

# Дифференцированный подход к применению оптимальной медикаментозной терапии

У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

И.И. ШАПОШНИК<sup>1</sup>, В.И. КАРНОТ<sup>2</sup>, Т.М. КАРАНДАСОВА<sup>2</sup>, О.Ф. БАННИКОВА<sup>2</sup>, О.Г. БОЧАРОВА<sup>2</sup>, Л.В. БЕЛОЛИПЕЦКАЯ<sup>2</sup>, Е.В. ЛЕБЕДЕВ<sup>1,2</sup>, А.О. САЛАШЕНКО<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 454092, Российская Федерация, Уральский федеральный округ, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

<sup>2</sup> Муниципальное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1»: 454048, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 16

## Информация об авторах

**Шапошник Игорь Иосифович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (908) 823-51-20

**Карнот Владимир Иванович** – зав. кардиологическим поликлиническим отделением Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Карандасова Татьяна Михайловна** – врач-кардиолог поликлиники Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Банникова Ольга Филипповна** – к.м.н., врач-кардиолог поликлиники Муниципального

автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Бочарова Ольга Геннадьевна** – зав. 1 терапевтическим отделением поликлиники Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Белолипецкая Лилия Владимировна** – зав. 2 терапевтическим отделением поликлиники Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Лебедев Евгений Владимирович** – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-

Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; зав. отделением функциональной диагностики Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

**Салашенко Алексей Олегович** – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач отделения функциональной диагностики Муниципального автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница №1», Челябинск; тел.: +7 (351) 728-20-00

## РЕЗЮМЕ

137 больных со стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС) мужского пола, средний возраст –  $62,3 \pm 7,46$  лет, были разделены на 3 группы в зависимости от исходных цифр артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). 1-я группа – с повышенными показателями АД и/или ЧСС (44,5% больных); 2-я группа – с нормальными показателями АД и/или ЧСС (38,7%); 3 группа – с пониженными цифрами АД и/или ЧСС (16,8%). Больным 1-й группы назначали бета-адреноблокаторы (БАБ) или недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (НДБКК), в части случаев – БАБ с ивабрадином (Раеном<sup>®</sup>, Гедеон Рихтер) в дозах до достижения целевых уровней АД и ЧСС. Больным 2-й группы возможность полноценного назначения перечисленных средств была лимитирована цифрами АД и ЧСС, а больным 3-й группы невозможна из-за низких значений данных показателей. Эффективность проводимой терапии была наивысшей у больных 1-й группы. Применение триметазидина МВ (Предизин МВ<sup>®</sup>, Гедеон Рихтер) позволило существенно улучшить результаты лечения у больных 2 и 3 групп. Добавление к лечению триметазидина МВ у пациентов 1-й группы сопровождалось повышением эффективности лечения. Увеличение длительности лечения триметазидином МВ способствовало возрастанию его антиишемического эффекта. Таким образом, у больных с повышенными показателями АД и ЧСС в качестве оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) на первый план выходят БАБ, НДБКК и ивабрадин. У пациентов с нормальными и низкими цифрами АД и/или ЧСС – триметазидин МВ, в части случаев – ивабрадин. Следует констатировать, что необходим дифференцированный подход к выбору ОМТ у пациентов с различными гемодинамическими вариантами СИБС.

**Ключевые слова:** стабильная ишемическая болезнь сердца, артериальное давление, частота сердечных сокращений, бета-адреноблокаторы, недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, ивабрадин, триметазидин МВ

**Для цитирования:** Шапошник И.И., В.И. Карнот, Карандасова Т.М., Банникова О.Ф., Бочарова О.Г., Белолипецкая Л.В., Лебедев Е.В., Салашенко А.О. Дифференцированный подход к применению оптимальной медикаментозной терапии у больных с различными клиническими формами стабильной ишемической болезни сердца. *Медицинский совет*. 2018; 21: 22-27. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-22-27>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Differentiated approach to the use of optimal medical therapy

## IN PATIENTS WITH VARIOUS CLINICAL FORMS OF STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Igor I. SHAPOSHNIK<sup>1</sup>, Vladimir I. KARNOT<sup>2</sup>, Tatiana M. KARANDASOVA<sup>2</sup>, Olga F. BANNIKOVA<sup>2</sup>, Olga G. BOCHAROVA<sup>2</sup>, Lilia V. BELOLIPETSKAYA<sup>2</sup>, Evgeni V. LEBEDEV<sup>1,2</sup>, Alexey O. SALASHENKO<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation: 64 Vorovskogo Str., Chelyabinsk, Chelyabinsk Region, Ural Federal District, 454092, Russian Federation

<sup>2</sup> Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1»: 16 Vorovskogo Str., Chelyabinsk, Chelyabinsk region, 454048

### Author credentials:

**Shaposhnik Igor Iosifovich** – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Federal State Budgetary Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7 (908) 823-51-20

**Karnot Vladimir Ivanovich** – Head of the Cardiology Department Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Karandasova Tatiana Mikhailovna** – a cardiologist of the outpatient polyclinic Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Bannikova Olga Filippovna** – Cand. of Sci. (Med.), a cardiologist of the outpatient

polyclinic, Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Bocharova Olga Gennadievna** – Deputy Head of the First Therapeutic Department of the polyclinic Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Belolipetskaya Lilia Vladimirovna** – Deputy Head of the First Therapeutic Department of the polyclinic Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 2», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Lebedev Evgeni Vladimirovich** – Dr. of Sci. (Med.), Teaching Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Federal State Budgetary Institution of Higher Education «South Ural State Medical

University» of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7 (908) 823-51-20; Deputy Head of the Department of Functional Diagnostics Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red No. 1 of Labour «City Clinical Hospital No. +7», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

**Salashenko Alexey Olegovich** – Dr. of Sci. (Med.), Teaching Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Federal State Budgetary Institution of Higher Education «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7 (908) 823-51-20; Deputy Head of the Department of Functional Diagnostics Municipal Autonomous Health Care Institution of the Order of the Red Banner of Labour «City Clinical Hospital No. 1», Chelyabinsk; tel.: +7 (351) 728-20-00

### ABSTRACT

A total of 137 male patients with stable ischemic heart disease (SIHD), average age  $62.3 \pm 7.46$  years, were divided into 3 groups depending on the initial measurements of blood pressure (BP) and heart rate (HR). Group 1 included patients with elevated blood pressure and/or heart rate (44.5% of patients); Group 2 included patients with normal blood pressure and/or heart rate (38.7%); Group 3 included patients with lowered blood pressure and/or heart rate (16.8%). Patients of Group 1 received beta-adrenergic blockers (BABs) or non-dihydropyridine calcium channel blockers (NDCCBs), in some cases ivabradine-containing BABs (Raenom®, Gedeon Richter) at doses required to achieve target blood pressure and heart rate. The patients of Group 2 received a limited range of drugs above listed due to their blood pressure and heart rate measurements, and the patients of Group 3 did not receive any due to the low levels of such measurements. Effectiveness of the therapy in patients of Group 1 was the highest. The use of trimetazidine MB (Predizin MB®, Gedeon Richter) has significantly improved the results of treatment in patients of Groups 2 and 3. Trimetazidine MB added to the therapy in patients of Group 1 improved the effectiveness of treatment. Prolongation of trimetazidine MB therapy contributed to improvement of its anti-ischemic effect. Thus, BABs, NDCCBs and ivabradine entered into the foreground, as an optimal medical therapy (OMT) in patients with elevated blood pressure and heart rate measurements. Trimetazidine MB, and ivabradine in some cases prevail in patients with normal and low blood pressure and/or heart rate. It should be stated that patients with various hemodynamic variants of SIHDa require a differentiated approach to the choice of OMT.

**Keywords:** stable ischemic heart disease, blood pressure, heart rate, beta-blockers, non-dihydropyridine calcium channel blockers, ivabradine, trimetazidine MB

**For citing:** Shaposhnik I.I., Karnot V.I., Karandasova T.M., Bannikova O.F., Bocharova O.G., Belolipetskaya L.V., Lebedev E.V., Salashenko A.O. Differentiated approach to the use of optimal medical therapy in patients with various clinical forms of stable ischemic heart disease. *Meditsinsky Sovet.* 2018; 21: 22-27. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-22-27>.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Уже на протяжении 10 лет в научной литературе и изданиях для практических врачей используется термин «оптимальная медикаментозная терапия» (ОМТ), которая должна применяться у больных со стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС) [1–3]. Однако что следует понимать под этим термином? Если исходить из действующих в настоящее время Европейских рекомендаций по диагностике и лечению СИБС, принятых в 2013 г. [4], то к препаратам первого ряда с этой целью следует отнести короткодействующие нитраты, бета-адреноблокаторы (БАБ) и блокаторы кальциевых каналов (БКК). Уровень доказательности эффективности их применения был оценен как IA. Остальные препараты (ивабрадин, длительно действующие нитраты, статины, дезагреганты, триметазидин, ранолазин, никорандил, ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы) были рекомендованы как дополнительные, и доказательность их применения оценена как IIA–IIB. Подобный подход представляется весьма логичным, т. к. в данных рекомендациях впервые для верификации диагноза СИБС на первый план была поставлена необходимость доказательства ишемии, а не изменений в коронарных артериях. Отсюда был сформулирован и тезис о том, что препараты, уменьшающие быстрее всего ишемию, должны быть в приоритете при лечении СИБС. Следует отметить, что сразу же после выхода данных рекомендаций последовал ряд возражений, обусловленных в первую очередь тем, что БКК ни в одном из рандомизированных клинических исследований не показали способность увеличения длительности жизни при СИБС [5, 6]. Кроме того, и БАБ проявили такое свойство, как известно, только у больных, перенесших инфаркт миокарда [7].

Исходя из приведенных выше положений, целью нашего исследования явилось установление возможностей и эффективности применения основных и дополнительных препаратов, а также их сочетаний у больных с различными клиническими вариантами течения СИБС.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходя из поставленной цели, проанализировали последовательно данные о 137 пациентах с различными формами СИБС, обратившихся к врачам-терапевтам и кардиологам поликлиники Городской клинической больницы №1 г. Челябинска в течение 2016–17 гг. Диагноз СИБС верифицировали с помощью комплекса клинично-инструментальных методов, включавших детализацию сердечного болевого синдрома, данные анамнеза заболевания и физического обследования, результаты ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрии (98 больных), сцинтиграфии миокарда как в покое, так и с нагрузкой (36 больных), стресс-эхокардиографии (15 больных), коронароангиографии (83 больных). Все пациенты были мужского пола, средний возраст их

составил  $62,3 \pm 7,46$  лет. У всех включенных в исследование пациентов СИБС была диагностирована впервые, и они не принимали до этого какие-либо препараты, кроме гипотензивных. Стенокардия напряжения диагностирована у 102 (74,5%) больных, вазоспастическая – у 9 (6,57%), микроваскулярная – у 2 (1,46%), безболевого ишемия миокарда – у 26 (18,9%). Из 102 больных со стенокардией напряжения 2 функциональный класс (ф.к.) зарегистрирован у 32 (31,4%) пациентов, 3 ф.к. – у 52 (51,0%), 4 ф.к. – у 17 (16,7%). Гипертоническая болезнь в анамнезе была диагностирована у 98 (71,5%) больных. Больных, перенесших инфаркт миокарда, в исследование не включали.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от показателей артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) все пациенты исходно были распределены на 3 группы:

■ 1-я группа – пациенты с систолическим АД (САД)  $\geq 140$  мм рт. ст. (в среднем –  $152 \pm 8,58$  мм рт. ст.) и/или ЧСС  $\geq 80$  (в среднем –  $88,2 \pm 6,34$  уд/мин). Пациентов с подобными исходными данными до лечения был 61 (44,5%) человек.

■ 2-я группа – пациенты с САД от 120 до 139 мм рт. ст. (в среднем –  $128 \pm 7,33$  мм рт. ст.) и/или ЧСС от 60 до 79 (в среднем –  $68,4 \pm 9,26$ ) уд/мин. Пациентов с указанными параметрами было 53 (38,7%).

■ 3-я группа – пациенты с САД менее 120 мм рт. ст. (в среднем –  $112 \pm 6,49$  мм рт. ст.) и/или ЧСС менее 60 (в среднем –  $56,6 \pm 5,48$ ) уд/мин. Таких больных было 23 (16,8 %).

Исходя из Европейских рекомендаций по СИБС [4], 50 больным 1-й группы были назначены кардиоселективные БАБ (средняя доза в пересчете на бисопролол –  $8,36 \pm 2,89$  мг), а 6 больным – недигидропиридиновый БКК (НДБКК) верапамил в связи с противопоказаниями к приему БАБ (средняя доза –  $214 \pm 16,4$  мг). 12 больным данной группы к терапии БАБ был добавлен ивабрадин (препарат Раеном® компании Гедеон Рихтер) по 2,5–5,0 мг 2 р/сут в связи с тем, что они не достигли целевой ЧСС, а увеличение дозы БАБ было невозможным из-за снижения АД  $< 120$  мм рт. ст. Сочетание верапамила и ивабрадина не применяли, т.к. совместный прием этих препаратов у одного больного является противопоказанным. Через 14 дней приема терапии ЧСС у данных пациентов снизилась с исходной  $88,2 \pm 6,34$  до  $62,7 \pm 4,36$  уд/мин ( $p < 0,001$ ). Большинство больных также получали блокаторы РААС, статины, дезагреганты. Через 30 дней АД у них снизилось с исходных цифр САД  $152 \pm 8,58$  до  $128 \pm 6,35$  мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ).

Больным 2-й группы также были назначены пульсурежающие препараты: 45 больных получали БАБ, 3 – верапамил. Однако дозы данных лекарственных средств во второй группе были значительно ниже по сравнению с группой 1 в связи с быстрым развитием брадикардии. У 7 больных прием БАБ сочетали с назначением ивабрадина (препарат Раеном) в дозе 2,5 мг 2 р/сут. Доза БАБ в пересчете на бисопролол оказалась  $3,24 \pm 2,36$  мг, вера-

памила –  $183 \pm 24,5$  мг. ЧСС у больных данной группы снизилась через 14 дней приема с исходной  $68,4 \pm 9,26$  до  $59,2 \pm 7,22$  уд/мин ( $p > 0,05$ ). Блокаторы РААС в малых дозах удалось назначить лишь 12 (12,5%) пациентам в связи со снижением САД  $< 120$  мм рт. ст.

Так как больным 3 группы параметры гемодинамики не позволяли применить пульсурежающие и антигипертензивные препараты, им был назначен, наряду со статинами и дезагрегантами, триметазидин МВ (препарат Предизин МВ® компании Гедеон Рихтер).

Клиническое состояние больных и данные инструментальных исследований оценивали через 3 и 6 месяцев лечения.

В *таблице 1* приведена частота достижений целевых уровней АД ( $\leq 130/80$  мм рт. ст.) и ЧСС (55–60 уд/мин) через 3 месяца лечения у пациентов различных групп.

Как видно из *таблицы 1*, пациенты всех групп в результате назначенного лечения достигли целевых уровней АД и ЧСС согласно действующим Рекомендациям. В то же время следует отметить, что больные 3-й группы исходно были с целевыми уровнями АД и ЧСС, а у больных 2-й группы – близкими к целевым уровням.

В *таблице 2* приведены результаты назначенной терапии у больных всех групп через 3 месяца лечения.

Как видно из *таблицы 2*, наиболее впечатляющие результаты лечения были достигнуты у больных 1-й группы, которые получали в достаточных дозах препараты гемодинамического действия. Значительно меньшей была эффективность терапии у больных 2-й группы, хотя практически все из них достигли целевых уровней АД и ЧСС. Однако исходные уровни гемодинамики не позволили назначить им оптимальные дозы рекомендуемых препаратов первого уровня. По всем изучаемым параметрам результаты лечения больных 3-й группы, которым вообще не были назначены пульсурежающие и антигипертензивные препараты из-за исходно низких значений АД и ЧСС, также показали улучшение клинической ситуации со статистической достоверностью. Однако эффективность лечения оказалась у них значительно ниже, чем у больных 1-й группы.

В то же время следует отметить, что рекомендуемый 1 ф.к. стенокардии достигло лишь небольшое количество пациентов 1-й группы – 14 человек (23,0%) и ни один больной из 2 и 3 групп. Поскольку у больных 1 и 2 групп увеличение доз гемодинамических препаратов было уже

● **Таблица 1.** Частота достижения целевых уровней АД и ЧСС у больных в трех группах

● **Table 1.** Frequency of reaching target blood pressure and heart rate levels in three groups

Показатели	АД $\leq 130/80$ мм рт. ст.	ЧСС $\leq 60$ уд/мин
1 группа (n = 61)	59 (95,9%)	57 (93,5%)
2 группа (n = 53)	52 (98,1%)	52 (98,1%)
3 группа (n = 23)	23 (100%)	23 (100%)

невозможным, всем пациентам, которые не достигли 1 ф.к. стенокардии, к лечению был добавлен триметазидин МВ (Предизин МВ®) по 35 мг 2 р/сут. Таким образом, терапию препаратом Предизин МВ получили 48 больных 1-й группы и все больные 2-й группы – 53 человека. Больные 3-й группы получали данный препарат изначально в качестве базовой терапии.

В *таблице 3* приведены результаты 6-месячного лечения после коррекции терапии, осуществленной через 3 месяца лечения.

Как видно из *таблицы 3*, число приступов стенокардии после дополнительного назначения препарата Предизин МВ пациентам 1, 2 групп и продолжения терапии этим препаратом пациентам 3-й группы достоверно уменьшилось. Менее наглядно это проявилось в снижении среднего ф.к. стенокардии и времени до достижения депрессии сегмента ST более 1 мм при ВЭМ. В то же время число больных, которые достигли 1 ф.к. стенокардии в 1-й группе, увеличилось с 14 до 23 (37,7%). Во 2 и 3 группах подобных пациентов оказалось 5 и 3 соответственно. Таким образом, общее число пациентов, достигших рекомендуемого 1 ф.к. стенокардии, оказалось 31 (22,6%).

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Различные рекомендации и алгоритмы лечения больных с теми или иными патологическими состояниями, безусловно, имеют существенное значение для формирования клинического мышления врача. Не является исключением и сформировавшийся подход к тактике ведения больных с СИБС, сформулированный в Европейских рекомендациях 2013 г. [4]. Впервые в дан-

● **Таблица 2.** Эффективность 3-месячного лечения у больных различных групп

● **Table 2.** Effectiveness of 3-month treatment in patients of different groups

Показатели	1 группа (n = 61)		2 группа (n = 53)		3 группа (n = 23)	
	исх.	3 мес.	исх.	3 мес.	исх.	3 мес.
Число приступов стенокардии в неделю	$9,2 \pm 0,6$	$3,4 \pm 0,4^*$	$8,2 \pm 0,7$	$6,8 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,6$	$5,3 \pm 0,5^*$
Средний ф.к. стенокардии	$2,8 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,3^*$	$2,6 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,4$	$2,5 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,3^*$
Время до появления депрессии ST при ВЭМ $\geq 1$ мм	$5,1 \pm 0,3^*$	$10,2 \pm 0,4$	$5,4 \pm 0,4$	$7,3 \pm 0,5^*$	$5,7 \pm 0,4$	$7,6 \pm 0,4^*$

Примечание: знаком \* отмечена статистическая достоверность.

● **Таблица 3.** Сравнительная характеристика результатов 3- и 6-месячного лечения  
 ● **Table 3.** Comparative characteristics of 3- and 6-month treatment results

Показатели	1 группа (n = 61)		2 группа (n = 53)		3 группа (n = 23)	
	3 мес.	6 мес.	3 мес.	6 мес.	3 мес.	6 мес.
Число приступов стенокардии в неделю	3,4 ± 0,4	2,3 ± 0,5 <sup>*</sup>	6,8 ± 0,8	3,5 ± 0,6 <sup>*</sup>	5,3 ± 0,5	3,2 ± 0,4 <sup>*</sup>
Средний ф.к. стенокардии	1,6 ± 0,3	1,2 ± 0,2	1,8 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,6 ± 0,3	1,3 ± 0,3
Время до появления депрессии ST ≥ 1 мм	10,2 ± 0,4 <sup>*</sup>	11,4 ± 0,5	7,3 ± 0,5	8,2 ± 0,6	7,6 ± 0,4	8,0 ± 0,5

Примечание: знаком \* отмечена статистическая достоверность.

ном документе все медикаментозные средства были разделены на основные (базисные) и дополнительные. Отсюда и стремление практических врачей применять у данной категории пациентов в первую очередь препараты основной группы. Однако насколько данная установка осуществима в реальной клинической практике? Из обследованных нами больных, у которых был установлен диагноз СИБС в течение 2 лет в одной из крупных поликлиник г. Челябинска, подобный подход был полностью осуществим менее чем в половине случаев (44,5%). Это были пациенты с исходно повышенными цифрами АД и тахикардией. В какой-то мере рекомендуемая тактика могла быть использована более чем у трети больных (38,7%) с нормальными цифрами АД и нормальной ЧСС. И совсем не могла быть применена у 16,8% больных с исходным АД менее 120 мм рт. ст. и брадикардией. Данное положение является особенно важным в свете вышедших в 2018 г. новых Европейских рекомендаций по лечению АГ, в которых категорически не рекомендуется снижение АД менее 120 мм рт. ст. [8]. Таким образом, более чем у половины больных требовалось применение таких дополнительных антиишемических препаратов, как ивабрадин, который назначали при снижении АД и недостижении целевого уровня ЧСС при приеме БАБ. В настоящее время получены убедительные данные об эквивалентной клинической эффективности оригинального и дженерического препаратов ивабрадина (Раеном®, Гедеон Рихтер) у пациентов со стенокардией напряжения, что расширяет возможности использования препарата Раеном у большего количества пациентов [9].

Как и ожидалось, активная антиишемическая терапия препаратами гемодинамического действия, т.е. БАБ и НДБКК, оказалась наиболее действенной у пациентов с исходно повышенными цифрами АД и ЧСС. Значительно менее эффективной она была у больных с нормальными показателями гемодинамики и вообще не могла быть применена у больных с исходно низкими цифрами АД и ЧСС. Триметазидин МВ назначали как при снижении АД, так и при наличии брадикардии [10–12]. У данной категории больных использование триметазида МВ оказалось решающим в улучшении клинического состояния больных и уменьшении степе-

ни выраженности ишемии. Кроме того, добавление триметазида МВ к лечению больных с исходно повышенными цифрами АД и ЧСС позволило достигнуть еще более впечатляющих результатов и почти в 2 раза через полгода терапии увеличить количество пациентов с достигнутым 1 ф.к. стенокардии. Важно отметить, что с увеличением сроков приема триметазида МВ эффективность его возрастала.

## ВЫВОДЫ

1. В обследованной когорте пациентов с СИБС, в зависимости от исходных показателей АД и ЧСС, можно условно выделить 3 группы больных: с повышенными показателями (44,5%), с нормальными (38,7%) и со сниженными (16,8%).
2. Назначение препаратов гемодинамического действия (БАБ и НДБКК) было наиболее эффективным у пациентов 1-й группы, т.е. с исходно повышенными цифрами АД и ЧСС.
3. Более чем половине больных дополнительно требовалось применение антиишемического препарата ивабрадин, который назначали при снижении АД и недостижении целевого уровня ЧСС при приеме БАБ.
4. У пациентов с СИБС и нормальными или сниженными показателями АД и ЧСС назначение триметазида МВ и в ряде случаев ивабрадина позволило получить существенное улучшение клинико-инструментальных данных.
5. Добавление триметазида МВ к БАБ и НДБКК позволило добиться улучшения результатов лечения и у больных 1-й группы с исходно повышенными цифрами АД и ЧСС, а также увеличить число пациентов с достижением 1 ф.к. почти в 2 раза.
6. Антиишемическая эффективность триметазида МВ увеличивалась при приеме в течение 6 месяцев по сравнению с 3-месячным приемом.
7. Таким образом, у части когорты больных СИБС такие препараты, как ивабрадин и триметазидин МВ, могут быть отнесены к категории основных или базисных лекарственных препаратов, значительно улучшающих клиническое состояние пациентов с СИБС.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Boden W.E., O'Rourke R.A., Teo K.K., et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007; 356: 1503-16.
2. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Стэг Ф.Г., Форд И. От имени участников регистра CLARIFY. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY. *Кардиология.* 2013; 8: 28-33. [Shalnova S.A., Oganov R.G., Stag F.G., Ford I. On behalf of the participants of CLARIFY Registry. Ischemic heart disease. Modern reality according to the global CLARIFY Registry. *Kardiologia.* 2013; 8: 28-33.] (In Russ).
3. Fihn S.D., Gardin J.M., Abrams J., et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCA/STS guideline for diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 60: 44-164.
4. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal.* 34: 2949-3003.
5. NICE. Stable angina: management. NICE Clinical Guidelines CG126. London: National Institute for the Health and Care Excellence, 2016.
6. Шапошник И.И. Рекомендаций много – большой один. *РМЖ.* 2014; 12: 923-927. [Shaposhnik I.I. Too many guidelines and one patient. *RMJ* 2014; 12: 923-927.] (In Russ).
7. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал.* 2018; 23(6): 7-122. [Cardiovascular prophylaxis, 2017. Russian national guidelines. *Rossiysky Kardiologichesky Zhurnal.* 2018; 23 (6): 7-122.] (In Russ).
8. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J.* 2018; 39(33): 1-98.
9. Поветкин С.В., Лунева Ю.В. Изучение клинической эффективности оригинального и дженерического препаратов ивабрадина у пациентов со стабильной стенокардией напряжения (сравнительное исследование). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2018; 14(1): 34-39. [Povetkin S.V., Luneva Yu.V. Study of the clinical efficacy of original and generic ivabradine in patients with stable exertional angina (comparative study). *Ratsionalnaya Farmakoterapiya v Kardiologii.* 2018; 14 (1): 34-39.] (In Russ).
10. Аронов Д.М. Консенсус экспертов о роли и месте миокардиального цитопротектора триметазидина в терапии больных с хроническими формами ишемической болезни сердца. *Сердце.* 2015; 14(4): 256-260. [Aronov D.M. Consensus of experts on the role and place of the myocardial cytoprotector trimetazidine in the treatment of patients with chronic forms of ischemic heart disease. *Serdtsse.* 2015; 14 (4): 256-260] (In Russ).
11. Захарова О.В. Терапия триметазидином при микроваскулярной стенокардии. Материалы национального конгресса кардиологов. Екатеринбург, 2016: 287-288. [Zakharova O.V. Trimetazidine therapy for microvascular angina. Proceedings of the National Congress of Cardiologists. Yekaterinburg, 2016: 287-288.] (In Russ).
12. Koester R., Kaehler J., Ebel H. Ivabradine in combination with beta-blocker therapy for the treatment of the stable angina pectoris in every day clinical practice. *Clin Res Cardiol.* 2010; 99: 665-72.

ивабрадин



Уверенность в контроле ЧСС при стабильной стенокардии и ХСН

**РАЕНОМ®** УПРАВЛЕНИЕ ПУЛЬСОМ

СНИЖАЕТ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ НА 70%<sup>1</sup>

УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ\*

РЕКЛАМА

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Перед применением препарата обязательно ознакомьтесь с полной версией инструкции по медицинскому применению.



1. Инструкция по медицинскому применению препарата Раенот от 02.07.2015

\* Эффективность ивабрадина отмечалась в отношении всех показателей нагрузочных проб: общая продолжительность физической нагрузки, время до лимитирующего приступа стенокардии, время до начала приступа стенокардии.

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия)  
Россия, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 8.  
Тел.: +7 (495) 987 1555, факс: +7 (495) 987-1556, www.g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР