

Стабильная стенокардия напряжения: какой β -адреноблокатор выбрать?

Д.В.Преображенский
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Диагностика стенокардии напряжения

Для диагностики и лечения стенокардии важное значение имеет подробно собранный анамнез. Три признака считаются характерными для стабильной стенокардии напряжения:

- 1) загрудинная боль
- 2) боль, возникающая при физической нагрузке
- 3) боль, исчезающая в течение 10 мин после прекращения физической нагрузки или приема нитроглицерина под язык

Симптомокомплексы у больных с ИБС со стенокардией

Типичная стенокардия	3 характерных признака	Характерна для больных с ИБС, особенно для мужчин среднего и пожилого возраста или женщин после наступления менопаузы
Атипичная стенокардия	2 характерных признака	Может встречаться как у больных ИБС, так и у больных, страдающих другими некоронарогенными или даже внесердечными заболеваниями. Иногда этим болевым синдромом проявляются редкие формы ИБС: спонтанная (вазоспастическая) стенокардия, микроваскулярная стенокардия (синдром Х)
Неангинозная боль в грудной клетке	1 признак, при наличии которого говорят о неангинозной боли в грудной клетке	<p>Причины неангинозной боли в грудной клетке</p> <p><i>Сердечно-легочные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • пролапс митрального клапана, аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия, дилатационная кардиомиопатия, легочная гипертензия, плеврит/перикардит, пневмоторакс, расслоение аорты, инфаркт легкого, опухоли легких и средостения <p><i>Желудочно-кишечные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • желудочно-пищеводный рефлюкс, спазм пищевода, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, панкреатит, заболевания желчевыводящих путей, патология печени и селезенки <p><i>Мышечно-скелетные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • миалгия, травма грудной клетки (переломы ребер и др.), грудно-ключичный артрит, остеоартроз шейного отдела позвоночника, синдром Тица <p><i>Нервно-психические:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • нейрциркуляторная дистония, синдром гипервентиляции, тревожно-депрессивный синдром, опоясывающий лишай <p><i>Другие:</i> тиреозит</p>

Медикаментозное лечение стабильной стенокардии

Цели медикаментозной терапии – главное значение придается не только лечению самой стенокардии, но и предупреждению инфаркта миокарда и смерти:

- **антитромботические препараты** (непрямые антикоагулянты, ацетилсалициловая кислота, тиклопидин, клопидогрел и др.)

Наиболее эффективно снижают смертность и риск развития инфаркта миокарда у больных с ИБС, хотя и не оказывают существенного антиишемического действия

- **БАБ и антагонисты кальция**

Обладают кардиопротективным и антиангинальным (антиишемическим) свойствами

- **нитроглицерин**

Обладают антиангинальной (антиишемической) эффективностью, но, по-видимому, не оказывают существенного кардиопротективного действия

- **гиполипидемические препараты** (в первую очередь из группы статинов)

Применяются у больных с сопутствующей атерогенной дислипидемией

- **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента**

Блокаторы β -адренорецепторов при стенокардии напряжения

<p>Блокаторы β-адренорецепторов обладают выраженным антиишемическим действием:</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижают частоту приступов стенокардии • увеличивают толерантность больных с ИБС к физической нагрузке • подавляют безболевою ишемию миокарда
<p>Блокаторы β-адренорецепторов снижают риск смерти и развития инфаркта миокарда</p>
<p>Блокаторы β-адренорецепторов имеют преимущество перед антагонистами кальция у пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с дисфункцией левого желудочка • с высоким риском развития инфаркта миокарда • в постинфарктном периоде на фоне сердечной недостаточности • со стенокардией, развившейся на фоне высокой ЧСС
<p>Доза блокатора β-адренорецепторов</p> <p>Подбирается индивидуально таким образом, чтобы ЧСС в покое поддерживалась в пределах от 55 до 60 уд/мин. При тяжелой стенокардии допустимо снижение ЧСС до уровня менее 50 уд/мин, если только БАБ не вызывает симптомной брадикардии и нарушений внутрисердечной проводимости</p>
<p>При недостаточной антиангинальной эффективности монотерапии БАБ добавляют дигидропиридиновые антагонисты кальция длительного действия или же длительно действующие нитраты</p>
<p>Противопоказания к назначению</p> <p><i>Абсолютные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • острая сердечная недостаточность • кардиогенный шок или артериальная гипотония (систолическое артериальное давление ниже 90–100 мм рт. ст.) • брадиаритмии (синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада 2–3-й степени и др.) <p><i>Относительные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ЧСС меньше 60 уд/мин • атриовентрикулярная блокада 1-й степени

Преимущества β_1 -селективности

<p>Блокаторы β-адренергических рецепторов, обладающие β_1-селективностью (атенолол, бетаксол, бисопролол, метопролол и др.), получили название БАБ II поколения по контрасту с БАБ I поколения пропранололом. Бисопролол по степени β_1-селективности значительно превосходит самые популярные в мире БАБ – атенолол и метопролол</p>
<p>β_1-Селективные адреноблокаторы более безопасны, чем неселективные БАБ, у больных с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронической обструктивной болезнью легких • перемежающейся хромотой
<p>В отличие от неселективных БАБ β_1-селективные блокаторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оказывают незначительное влияние на уровни общего холестерина и холестерин-атерогенных липопротеинов низкой плотности • не оказывают существенного влияния ни на секрецию инсулина, ни на чувствительность тканей к инсулину
<p>Неселективные БАБ не рекомендуется использовать у больных с ожирением и сахарным диабетом. В отличие от неселективных, β_1-селективные адреноблокаторы, в частности бисопролол, не оказывают существенного влияния ни на секрецию инсулина, ни на чувствительность тканей к инсулину</p>

Фармакокинетические особенности бисопролола

<p>Фармакокинетические и фармакодинамические особенности БАБ в значительной мере определяются таким их физико-химическим свойством, как растворимость в жирах и воде. Бисопролол растворяется как в жирах, так и в воде, поэтому он относится к амфифильным БАБ. После приема внутрь около 50% бисопролола подвергается биотрансформации в печени, в то время как остальные 50% в неизменном виде выводятся почками. Сбалансированный клиренс бисопролола объясняет низкую вероятность его взаимодействия с другими лекарственными средствами и большую безопасность их применения у больных с умеренной печеночной или почечной недостаточностью</p>

Бисопролол (Конкор) при стенокардии напряжения

<p>Кардиоселективный β_1-адреноблокатор длительного действия, обладающий антиангинальным и антигипертензивным эффектом, способен улучшать выживаемость у больных с хронической сердечной недостаточностью. Высокоселективность бисопролола объясняет низкую частоту развития побочных явлений при его применении; безопасен в отношении органов дыхания, обмена веществ и сексуальной функции у мужчин</p>
<p>Средние дозы – до 5–10 мг/сут 1 раз в день</p>
<p>Длительность антиангинального эффекта бисопролола (5–10 мг/сут) составляет 24 ч, что позволяет принимать его 1 раз в сутки</p>
<p>После приема внутрь бисопролол уменьшает депрессию сегмента ST и значительно увеличивает продолжительность выполнения физической нагрузки (на 20–45%)</p>
<p>Частота приступов стенокардии при лечении бисопрололом уменьшается в среднем на 50–98%</p>

Примечание. ИБС – ишемическая болезнь сердца, БАБ – β -адреноблокаторы, ЧСС – частота сердечных сокращений.