

Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК)

Секция хронической ишемической болезни сердца

Информационное письмо

Контроль частоты сердечных сокращений обеспечивает дополнительные преимущества в лечении больных стабильной ишемической болезнью сердца

Наиболее частым клиническим проявлением ишемической болезни сердца (ИБС) является стабильная стенокардия (СС). Ежегодно в среднем у 2% больных СС развивается инфаркт миокарда и у 2% наступает смерть вследствие сердечно-сосудистых причин [1,2]. Кроме того, ИБС является основной причиной хронической сердечной недостаточности. Главным условием сокращения инвалидизации и смертности больных ИБС является повышение эффективности первичной и вторичной профилактики этого заболевания.

Частота сердечных сокращений как фактор риска

Успех профилактики и лечения ИБС в значительной мере связан с исключением или ослаблением действия факторов риска этого заболевания. К настоящему времени получены убедительные доказательства связи повышенной частоты сердечных сокращений (ЧСС) с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых и всех причин [3,4,6].

В новых рекомендациях по лечению больных артериальной гипертензией и рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, подготовленных экспертами Европейского общества кардиологов, повышенная ЧСС рассматривается как независимый фактор сердечно-сосудистого риска [5,7].

Рекомендации по лечению стабильной стенокардии

Целью лечения больных стабильными формами ИБС являются профилактика осложнений и улучшение прогноза, а также полное или почти полное устранение приступов стенокардии [2,8].

Патофизиологической основой стенокардии служит ишемия миокарда, обусловленная дисбалансом между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой [1]. ЧСС является одним из наиболее важных параметров, определяющих потребность миокарда в кислороде. При повышении ЧСС уменьшается относительная продолжительность диастолы и, следовательно, время коронарной перфузии.

Таким образом, снижение ЧСС является важным условием профилактики приступов стенокар-

дии и должно рассматриваться клиницистами в качестве одной из главных терапевтических задач. При лечении больных СС рекомендуется снижать ЧСС в покое до 50-60 уд/мин [8,9].

Исследование BEAUTIFUL (The morbidity-mortality Evaluation of the IF inhibitor ivabradine in patients with coronary disease and left ventricular dysfunction), результаты которого будут представлены в 2008 г, позволит определить прогностическую значимость изолированного снижения ЧСС ингибитором f-каналов синусового узла ивабрадином у пациентов со стабильной ИБС и дисфункцией левого желудочка [10].

Результаты эпидемиологических исследований

Как показали результаты исследования ATR-survey (Angina Treatment Pattern) (2001), в Российской Федерации почти у 2/3 больных СС сохраняется > 5 приступов стенокардии в неделю, несмотря на применение комбинации различных антиангинальных препаратов. По данным эпидемиологической части национальной программы АЛЬТЕРНАТИВА (Исследование Антиангинальной эффективности и переносимости Кораксана (ивабрадина) и оценка качества жизни пациентов со стабильной стенокардией) 2007, которая проводилась под эгидой ВНОК, среди включенных 4248 амбулаторных больных ИБС, количество приступов стенокардии в неделю в среднем составило 8, а количество таблеток нитроглицерина, принимаемых в дополнение к базовой терапии за неделю – 9. Средняя ЧСС в популяции больных стенокардией составила 82 уд/мин. При этом более чем у половины больных ЧСС > 80 уд/мин.

Таким образом, терапия СС в целом по-прежнему остается неудовлетворительной: у многих больных, несмотря на лечение, сохраняется высокая частота приступов стенокардии и низкое качество жизни. Одной из главных причин недостаточно эффективного лечения больных СС является отсутствие необходимого контроля ЧСС.

Заключение

Учитывая возрастающее признание увеличенной ЧСС как фактора сердечно-сосудистого риска, значимой роли высокой ЧСС в патогенезе

ишемии миокарда, а, также принимая во внимание необходимость повышения эффективности лечения больных СС, рекомендуется шире использовать в фармакотерапии ИБС стратегии, направленные на снижение ЧСС (β -адреноблокаторы, антагонисты кальция недигидропиридино-

вого ряда, ингибиторы f-каналов синусового узла). При этом необходимо стремиться к достижению уровня ЧСС в покое 50-60 уд/мин, что способствует предупреждению ишемии миокарда и имеет благоприятное прогностическое значение для больных ИБС.

Эксперты ВНОК:

Академик РАН и РАМН Е.И. Чазов, академик РАМН Р.Г. Оганов, академик РАМН А.И. Мартынов, академик РАМН Р.С. Карпов, профессор, член-корр. РАМН В.И. Маколкин, проф., член-корр. РАМН Е.В. Шляхто, проф. А.А. Александров, проф. С.А. Бойцов, проф. Ю.А. Васюк, проф. Я.Л. Габинский, проф. А.С. Галявич, проф. М.Г. Глезер, проф. П.Я. Довгалецкий, проф. Ю.А. Карпов,

проф. Э.В.Кулешова, проф. Ю.М. Лопатин, проф. В.П. Лупанов, проф. В.Ю. Мареев, проф. С.Ю. Марцевич, проф. В.А. Милягин, проф. С.В. Недогода, проф. Н.Б. Перепеч, проф. Ю.М. Поздняков, проф. В.В. Скибицкий, проф. А.Л. Сыркин, проф. И.В. Фомин, проф. С.В.Шалаев, проф. С.А. Шальнова, проф. С.С. Якушин.

Литература

1. Fox K, Purcell H, Pepper J, et al. Management of angina pectoris. In: Camm J.A, Lüscher T.F., Serruys P.W. Cardiovascular Medicine. Blackwell Publishing 2006; 425-52.
2. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. Eur Heart J 2006; 27: 1341-81.
3. Diaz A, Bourassa MG, Guertin MC, et al. Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. Eur Heart J 2005; 26: 967-74.
4. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. и др. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования. Кардиология 2005; 10: 45-50.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105-87.
6. Palatini P, Benetos A, Grassi G, et al. Identification and management of the hypertensive patient with elevated heart rate: statement of a European Society of Hypertension Consensus Meeting. J Hypertens 2006; 24: 603-10.
7. Graham L, Atar D, Borch-sohnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehm316, 2007.
8. Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Приложение. Кардиоваск тер профил 2004.
9. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the management of patients with Chronic Stable angina. Am Heart J 2002.
10. Fox K, Ferrari R, Tendera M, et al., on behalf of the BEAUTIFUL Steering Committee. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ivabradine in patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction: the morbidity-mortality Evaluation of the If inhibitor ivabradine in patients with coronary disease and left ventricular dysfunction (BEAUTIFUL) Study. Am Heart J 2006; 152: 860-6.

Поступила 07/11-2007