

При стабильной стенокардии коронарный кровоток не может увеличиться и обеспечить кислородом миокард из-за атеросклеротического стеноза сосудов, приводящих к усилению работы сердца или, наоборот, усилению работы сердца приводит к увеличению величины систолического напряжения стенки миокарда, частоты сердечных сокращений и сократительной способности миокарда, что зависит от внутрижелудочкового давления и объема желудочков. При нестабильной стенокардии, заболевание возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока из-за спазма сосудов (динамический стеноз). Основополагающим фактором являются простогландины, образующиеся в сосудистой стенке и тромбоцитах, вызывая атеросклеротические изменения стенки коронарных сосудов, повышение сосудистого тонуса и пульсового кровенаполнения, изменяющих эластичность сосудов и обратимую внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов.

При лечении стенокардии эффективность медикаментозной терапии достигается или с помощью повышения способности коронарной системы доставлять кровь в пораженные ишемией участки, либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. Для

этого используется достаточно большой спектр антиангинальных препаратов - лекарственных средств различного механизма действия, изменяющих гемодинамические условия сердца или улучшающих коронарный кровоток, тем самым оказывая непосредственное влияние на синдром стенокардии.

Принципы терапии стенокардии

Стенокардия напряжения. Для поддерживающего лечения применяют длительно действующие нитраты, антагонисты кальция или бета - адреноблокаторы. Если больной страдает гипертонией часто адекватна монотерапия антагонистами кальция или бета - блокаторами. При нормотензии подходят длительно действующие нитраты. Сочетание бета-блокаторов с антагонистами кальция (например, пропранолола с нифедепином) или двух различных антагонистов кальция может быть более эффективно, чем использование каждого препарата по отдельности. Некоторым может потребоваться лечение препаратами трех групп. При постоянной гипертонии, синусовой брадикардии или дисфункции атриовентрикулярного узла нифедепин или другие длительно действующие дигидропиридины могут оказаться препаратами выбора.

Таблица 11. - Применение нитратов с блокаторами кальциевых каналов или бета-блокаторами при стенокардии.

Показатель	нитраты	бета-блокаторы или блокаторы кальциевых каналов	сочетания нитратов с бета-блокаторами или блокаторами кальциевых каналов
ЧСС	рефлекторное повышение*	снижение ¹	снижение
АД	снижение	снижение	снижение
конечный диастолический объем	снижение	повышение	нет эффекта или снижение
сократимость	рефлекторное повышение	снижение ¹	нет эффекта
время изгнания	снижение	повышение	нет эффекта

¹Нифедепин может вызвать рефлекторное повышение частоты и силы сердечных сокращений. * - Нежелательные эффекты подчеркнуты.

Вазоспастическая стенокардия. Более эффективны нитраты и антагонисты кальция. Примерно, в 70% случаев приступы стенокардии полностью исчезают, в 20% - значительное снижение приступов.

Нестабильная стенокардия. Применяют бета-адреноблокаторы с нитратами и нифедепином, что снижает частоту приступов в покое, риск инфаркта миокарда и необходимость неотложной хирургической реваскуляризации миокарда. Однако нифедепин сам по себе не более эффективен в отношении снижения частоты приступов в покое, чем нитраты или бета - блокаторы. Напротив, верапамил более эффективнее контролирует нестабильную стенокардию, чем пропрано-

лол. Уменьшает частоту приступов ацетилсалициловая кислота. Также показано введение гепарина и тромболитических средств.

Литература:

1. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М: Медицина, 1991. 653 с.
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Медицина, 1993. С. 390-456.
3. Холодов Л.Е., В.П.Яковлев. Клиническая фармакокинетика. М.: Медицина, 1985. 462 с.

УДК 616.12-009.72-08-053.3

ОСОБЫЙ ПОДХОД К КЛИНИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ ИБС У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.М. Шулепова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Павлодар

Резюме

Особенности патогенеза, клиники, лечения с основами доказательной медицины ИБС у пожилых пациентов.

Summary

THE SPECIAL APPROACH TO THE CLINIC, TREATMENT OF CHD IN ELDERLY PATIENTS

Features of the pathogenesis, clinical picture, treatment with evidence-based heart disease in elderly patients.

Тұжырым

КЛИНИКАҒА ЕРЕКШЕ ЖОЛ, ЕМДЕУ ИБС ЕГДЕ ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ

Патогенез, клиника, емдеудің ерекшеліктері ИБСтың дәлел дәрігерлігінің негіздерімен егде емделушілерде.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность ИБС резко увеличивается с возрастом [1]. Следует подчеркнуть, что клинические проявления ИБС у женщин (например, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда) в среднем встречаются на 10-15 лет позже, чем у мужчин. Однако после 75 лет у мужчин и женщин распространенность заболевания становится практически одинаковой. Учитывая более высокий риск неблагоприятных сердечнососудистых событий, характерный для данной группы пациентов, большое значение приобретает выявление факторов риска и их своевременная коррекция. Немодифицируемые и модифицируемые факторы риска ИБС сохраняют свою роль и в пожилом возрасте. Однако, по данным Фрамингемского исследования, их распространенность с возрастом меняется [2]. Так, по мере старения повышается распространенность сахарного диабета, артериальной гипертензии (АГ) и гипертрофии левого желудочка. Значение курения и ожирения снижается с возрастом как у мужчин, так и женщин. В пожилом возрасте распространенность гипертрофии левого желудочка, сахарного диабета, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии больше у женщин, чем у мужчин.

Согласно рекомендациям целевой группы Европейского общества кардиологов [3], в большинстве случаев можно с уверенностью поставить диагноз только на основе тщательно собранного анамнеза, при этом для диагностики стенокардии врач должен проверить соответствие жалоб пациента таким критериям, как локализация, связь с физической нагрузкой, характер и продолжительность болевых ощущений. Однако эта позиция приемлема в большей степени для лиц молодого и зрелого возраста. У больных пожилого возраста только в половине случаев наблюдается классическая форма стенокардии. У пожилых пациентов нередко боль начинается в других отделах грудной клетки и только потом распространяется до центра грудины или вовсе не затрагивает область грудины. Пожилые больные далеко не всегда могут выполнить ту нагрузку, которая провоцирует приступ стенокардии. Если же приступ возникает, то очень часто он сочетается с одышкой. Более того, у многих пациентов преобладает одышка, а не боль в груди. Часто пожилые больные не могут охарактеризовать свои болевые ощущения. Диапазон ощущений может колебаться от отрицания боли до чувства дискомфорта, сдавления или сильной боли. Нередко пожилые пациенты со стабильной стенокардией затрудняются охарактеризовать продолжительность боли, так как они не могут выполнить провоцирующую приступ нагрузку из-за физической слабости. Используя свой опыт, они предотвращают развитие или ослабляют выраженность болевых ощущений путем преднамеренного ограничения темпа движения или профилактически принимают нитроглицерин. При возникновении приступа стенокардии у пожилых пациентов болевые ощущения нередко длятся дольше и характеризуются замедленным восстановлением. У пожилых больных нередко можно встретить гастралгический вариант стенокардии, который проявляется чувством дискомфорта не только в эпигастрии, но и в нижних отделах живота. Также часто отмечаются астматический, аритмогенный и коллаптоидный эквиваленты стенокардии. Кроме того, у пожилых пациентов боли в грудной клетке могут быть обусловлены не только стенокардией, но и патологией костно-мышечной и нервной систем, заболеваниями легких, плевры, органов средостения и верхнего этажа живота.

При лечении пожилых пациентов со стабильной стенокардией, как и у всех больных ИБС преследуются

две цели: профилактика развития инфаркта миокарда и внезапной смерти и, таким образом, увеличение продолжительности жизни; уменьшение частоты и снижение и интенсивности приступов стенокардии, что улучшает качество жизни пациентов. При этом для пожилых пациентов со стабильной стенокардией могут быть приняты более мягкие критерии обозначения успешного медикаментозного лечения. Так, у пожилого пациента с более тяжелой стенокардией и другими сопутствующими заболеваниями приемлемо такое снижение симптомов заболевания, которое позволит выполнять повседневные нагрузки.

Учитывая высокий абсолютный риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, характерный для пожилых больных, выполнение мероприятий по изменению образа жизни может дать большой эффект. Поэтому каждый пожилой пациент со стабильной стенокардией должен получить конкретные рекомендации в отношении факторов риска и образа жизни. Они касаются отказа от курения, нормализации АД при наличии АГ, снижения избыточной массы тела, рационального питания и повышения физической активности. Отдельного обсуждения требуют мероприятия, направленные на гиперхолестеринемия и сахарный диабет. Итак, основными составляющими немедикаментозного лечения пожилых больных со стабильной стенокардией должны явиться информирование и обучение пациента, индивидуальные рекомендации по допустимой физической активности, индивидуальные рекомендации по диете, рекомендации курильщикам отказаться от курения (при необходимости - направление на специальное лечение). При назначении медикаментозной терапии пожилым больным со стабильной стенокардией необходимо учитывать следующие факторы: патогенетический механизм возникновения ишемии миокарда; клинические проявления стенокардии, в том числе условия возникновения, время их продолжительности и реакция на принимаемые антиангинальные препараты; наличие и характер сопутствующих заболеваний; потребность в терапии сопутствующих заболеваний; реакция на предшествующее антиангинальное лечение; фармакокинетические характеристики лекарственных средств, которые планируется назначить больному (у пожилых больных существенно изменяются фармакокинетика и фармакодинамика сердечно-сосудистых препаратов); социальный статус пациента, в том числе возможность приобретения лекарственных средств. Следует подчеркнуть, что у пожилых пациентов могут иметь место когнитивные нарушения, снижение памяти, ухудшение слуха и другие физические расстройства, которые необходимо учитывать не только при оценке жалоб и выяснении анамнеза, но и назначении антиангинальных препаратов.

Антитромбоцитарные препараты. При отсутствии противопоказаний аспирин должен быть назначен всем пожилым больным со стабильной стенокардией. Исходя из более высокого риска развития неблагоприятных событий у пожилых больных, можно ожидать, что назначение аспирина даст больший положительный эффект. Однако при этом и риск кровотечений может быть более высоким [5]. **Гиполипидемические препараты.** Анализ эффективности гиполипидемической терапии у пациентов с ИБС в ряде проведенных исследований (4S, CARE, PROSPER) указывает на целесообразность назначения препаратов пожилым больным со стабильной стенокардией. Установлено, что назначение статинов может обеспечить существенно большее снижение абсолютного риска общей смерти и смерти от ИБС в группе пожилых больных, чем у пациентов

младше 65 лет. При принятии решения о назначении статинов пожилым пациентам со стабильной стенокардией всегда необходимо учитывать вероятность увеличения риска развития побочных эффектов, высокую вероятность взаимодействия с другими препаратами, необходимость тщательного контроля, а также стоимость терапии. **Ингибиторы АПФ.** С появлением результатов

исследования EUROPA, продемонстрировавшего достоверное снижение риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при назначении ингибитора АПФ периндоприла (8 мг/сут) пациентам со стабильной ИБС, в том числе и пожилого возраста, расширились показания к применению препарата и представляется целесообразным применение периндоприла у пожилых больных ИБС даже при отсутствии дисфункции миокарда левого желудочка и сердечной недостаточности. Вторым ингибитором АПФ является рамиприл (10 мг/сут), который может быть рекомендован для лечения больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (исследование HOPE). **Антиангинальные препараты гемодинамического действия.** При назначении пожилым пациентам со стабильной стенокардией препаратов с гемодинамическим механизмом действия (бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, нитратов) лечение начинают с более низких доз, тщательно контролируя при этом нежелательные эффекты проводимой терапии.

Причем для пациентов этой возрастной группы характерна более высокая чувствительность к действию препаратов, у них не только в 2-3 раза выше, чем в более молодом возрасте, частота развития побочных эффектов, но и чаще развиваются тяжелые побочные эффекты. Так, при возникновении артериальной гипотонии у пожилых больных могут развиваться обмороки, соответственно, повышается риск падения, переломов конечностей и тромбоземболических осложнений [6]. При отсутствии противопоказаний бета-адреноблокаторы должны быть назначены всем больным со стабильной стенокардией. Благоприятное влияние бета-адреноблокаторов на прогноз отмечено в группах больных, перенесших инфаркт миокарда и процедуры по реваскуляризации миокарда. Дополнительным показанием к назначению препаратов считают склонность к тахикардии, артериальную гипертензию и сердечную недостаточность. Несмотря на очевидные преимущества препаратов (в том числе и в отношении прогноза), у больных ИБС в пожилом возрасте бета-адреноблокаторы применяются реже, чем у более молодых пациентов.

Основным показанием к назначению антагонистов кальция пожилым больным со стабильной стенокардией следует считать те клинические ситуации, когда спазм коронарных артерий играет свою роль в возникновении болевого синдрома. Дополнительным показанием к назначению антагонистов кальция являются синдром

Рейно, а также (для фенилалкиламинов и бензодиазепинов) мерцательная аритмия, наджелудочковая тахикардия, гипертрофическая кардиомиопатия. Недигидропиридиновые антагонисты кальция в силу их отрицательных инотропных свойств противопоказаны пожилым больным с систолической дисфункцией левого желудочка. Приоритет нитратов в реальной клинической практике ведения больных ИБС, по-видимому, связан с хорошей способностью препаратов предупреждать и купировать приступы стенокардии. Однако позицию нитратов среди других антиангинальных препаратов нельзя рассматривать без учета их побочных эффектов, а также проблем толерантности к нитратам,

особенно при их длительном приеме. Нитраты противопоказаны при аортальном стенозе, который часто может иметь место в пожилом возрасте. Прием нитратов, особенно сублингвальный, у пожилых пациентов со стабильной стенокардией может вызывать артериальную гипотонию.

Антиангинальные препараты цитопротекторного действия. Препараты с цитопротекторным механизмом действия проявляют свое антиангинальное и антиишемическое действие без влияния на показатели гемодинамики. Поэтому их применение, в отличие от антиангинальных препаратов гемодинамического действия, не сопровождается увеличением риска развития артериальной гипотонии, брадикардии, нарушений проводимости и усугубления сердечной недостаточности. Таким препаратом является цитопротектор второго поколения Милдронат с доказанными анти-ангинальными и антиишемическими эффектами. Включение милдроната в схему комбинированной антиангинальной терапии пожилых больных со стабильной стенокардией привело к достоверному увеличению продолжительности нагрузки, времени до возникновения приступа стенокардии и времени до развития депрессии сегмента ST на 1 мм. Более того, пожилые пациенты отметили хорошую переносимость милдроната, снижение количества приступов стенокардии и принимаемых таблеток нитроглицерина. Исследование MILSS 1 и MILS 2 показало что применение Милдроната на фоне стандартной терапии оказывает положительное влияние на клинические показатели у больных ИБС проявляющиеся антиангинальным эффектом, повышением толерантности к физической нагрузке, улучшением качества жизни. Милдронат является эффективным средством лечения пациентов с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью, положительно влияющий на показатели внутрисердечной гемодинамики и функциональное состояние мембран эритроцитов. По мнению В.И. Маколкина, современный подход к проведению комбинированной антиангинальной терапии у больных со стабильной стенокардией подразумевает активное сочетание препаратов разнонаправленного действия (гемодинамического и цитопротекторного). Несомненно, этот подход должен применяться и у пожилых пациентов. В Российских рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии [9] обозначены и препараты, которые не рекомендуется назначать данному контингенту пациентов. Так, к настоящему времени известна бесполезность или нет доказательств эффективности кратковременного и длительного применения при стенокардии таких групп препаратов, как витамины и антиоксиданты, женские половые гормоны, рибоксин, АТФ, кокарбоксилаза. Естественно, что эти рекомендации распространяются и на пожилых больных со стенокардией.

Пожилым пациентам должны проводится назначения с учетом возрастных особенностей и это послужит продлению и улучшению качества жизни.

Литература:

1. Kannel W.B. Cardiovascular risk factors in elderly. Coron. Artery Dis. 1997; 8: 565-575.
2. Kannel W.B., Vokonas P.S. Demographics of the prevalence incidence and management of coronary disease in the elderly and women. Ann. Epidemiol. 1992; 2: 5-14.
3. Лечение больных стабильной стенокардией напряжения. Рекомендации целевой группы Европейского кардиологического общества // Eur. Heart J. 1997; 18: 394-413.

4. Gibbons R.J., Chatterjee K., Daley J. et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina). J. Am. Coll. Cardiol. 1999; 33: 2092-2117.

5. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: Recommendation and Rationale. Ann. Intern. Med. 2002; 136: 157-160.

6. Doughty R.N., Sharpe N. Optimal treatment of angina in older patients. Drugs Aging. 1996; 8: 349-357.

7. Swed K, Sadowski R., Pachocki R. et al. Anti-ischemic efficacy and tolerability of trimetazidine in elderly patients with angina pectoris. Clin. Drug Invest. 2000; 19: 1-8.

8. Сыркин А.Л., Лепехин В.К., Фитилев С.Б. и др. Триметазидин при стабильной стенокардии напряжения у больных старше 65 лет // Кардиология. - 2002. - 6. - 24—31.

9. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации / Приложение к журналу Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2004. - 28 с.

10. Pfisterer M., Buser P., Osswald S. et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy. One-year results of the randomized TIME trial. JAMA. 2003; 289:1117-1123

УДК 616.24-002:615.28

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОКСИБЕЛА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Н.С. Зготова

Государственный медицинский университет города Семей

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯМЕН СЫРҚАТ НАУҚАСТАРДА РОКСИБЕЛДІ ҚОЛДАНУ ӨТІЛІМІ

Бұл жұмыста амбулаторлы жағдайда ауруханадан тыс пневмонияның жеңіл ағымымен ауыратын 25 науқаста «Роксibel» (рокситромицин) макролидин қолдану өтілімі келтірілген. Тексеру нәтижесінде амбулаторлы жағдайда пневмонияны роксibelмен емдеу кезіндегі клинико-зертханалық көрсеткіштері мен науқастардың кеуде клеткасын рентгенологиялық тексеру нәтижелерінде оң өзгеріс байқалған.

EXPERIENCE OF ROXYBEL APPLICATION AT PATIENTS WITH THE OUT STATIONARY PNEUMONIA

In the present work experience of application of macrolead «Roxybel» (roxithromicin) at 25 outpatients with an out stationary pneumonia of an easy current is resulted. By results of research at application Roxybel at a pneumonia in outpatients positive dynamics from clinical-laboratory indicators and results of radiological research of thorax patients bodies was observed.

Известно, что более 80% пациентов с внебольничной пневмонией не нуждается в госпитализации в стационар: это больные молодого и среднего возраста с нетяжелым течением заболевания. Опыт показывает, что для достижения быстрого эффекта при лечении внебольничной пневмонии эмпирическая антибактериальная терапия должна быть ранней и ориентированной на подавление широкого спектра инфекционных агентов [1-4].

В настоящее время известно большое количество пероральных антибиотиков различных групп, оказывающих преимущественно бактерицидное действие и хорошо зарекомендовавших себя при внебольничной пневмонии. Среди них представляет большой практический интерес группа современных макролидов, имеющих очень низкую токсичность и достаточно широкий спектр действия, в частности, препарат «Роксibel» [2].

Цель исследования.

Оценить эффективность перорального применения Роксibела при внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

Материалы и методы.

Обследовано 25 больных внебольничной пневмонией легкого течения в возрасте от 21 до 46 лет, из них мужчин - 10 человек, женщин - 15. Средний возраст составил 32±2,5 лет. Клиническими проявлениями пневмонии были кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышка, субфебрильная температура и астенический синдром. Все больные находились на амбулаторном лечении, в качестве антибактериальной терапии получали Роксibel по 300мг - 2 раза в день в течение 14 дней.

Результаты и обсуждение.

На фоне перорального применения Роксibела у больных отмечалось снижение температуры от 37,5±0,3 до 36,2±0,2 С в течение 3-4 дней, частота дыхательных движений сократилась от 21,6±0,08 до 18,3±0,04 в минуту, к 7-8 дню приема препарата уменьшился кашель, а к 13-14 дню положительная динамика наблюдалась и со стороны данных объективного исследования. Аналогичная картина отмечалась и по данным контрольного рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Выводы:

1. При выборе антибактериального препарата для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях необходимо учитывать активность антибиотика в отношении наиболее частых возбудителей, способность хорошо проникать в бронхиальный секрет и создавать высокую концентрацию в очаге воспаления, удобство в применении и доступность с экономической точки зрения.

2. Макролид Роксibel имеет высокий профиль безопасности, отвечает вышеуказанным требованиям, показал хорошую эффективность при лечении внебольничной пневмонии, что позволяет широко использовать его в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Колесников В.Н. Руководство по пульмонологии, С-Пб., 2004г.

2. Шулуто Б.И. Стандарты диагностики и лечения заболеваний внутренних органов, С-Пб., 2003г.

3. Березегова Л.Ю. Классификация болезней. Симптомы и лечения, М., 2008г.

4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням, М., 2007г.