

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Казанцева Л.С.*¹, кандидат медицинских наук,
Шутемова Е.А.^{1,2}, доктор медицинских наук

¹ Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

* Ответственный за переписку: e-mail: kazanceva-l@yandex.ru

Частота сердечных сокращений (ЧСС) – показатель, наиболее часто определяемый в клинической практике. Как показало исследование BEAUTIFUL, пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ЧСС более 70 уд./мин имеют существенно более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, чем больные с ЧСС менее 70 уд./мин. В Российских рекомендациях по лечению стабильной ИБС указано на необходимость достижения ЧСС в покое в пределах 55–60 уд./мин. Таким образом, высокая ЧСС становится «терапевтической мишенью», а урежающая терапия – самостоятельным направлением лечения.

С целью оценки эффективности лечения больных со стабильными формами ИБС проанализированы 95 историй болезни пациентов кардиологического стационара. 47 человек страдали стабильной стенокардией, 43 – постинфарктным кардиосклерозом, 18 перенесли коронарную реваскуляризацию. Пациенты с фибрилляцией предсердий не включались в исследование. Подавляющее большинство (95,8%) больных получали бета-блокаторы, чаще всего (в 69,7% случаев) бисопролол.

Обработка данных проводилась непараметрическими методами с использованием программы Statistica 6.0.

При выписке целевая ЧСС менее 60 уд./мин была зарегистрирована только у 12,6% пациентов. 25,4% выписанных ЧСС составляла более 70 уд./мин. На достижение целевой ЧСС оказывали влияние как клиническое состояние пациентов, так и лечебная тактика.

В зависимости от величины достигнутой ЧСС больные были разделены на две группы. В группу

А вошли лица с ЧСС менее 70 уд./мин, в группу В – с ЧСС более 70 уд./мин.

В группе В было больше пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, при поступлении ЧСС в покое была выше по сравнению с таковой в группе А. Дозы бета-блокаторов оказались сопоставимы. Но в группе А терапия чаще корректировалась своевременным изменением дозы, или заменой бета-блокатора, или добавлением ингибитора ионных каналов f-типа – ивабрадина. Основаниями для замены бета-блокаторов являлись: развитие сердечной недостаточности, нарушение предсердно-желудочковой проводимости 2 степени, появление сухих хрипов, снижение артериального давления (АД). Препятствием для увеличения дозы бета-блокаторов может стать уровень АД. Выбор бета-блокатора часто определяет успех терапии. Метопролола тартрат в меньшей степени, чем бисопролол, уменьшал ЧСС и снижал систолическое АД ($p = 0,08$). У пациентов, получавших метопролола тартрат, не удалось достичь целевого значения систолического АД ($130 \pm 8,16$ мм рт. ст.). Средние дозы бета-блокаторов составляли 31,3% (для метопролола), 33,2% (для карведилола) и 58% (для бисопролола) от доз, доказавших свою эффективность в клинических испытаниях.

Таким образом, ЧСС более чем у половины пациентов со стабильной ИБС по окончании стационарного лечения не достигает целевых значений, несмотря на частое назначение бета-блокаторов. Использование современных бета-блокаторов и других урежающих препаратов с подбором оптимальных доз позволит повысить эффективность лечения больных со стабильной ИБС с ожидаемой прогностической пользой.