впервые возникшая.

1.2. Стенокардия напряжения стабильная с указанием функционального класса от I до IV.

1.3. Стенокардия напряжения прогрессирующая.

1.4. Стенокардия спонтанная (вазоспастическая, особая, вариантная, Принцметала).

#### 2. Инфаркт миокарда:

2.1. Крупноочаговый (трансмуральный) — первичный, повторный (дата).

2.2. Мелкоочаговый — первичный, повторный (дата).

3. Постинфарктный кардиосклероз.

4. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы).

5. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии или функционального класса (ФК)).

6. Безболевая форма ИБС.

7. Внезапная коронарная смерть.

К клиническим формам преходящей ишемии миокарда в последние годы в связи с внедрением в клиническую практику объективных методов исследования (ВЭМ, ХМЭКГ, КАГ) относят кроме ССН также безболевую («немую») ишемию миокарда и кардиальный синдром X (микроваскулярная стенокардия).

Вазоспастическая («вариантная» стенокардия или стенокардия Принцметала) стенокардия характеризуется локальным спазмом коронарных артерий при отсутствии выраженных атеросклеротических поражений. При этом возникает выраженное транзиторное снижение доставки кислорода к миокарду. Предполагают, что причиной интенсивного вазоспазма у таких больных является дисфункция эндотелия на фоне начального атеросклероза. Чаще всего болевой приступ развивается в покое или на фоне физической нагрузки в утреннее (а не дневное и вечернее) время. Сопровождается преходящим подъёмом (а не снижением) сегмента ST на ЭКГ. Болевые приступы купи-

## ☆ В помощь войсковому врачу

руются приёмом нитроглицерина и БКК, тогда как ББ менее эффективны.

Безболевая («немая», бессимптомная) стенокардия. В рамках стабильной ИБС выделяют 2 типа ББИМ: I тип — полностью ББИМ; II тип — сочетание ББИМ и болевых эпизодов ишемии миокарда.

Эпизоды ишемии миокарда развиваются в отсутствии субъективного дискомфорта или боли у 40 – 50% пациентов с ССН и у 2,5 – 10% мужчин среднего возраста, не предъявляющих жалоб.

ББИМ — неблагоприятный прогностический признак. Повреждающее действие ишемии на миокард определяется не наличием боли, а выраженностью и продолжительностью нарушения его перфузии.

Для диагностики эпизодов ББИМ большую роль играет СМЭКГ. Критерием ишемии миокарда является депрессия сегмента ST на 1 мм и более при её длительности не менее 1 мин и времени между отдельными эпизодами не менее 1 мин.

Кардиальный синдром X (микроваскулярная стенокардия). КСХ — обозначают болевой синдром у лиц с нормальными или малоизменёнными (по данным коронароангиографии) коронарными артериями. Положительные результаты нагрузочных проб отмечаются у 10 – 20% лиц с нормальными коронарными артериями и жалобами на боли в груди. Типичная стенокардия напряжения наблюдается менее чем у 50% больных с КСХ. У большей части болевой синдром атипичен. Несмотря на атипичность, боли при КСХ бывают весьма интенсивными и могут существенно нарушать не только качество жизни, но и трудоспособность. Сопутствующие симптомы напоминают вегетососудистую дистонию, зачастую очень выражены, что требует консультации у психотерапевта или психиатра.

КСХ объясняют по-разному, в том числе указывают развитие ишемии миокарда, эндотелиальную дисфункцию, патологическую болевую чувствительность, нарушение гормональной регуляции, резистентность к инсулину и психологические факторы. В основе лежит неадекватная вазодилатация коронарных артерий в период возрастания потребности миокарда в кислороде, как проявление дисфункции резерва вазодилатации на системном уровне.

КСХ отличается хорошим отдалённым прогнозом в сочетании с низким качеством жизни [2]. Нитраты для купирования болевого синдрома у 40 – 50% больных оказываются неэффективны. Более эффективными оказываются БКК (амлодипин) или ОКК (Никорандил). Объективный и положительный эффект наблюдается при лечении больных КСХ статинами. Это объясняется благоприятным влиянием статинов на эндотелиальную дисфункцию.

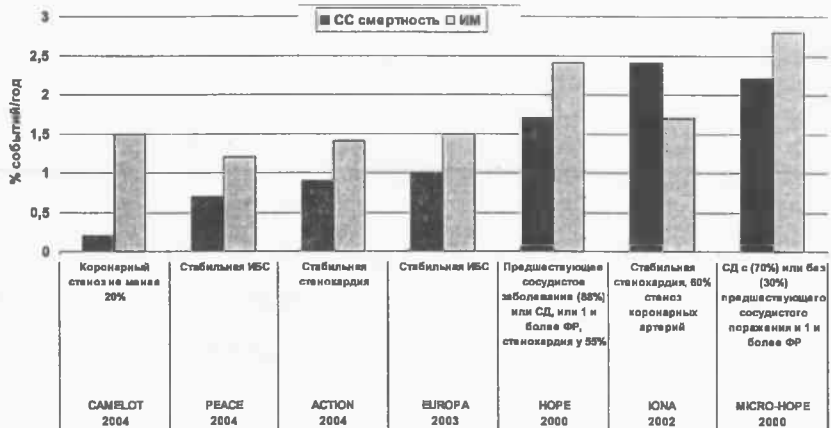


Рис. 1. СС-смертность и ИМ в клинических исследованиях у больных ИБС и стенокардией.



Рис. 2. Классы препаратов, включённых участниками опроса в тройку важнейших при ИБС (Д.М.Аронов. «Кардиология» №8, 2006).



Рис. 3. Классы препаратов, реально назначаемые участниками опроса при ИБС (Д.М.Аронов. «Кардиология» №8, 2006).

### Лечение стенокардии

Цели лечения стенокардии:

I. Профилактика развитых ИМ, ВКС и, соответственно, улучшение прогноза жизни. Усилия по профилактике ИМ и смерти при ИБС в основном сосредоточены на снижении частоты острых тромботических событий и риска развития

сердечной дисфункции. Эти цели достигаются внедрением мероприятий по изменению образа жизни и фармакологических вмешательств, направленных на:

- замедление прогрессирования атеромы;
- стабилизацию атеросклеротической бляшки за счёт уменьшения выраженности воспаления сосудистой стенки и защиты эндотелиальной функции;
- профилактику развития тромбоза, если эндотелиальная дисфункция или разрыв атеромы всё же происходит.

II. Уменьшение частоты и снижение интенсивности приступов стенокардии, что обеспечивает улучшение качества жизни.

Стратегия ведения больного, прежде всего, определяется наличием факторов риска, клинической картиной и степенью риска осложнений. В рекомендациях ЕОК по лечению стабильной стенокардии (2006) [5] указывается необходимость устранения курения, соблюдения диетического режима и ограничения алкоголя (умеренное употребление может иметь благоприятное воздействие), особенно при наличии АГ и ХСН. Однако опрос участковых терапевтов показал, что 26% из них вообще не уделяют внимания рекомендациям по устранению модифицируемых факторов риска, ограничиваясь только назначением лекарственных препаратов. А ещё 54% уделяют этому поверхностное внимание, заключающееся в общих фразах — «бросить курить», «больше двигаться», «не употреблять жирную пищу» и т.д. Зачастую это объясняется тем, что врачи не владеют знаниями по конкретным программам физических нагрузок, методикой оценки пищевой ценности продуктов. Немалая роль в этом и в ограниченности времени на приём у участкового терапевта. Так, проведенный хронометраж показал, что на рекомендации больному у врача остаётся от 1 до 2 минут, что, естественно, не позволяет ему уделить внимание немедикаментозным методам лечения.

К основным группам препаратов, позволяющим улучшить прогноз у больных ССН, относятся:

- 1) антитромботические препараты (аспирин, клопидогрель);
- 2) липидснижающие средства (статины);
- 3) иАПФ;
- 4) β-адреноблокаторы (у больных после инфаркта миокарда).

Если мы сравним эти классы препаратов с тем, что было в рекомендациях ЕОК 2003 года, то увидим, что здесь не только появился новый класс — иАПФ (после завершения таких крупных исследований как HOPE, EUROPA, PEACE, CAMELOT), но изменился порядок построения этих классов.

Приём антитромбоцитарных средств является обязательным компонентом лечения ИБС. Основным антитромбоцитарным препаратом остаётся аспирин (в дозе 75 – 100 мг, один раз в сутки, на ночь, после еды). В основе действия аспирина лежит ингибирование циклооксигеназы и синтеза тромбоцитарного тромбоксана  $A_2$ . Клопидогрель рекомендуется в первую очередь больным с непереносимостью аспирина и высоким риском артериальных тромбозов. Доза клопидогреля от 75 до 325 мг в сутки.



Рис. 4. Применявшиеся дозы основных классов препаратов (в % от рекомендуемых максимальных доз) (Д.М.Аронов. «Кардиология» №8, 2006).

Клопидогрель в комбинации с аспирином может назначаться только после коронарного стентирования, острого коронарного синдрома или после ИМ с подъёмом сегмента ST на определённое время, однако комбинированная терапия не рекомендуется для антитромботического лечения всех больных ССН.

Дипиридамола не рекомендуется для антитромботического лечения ССН (низкая антитромботическая эффективность и вероятность ухудшения симптоматики из-за синдрома коронарного обкрадывания). В связи с этим вызывает удивление включение дипиридамола в Национальные рекомендации по лечению стабильной стенокардии.

Антикоагулянты (варфарин или ингибиторы тромбина), которые в определённых ситуациях высокого риска (после ИМ) могут быть альтернативой аспирину или назначаться вместе с ним, не показаны для рутинного лечения больных ССН без такого показания, как мерцательная аритмия.

#### Липидснижающая терапия

Наиболее эффективным классом для этой цели являются статины (ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы), они не только снижают уровень холестерина, но и риск сердечно-сосудистых осложнений. При этом снижение сердечно-сосудистого риска достигается не только за счёт снижения холестерина, но и за счёт противовоспалительного и антитромботического действия. В Европейских и Российских рекомендациях по профилактике атеросклероза в качестве цели выбраны следующие уровни липидных показателей (табл. 1).

Основным показанием к назначению статинов служит ГХС любой степени выраженности с достижением целевых значений ХС ЛПНП. Терапию статинами начинают с небольшой дозы — 5 – 10 мг в сутки. Постепенно (через 4 – 6 недель) дозу повышают до той, при которой удаётся достичь целевого уровня (ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л для больных ИБС). Средняя терапевтическая доза статинов составляет 20 – 40 мг/сутки. Дозы для представителей различных классов статинов приведены в таблице 2.

Противопоказания к назначению статинов: активные гепатиты, беременность, индивидуальная непереносимость. Среди побочных эффектов могут наблюдаться: повышение активности печёночных трансаминаз, миопатия, миалгия, рабдомиолиз. В случае недостижения целевого уровня ХС ЛПНП и отсутствия поражения печени (увеличе-

## ☆ В помощь войсковому врачу

ние уровня АсТ и АлТ в 3 раза и более от верхнего предела нормы) и поражения мышечной системы (увеличение КФК в 10 раз и более) доза статинов удваивается. В период титрования анализы крови повторяются через 6 – 8 недель, далее (раз в 3 месяца в течение первого года, в дальнейшем — 1 раз в 6 месяцев). Комбинация препаратов назначается осторожно из-за повышенного риска развития миопатии и гепатита. Однако даже назначение максимально разрешённых доз статинов не всегда приводит к достижению целевого уровня атерогенных фракций липидов крови. В реальной клинической практике целевого уровня липидов крови удаётся достигнуть лишь у 40% пациентов, а в категории больных с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний целевой уровень ЛПНП достигается лишь в 18% случаев. Больного перед назначением статинов необходимо предупредить о сроках приёма препаратов (не менее 1 года) и о том, что эффект снижения липидов после отмены препарата не сохраняется.

### Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Ранее этот класс препаратов был рекомендован больным с ХСН и дисфункцией левого желудочка после ИМ, однако результаты крупных клинических исследований применения иАПФ у больных стабильной ИБС и стенокардией без клинических проявлений недостаточности кровообращения показали, что иАПФ снижают риск сердечно-сосудистых осложнений у больных ССН без сердечной недостаточности. В Рекомендациях ЕОК (2006) уделяется большое внимание контролю за уровнем АД у больных с ИБС, причём не только у лиц с АГ, но и в диапазоне нор-

мального АД. Клинические выгоды от снижения АД в диапазоне нормальных цифр наиболее велики у больных с установленным сосудистым заболеванием, например, ИБС, хотя пределы такого снижения давления ещё предстоит определить [5].

### Бета-блокаторы

Проведенные эпидемиологические исследования [1] показали, что наиболее часто назначаемыми β-блокаторами являются: атенолол (78% врачей), метопролол (54%), пропранолол (21%), бетаксол (15%). Реже назначались: бисопролол (8%), карведилол (2%), соталол (1%). При этом максимальная дозировка ББ была явно недостаточной и составляла до 35% от максимальной дозы. Многие участковые терапевты плохо ориентировались в рекомендуемых максимально возможных дозах ББ. Так, 52,5% врачей, применявших метопролол, считали максимально возможной дозой 100 мг/сутки, 42,5% — 50 мг/сутки. Целевого уровня ЧСС (55 – 60 уд./мин. в покое) на фоне приёма ББ добивались лишь 64% опрошенных врачей. Риск развития смерти от сердечно-сосудистых причин и ИМ снижается на фоне приёма ББ после перенесенного ИМ до 30%. ББ с внутренней симпатомиметической активностью обеспечивают меньшую кардиопротекцию у больных, перенесших ИМ на фоне длительной терапии, также как и атенолол. Недавно проведенный метаанализ поставил под сомнение эффективность атенолола в предупреждении осложнений, включая развитие ИМ у больных АГ.

Основные исследования по оценке эффективности ББ после ИМ были проведены до широкого назначения статинов и иАПФ, что оставляет определённые сомнения в их значении на фоне современной стратегии ведения больных в постинфарктном периоде. В то же время селективные ББ бисопролол и метопролол эффективно снижают риск сердечно-сосудистых событий у больных с застойной сердечной недостаточностью, а карведилол (неселективный, блокирующий также α<sub>1</sub>-адренорецепторы) риск смерти и госпитализаций в связи с сердечно-сосудистыми причинами у этой же группы больных.

Таким образом, предпочтительнее следует отдавать β<sub>1</sub>-селективным ББ, не имеющим собственной симпатомиметической активности, обладающим значительным периодом полувыведения (метопролол и бисопролол), а также некардиоселективному карведилолу. Необходимо использовать достаточные, но не малые дозы ББ, назначать по показаниям, отменять постепенно в течение 10 – 14 дней.

**Препараты, улучшающие качество жизни**

- β-адреноблокаторы.

**Целевые уровни ХС ЛПНП. Значения ХС ЛПНП для начала терапии у больных с различными категориями риска ССЗ (Российские рекомендации «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза», 2004 г.)**

Категория риска	Целевой уровень ХС ЛПНП	Уровень ХС ЛПНП для начала немедикаментозной терапии	Уровень ХС ЛПНП для начала медикаментозного лечения*
ИБС или её эквиваленты**, или 10-летний фатальный риск (SCORE) >5%	< 2,5	> 2,5	> 3,0
2 и более ФР — 10-летний фатальный риск (SCORE) <5%	< 3,0	> 3,0	> 3,5
0-1 ФР	< 3,0	> 3,5	> 4,0

(Примечание: \* Если в течение 1,5-2 мес. мероприятий по изменению образа жизни (коррекция веса, прекращение курения, повышение физической активности, диета с ограничением насыщенных жиров) недостаточно для достижения целевого уровня ХС ЛПНП, назначить медикаментозную терапию (препараты выбора — статины). \*\* Эквиваленты ИБС — СД, атеросклероз периферических и сонных артерий, аневризма брюшного ствола аорты. Значения ХС ЛПНП даны в ммоль/л.)

**Статины (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) («Диагностика и лечение стабильной стенокардии», ВНОК, 2004)**

Международное патентованное название	Торговое название	Производитель	Начальная суточная доза, мг	Макс. суточная доза, мг
Аторвастатин	Липримар	Пфайзер	10	80
Ловастатин	Мевакор Холетар Ровакор	MSD КРКА Ранбакси	10	80
Правастатин	Липостат	BMS	10	40
Симвастатин	Симвахол Зокор Вазилип Симвор	Польфа MSD КРКА Ранбакси	10	80
Флувастатин	Лескол	Новартис	20	80

- Антагонисты кальция.
- Нитраты и нитратоподобные препараты.
- Миокардиальные цитопротекторы.

Препараты этих классов назначаются для уменьшения частоты приступов стенокардии и признаков ишемии миокарда (в т.ч. и немой ишемии миокарда, выявляемой при инструментальной диагностике), за счёт снижения потребности миокарда в кислороде и/или увеличения кровотока в области ишемии.

ББ уменьшают ЧСС и АД во время физической нагрузки и эмоционального стресса, задерживают или предотвращают развитие болей и ишемических изменений ЭКГ. При подборе дозы ориентиром служит частота приступов, обычно стараются замедлить ЧСС до 55 – 60 уд/мин. Новые представители класса ББ с дополнительными свойствами вазодилаторов, антиоксидантов и эндотелиальных протекторов (небиволол) в целом лучше переносятся и имеют более благоприятный метаболический профиль, однако пока неизвестно, насколько эти преимущества реализуются при длительном применении.

#### Антагонисты кальция (АК)

АК обычно назначают при недостаточном антиангинальном эффекте β-адреноблокаторов. АК особенно показаны для лечения вазоспастической стенокардии. АК — это препараты с различными гемодинамическими эффектами (группа дигидропиридинов и препараты с ритмозамедляющим эффектом — верапамил и дилтиазем). В фармакодинамике дигидропиридинов (амлодипин) преобладает эффект периферической вазодилатации. Они не влияют на сократимость миокарда и АВ-проводимость, поэтому их можно назначать больным с синдромом слабости синусового узла, нарушенной атриовентрикулярной проводимостью, выраженной синусовой брадикардией. Кроме того, АК дигидропиридинового ряда могут назначаться больным ИБС с сопутствующими заболеваниями, там, где ББ не показаны — ХОБЛ, СД, дислипидемия, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, эректильная дисфункция. Поскольку АК рекомендуются для лечения АГ, их использование особенно эффективно при сочетании АГ и ИБС.

Недигидропиридиновые АК часто назначают в тех случаях, когда ББ противопоказаны.

Для длительного лечения стенокардии рекомендуются использовать пролонгированные лекарственные формы АК или длительно действующие новые генерации (амлодипин).

#### Нитраты

Нитраты, в отличие от ББ и АК, не обладают никаким иным действием, кроме антиангинального. Единственным показанием для назначения нитратов является наличие приступов стенокардии у больного. При применении нитратов уменьшается частота и тяжесть приступов стенокардии, однако назначение длительно действующих нитратов после перене-

сённого ИМ не приводит к улучшению прогноза. При развитии толерантности к нитратам снижается эффективность контроля приступов стенокардии. Поэтому больные, получающие терапию нитратами, должны иметь свободный от нитратов период времени от 6 до 8 часов для восстановления терапевтического эффекта [4].

При ССН I – II ФК назначать нитраты необходимо прерывисто перед ситуациями, способными вызвать приступ стенокардии, лекарственные формы короткого или умеренно пролонгированного действия (аэрозоль нитроглицерина (НГ) или изосорбида динитрата (ИД)).

При ССН III ФК нитраты назначают таким образом, чтобы обеспечить постоянный эффект в течение дня. Для этого назначают или таблетки ИД или изосорбида моонитрат (ИМН) 3 – 4 раза в день, либо, что удобнее, таблетки ИД или капсулы ИМН значительно пролонгированного действия (раз в день, утром).

При ССН IV ФК — эффект необходимо обеспечить в течение 24 часов. Для этого назначают ИД или ИМН значительно пролонгированного действия 2 или 3 раза в день [3].

#### I<sub>r</sub> ингибиторы

Впервые в рекомендациях ЕОК 2006 г. представлен новый класс антиангинальных средств — I<sub>r</sub> ингибиторы. Первый представитель этого класса ивабрадин (Кораксан) обладает способностью избирательно подавлять ионный ток I<sub>r</sub> и замедлять ЧСС. Кораксан уменьшает частоту генерации импульсов синусового узла, не влияя на продолжительность потенциала действия. Он действует специфически на открытые в 1979 г. D.Di-Francesco и S.Noble в клетках синусового узла «f-каналы», через которые могут проникать положительные ионы K<sup>+</sup> и Na<sup>+</sup>, практически не влияя на другие ионные токи. Снижение ЧСС непосредственно предотвращает развитие ишемии и её проявления — стенокардию у больных ИБС, как путём снижения потребности миокарда в кислороде, так и за счёт увеличения его доставки вследствие относительного удлинения диастолы. В ряде исследований показано, что кораксан сравним по антиишемической эффективности с ББ и АК. Однако в сравнении с ББ имеет ряд преимуществ (табл. 3).

Таблица 3

Сопоставление эффектов кораксана и β-адреноблокаторов

	Кораксан	β-блокаторы
Сократительная функция миокарда	Сохраняет	Снижают
Атриовентрикулярная проводимость	Сохраняет	Замедляют
Артериальное давление	Не влияет	Снижают
Нарушение дыхания	—	—
Сексуальные нарушения	—	Вызывают
Слабость, нарушения сна, депрессия	—	—
Зрительные симптомы	Умеренные Обратимые Преходящие	—

Таблица 4

Алгоритм выбора первого антиангинального препарата в зависимости от профиля пациента

Клиническое состояние	Первый препарат	Второй препарат при недостаточной эффективности терапии
ИБС, стенокардия	β-блокатор	Триметазидин МВ
ИБС+сахарный диабет	Антагонист кальция	Триметазидин МВ
ИБС+ХОБЛ либо ИБС+тяжелые нарушения периферического кровообращения	Антагонисты кальция	Статины
ИБС+сердечная недостаточность	Ингибиторы АПФ	β-блокатор
ИБС+гипотония любой этиологии	Триметазидин МВ	Антикоагулянты, дезагреганты

Таблица 5

Рекомендации ЕОК по ведению больных стабильной стенокардией: алгоритм медикаментозной терапии (2006)

	Медикаментозное лечение	Уровень доказанности	
		прогноз	симптомы
Немедленное устранение симптомов	Короткодействующий сублингвальный или буккальный нитрат		В
Лечение для улучшения прогноза	Аспирин 75–100 мг	А	В
	Клопидогрель 75 мг		
	Статин ± титровать дозу до целевого холестерина	А	А
	иАПФ при подтверждённом диагнозе ИБС (например, β-блокаторы после ИМ)	В/С А/В	А/В
Лечение для уменьшения симптомов	β-блокаторы без ИМ	В	А
	Симптомы сохраняются после оптимизации доз		
	Добавить АК или нитраты	А/В	А/В
	Симптомы сохраняются после оптимизации доз	В/С	В/С

Зарегистрированный в 2005 г. в ряде европейских стран и РФ, в 2006 г. подан на регистрацию в РФ. Показаниями для назначения кораксана у больных ССН, это, прежде всего, больные, которым противопоказаны ББ (при наличии бронхиальной астмы, заболеваний периферических артерий, хронических обструктивных заболеваний лёгких), а также пациенты, у которых отмечается плохая переносимость ББ. В отличие от ББ кораксан можно использовать при вазоспастической стенокардии, т.к. он не увеличивает склонность коронарных артерий к спазму. Кораксан может служить альтернативой ББ при таких нежелательных явлениях как слабость, усталость, депрессия, эректиль-

ная дисфункция.

Миокардиальные цитопротекторы

Миокардиальные цитопротекторы (триметазидин) имеют доказанную антиангинальную эффективность. Триметазидин как в монотерапии, так и в комбинации с любым классом антиангинальных средств не только уменьшает количество приступов стенокардии и потребность в приёме нитроглицерина, но и достоверно увеличивает продолжительность физической нагрузки, время до появления депрессии сегмента ST на ЭКГ.

Таким образом, антиангинальную терапию следует конструировать в соответствии с индивидуальными особенностями больного (табл. 4).

Назначение второго препарата следует производить только после оптимизации дозы первого. При неэффективности двух препаратов необходимо обсуждать вопрос о проведении КАГ (табл. 5).

Критерием эффективности терапии следует считать устранение стенокардии полностью или если удаётся перевести больного на один ФК ниже при сохранении хорошего качества жизни.

Появление Рекомендаций ЕОК 2006 г. по диагностике и лечению стабильной стенокардии значительно расширяет возможности лечения этой категории больных.

Литература

1. Аронов, Д.М., Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю., Тхостов А.Ш. Отношение участковых терапевтов к проблеме вторичной профилактики ишемической болезни сердца. — Кардиология № 8, 2006. — С. 18 – 26.
2. Вермель, А.Е. Кардиальный синдром X. — Клиническая медицина № 6, 2006. — С. 5 – 10.
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. — Минск. — 2006. — Национальные рекомендации.
4. Мазур, И.А. Клиническая фармакология нитратов и их эффективность. — Кардиология № 8, 2006. — С. 55 – 63.
5. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. — European Heart Journal № 11, 2006.