**Лекция по теме: Клиническая фармакология антиангинальных средств**

**План:**

**1**. Клиническая фармакология антиангинальных средствф

**2**. Лечение ИБС:

а) приступа стенокардии;

б) амбулаторное лечение ИБС, ИБС с гипертонией;

в) лечение острого периода инфаркта миокарда.

Антиангинальные средства (от греческого анти – против, anginapectoris – лат. – грудная жаба – от слова душить).

ИБС – атеросклеротическое поражение коронарных артерий.

Стенокардия – результат несоответствия потребности миокарда в кислороде и его поступлении. При ИБС коронарные артерии склерозируются, уменьшается их просвет. так как появляются тромбатические наслоения на бляшки, кроме того теряется способность коронарных артерий к расширению при необходимости (физическая, речевая нагрузка).

Для лечения ИБС применяются лекарственные средства, которые направлены на улучшение коронарного кровообращения.

**Существуют следующие группы антиангинальных лекарственных средств:**

1. Периферические вазодилататоры – нитровазодилататоры:

2. Антогонисты кальция (блокатора кальциевых каналов).

3. Бета-адреноблокаторы.

4. Антиагреганты (дезагреганты);

5. Кардиопротекторы.

Периферические вазодилятаторы.Это антиангинальные лекарственные средства, из которых при биотрансформации образуется действующее вещество оксид [азота](https://pandia.ru/text/category/azot/). Представители нитровазодилятаторов: нитроглицерин, изосорбит моно - и динитрат, никорандил и молсидомин.

**Механизм действия нитроглицерина**:а) нитроглицерин – его действующее начало – оксид азота приводит к ослаблению гладких мышц, расширяет периферические сосуды (особенно вены), при этом уменьшается венозный возврат к сердцу (кровь остается в расширенных венах), снижается преднагрузка на сердце и улучшается микроциркуляция глубоких слоев миокарда в диастолу.б) расширяя артериальные сосуды нитроглицерин уменьшает общее периферическое сопротивление и артериальное давление.

в) Вышеуказанные действия нитроглицерина на сосуды уменьшают работу сердца и снижают его потребность в кислороде.

г) Нитроглицерин устраняет спазм сосудов и стимулирует коллатеральное кровообращение в пользу ишемизированного участка.

д) Нитроглицерин обладает антиагрегантной активностью – уменьшает агрегацию тромбоцитов.

Кроме снятия  спазмов коронарных сосудов нитроглицерин снижает тонус мозговых, легочных сосудов, а также снижает тонус бронхов, желчевыводящих путей, кишечника, мочеточников. То есть, нитроглицерин оказывает общее, а не селективное действие.В настоящее время нитроглицерин считается эталонным препаратом нитратов, применяемых для купирования и профилактики приступов стенокардии (то есть для лечения всех форм ИБС).

**Напомню классификацию ИБС:**

1. Синдром внезапной смерти;2. Впервые возникший приступ стенокардии;3. Стенокардия напряжения - 4 функциональных класса;4. Стенокардия покоя;5. Стенокардия вариантная;6. Острый инфаркт миокарда;7. Кардиосклероз.

Нитроглицерин впервые применил американский [гомеопат](https://pandia.ru/text/category/gomeopatiya/) Константин Теринг в 1847 году, первым пациентом стал Альфред Нобель.

Нитроглицерин существует в короткой форме и пролонгированной.

Нитроглицерин короткого действия применяется для быстрого антиангинального действия следующие формы:

1. капсулы с 1% масляным раствором;2. сублингвальные таблетки нитроглицерина по 0,0005 г – 0,5 мг;3. [аэрозольная](https://pandia.ru/text/category/ayerozolmz/) форма для сублингвального применения (нитроминт, нитроспрей);4. для внутреннего введения раствор нитроглицерина (струйно или капельно) – НИТРО, перлинганин, нитростат (синонимы).

При сублингвальном применении нитроглицерин всасывается через слизистую оболочку полости рта, действие развивается через 1-2 минуты, продолжается 30 минут. Период полувыведения 4-5 минут. Поэтому можно через 5 минут повторить применение нитроглицерина (и так до 3-4 раз при отсутствии других средств). Приступ должен сниматься на 2-3 минут – это критерий эффективности.

Пролонгированные формы нитроглицерина:

- микрокапсулированные таблетки для приема внутрь – сустак, нитронг, нитрогранулонг;

- трансдермальные формы – нитродерм( в виде мазей, пластыря);

- буккальные формы – тринитролонг (пленки, наклеивающиеся на десну или слизистую щеки).

Действие этих препаратов начинается через 20-30 минут и продолжается до 5-6 часов и применяются они для предупреждения приступов стенокардии. Частота приемов зависит от функционального класса стенокардии. Только буккальные формы могут всасываться и действовать через 2 минуты и действие их длится до 4 часов, поэтому могут применяться как для предупреждения, так и для купирования приступов стенокардии.

Побочные эффекты действия нитроглицерина:

- сильная головная боль, шум в ушах;

- снижение АД (гипотония);

- рефлекторная тахикардия (сердцебиение);

- головокружение;

- покраснение лица, ощущение жара.

Снять их можно, приняв ментол (валидол). При длительном применении может развиться привыкание (толерантность), а при резком прекращении – синдром отмены.

Препараты изосорбитадинитрата и мононитрата по строению и действию сходны с нитроглицерином и действующее начало также оксид азота. Также имеются препараты короткого и пролонгированного действия. Сублингвально они действуют через 2-5 минут, при приеме внутрь – через 15-40 минут и эффект делится 4-6 часов и до 12 часов (мононитраты). Длительно действующие формы изосорбита не вызывают синдрома отмены, так как их концентрация снижается плавно.

Периферические вазодилататоры изосорбита есть и в виде спрея, растворов для внутривенного введения и пролонгированных таблеток – retardные формы. Побочные эффекты такие, как и у нитроглицерина.

Периферические вазодилататоры всех видов не показаны больным: с вегетососудистой дистонией, кардиалгиями, так как вызывают лишь побочные эффекты;

- при геморрагическом инсульте;

- при вариантной стенокардии (Принцметал);

- при гипотонии и резко выраженном коронаросклерозе принимать с осторожностью под индивидуальным контролем.

Молсидомин – это пролекарство, но действующее начало тоже оксид азота. Механизм действия как у нитроглицерина, только толерантность развивается реже.

**2. Антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов).**

Эти лекарственные средства, которые снижают концентрацию ионов кальция (Са++) в кардиомиоцитах и гладкомышечных клетках сосудистой стенки.

Как антиангинальные препараты используются препараты:

а) короткого действия – представитель нифедепин. Его действие начинается через 15-20 минут и сохраняется в течение 6 часов, у пролонгированных форм (retаrd)  - до 12 часов. Синонимы Коринфар, Адалат.

Механизм действия нифедепина:

- уменьшает трансмембранный переход кальция в гладкомышечные клетки сосудов, что снижает тонус сосудов. Расширение коронарных сосудов (из-за снижения тонуса) приводит к улучшению кровоснабжения миокарда и повышению доставки кислорода в миокарду. Но расширяются не только коронарные, но и периферические артерии, что приводит к снижению артериального давления.

Побочным действием нифедепина является значительная артериальная гипотензия, сопровождающаяся ишемией миокарда и синдромом «обкрадывания» при выраженном коронаросклерозе.

Поэтому при ИБС для купирования и профилактики приступов стенокардии нифедепин в настоящее время не применяется.

б) Препараты средней продолжительности действия (действуют до 7 часов) – группа веропамила и дилтиазем, оказывают гипотензивное, антиаритмическое действие и антиангиальный эффект. При отсутствии АГ эти препараты вызывают блокаду кальциевых каналов и урежают сердцебиения, ослабляют сокращения сердца и вызывают гипотензию до коллапса. Поэтому показаны при сочетании ИБС и АГ, они, снижая артериальное давление и расширяя периферические, в том числе и коронарные артерии, увеличивают доставку кислорода к сердцу.

в) Препараты кальциевых блокаторов продолжительного действия – длительного действия:

- амлодипин;

- нимодипин;

- исрадипин;

- никардипин;

- фелодипин.

Эти лекарственные средства действуют до 12 часов, что позволяет их назначать 1 – 2 раза в сутки, действие наступает через 1 – 2 часа. Антиангинальныйэффект  у этих препаратов продолжителен, но также применяются при сочетании ИБС и АГ.

Побочные эффекты:

- рефлекторная тахикардия (кроме группы длительного действия);

- периферические отеки;

- прилив крови к лицу («багровость» лица и верхней половины туловища);

- сонливость.

Блокаторы кальциевых каналов показаны при вазоспастической форме стенокардии и вариантной.

Противопоказания:

- кардиогенный шок;

- выраженная артериальная гипотензия;

- в первые 8 суток после инфаркта миокарда (короткого действия);

- остром инсульте;

- при [беременности](https://pandia.ru/text/category/beremennostmz/);

- субартальном склерозе;

- синдроме WPW;

- атриовентрикулярной блокаде II - III степени и не сочетают с бетаблокаторами.

**3. Бета-адреноблокаторы**

Выделяют неселективные и селективные формы.

Неселективные бетаадреноблокаторы  действуют на бета-1 и бета-2 адренорецепторы.

К неселективным препаратом относятся:

- пропроналол (обзидан, индерал, анаприлин);

- надолол;

- тимолол (для глаукомы);

- пиндолол, окспренолол.

Механизм действия:

Эти препараты уменьшают частоту сердечных сокращений, уменьшают их силу и работу сердца – тем самым снижают потребность миокарда в кислороде; снижают тонус сосудов, та как уменьшают выделение ренина в почках и выделение норадреналина в рецепторах, угнетают центральное звено (центр) симпатической регуляции сосудистого тонуса. Назначаются внутрь и внутривенно, сублингвально в неотложных состояниях (кризы). Учитывая гипотензию применяют при сочетании ИБС и АГ.

Однако, имеются побочные эффекты:

- гипотензия;

- выраженная брадикардия, требующая контроля и самоконтроля в процессе лечения;

- угнетение атриовентрикулярной проводимости;

- вызывают гипогликемию;

- бронхоспазм.

Из-за этих эффектов противопоказаны при бронхиальной астме, хроническом [бронхите](https://pandia.ru/text/category/bronhit/), бракикардии и низком артериальном давлении.

К кардиоселективнымбетаадреноблокаторам относятся лекарственные средства, влияющие на бета -1-адренорецепторы.

- атенолол;

- ацебутол;

- бетаксалол;

- метапролол;

- талинолол;

- эсмолол и др.

Вследствие отсутствия действия на бета-2-ддренорецепторы они не вызывают повышение тонуса бронхов и гипогликемический эффект.

Механизм действия:

снижают силу и частоту сердечных сокращений, понижают тонус гладких мышц сосудистой стенки – снижают АД. Вследствие этого уменьшается работа сердца и его потребность в кислороде, перераспределяют коронарный кровоток.

Эти средства показаны при лечении стенокардии напряжения (для профилактики приступов). Начало действия через 20-30 минут, действуют 6 -8часов, поэтому могут приниматься 2-3 раза в сутки (атенолол действует до 12 – 20 часов).

Побочные действия:

- брадикардия;

- ухудение атриовентрикулярной проводимости вплоть до блокады;

- артериальная гипотензия;

- при резкой  отмене – «синдром отмены», головокружение, слабость.

Хорошо комбинируются с нитровазодилататорами, так как достигается хороший антиангинальный эффект и снижение побочных эффектов.

**4. Антиагреганты**

Это лекарственные средства различного механизма действия, но они расширяют коронарные артерии и улучшают ток крови.

а) Дипиридамол (Курантил) повышает содержание аденозина и снижают тонус коронарных артерий при гипоксии миокарда, вызванной спазмом при вазоспастической форме стенокардии, снижает вязкость крови и увеличивает скорость тока крови.

При ОИМ, ИБС расширение непораженных [атеросклерозом](https://pandia.ru/text/category/ateroskleroz/) мелких сосудов будет большим, чем в пораженных, и это вызывает синдром «обкрадывания».

В остром периоде ИБС не применяют. При распространённом коронарокардиосклерозе и склонности к кровоточивости, декомпенсированной сердечной недостаточности не применяют тоже.

б) Ацетилсалициловая кислота в малых дозах 50-100 мг блокирует тромбоксан – фермент на поверхности тромбоцитов и препятствует склеиванию эритроцитов и их приклеивание к атероматозной бляшке, тем самым предупреждает тромбообразование и сужение просвета сосудов, улучшая коронарный кровоток. Применяется при всех формах ИБС (при стенокардии, ОИМ, ИБС амбулаторно и в стационаре.  Кроме того применяется при ишемии мозга и [ишемическом](https://pandia.ru/text/category/ishemicheskaya_boleznmz_serdtca/) инсульте, рецидивирующей тробоэмболии. Синонимы [аспирина](https://pandia.ru/text/category/aspirin/) Аспикор, Тромбоасс.

Побочные эффекты:

тромбоцитопения, [аллергические](https://pandia.ru/text/category/allergiya/) реакции («аспириновая бронхиальная [астма](https://pandia.ru/text/category/astma/)»), со стороны желудка язвообразование и кровоточивость, нарушается функция печени и почек, поэтому применяется после еды, действет 2 часа после приема и противопоказаны при язвенной болезни и эррозиях в ЖКТ.

в) антитромбоцитарные препараты – тиклопедин и клопидогрель. Они тормозят агрегацию тромбоцитов. Применяют по 50-100 мг, начинает действовать через 2 часа, но максимальный эффект на 4 сутки.

Показаны:

- после перенесенного инфаркта миокарда, ИБС и ишемическом инсульте.

Противопоказаны:

- при геморрогическом синдроме, в возрасте моложе 18 лет и тяжелой печеночной недостаточности амбулаторно и в стационаре.

**4. Кардиопротекторы**

Эти лекарственные средства оказывают непосредственное действие на метаболические процессы в миокарде, устраняют нарушения, возникающие при ишемии, потому что продукты обмена в зоне ишемии снижают сократительную способность миокарда.К ним относятся:

- препараты калия, магния (аспаркам, панангин, кардиомагния и др.);

- поляризующая смесь (глюкоза + К+ Мg + инсулин);

- рибоксин, АТФ, никорандил – открывают АТФ каналы, обладающие метаболическим действием.

Триметазидин (предуктал) улучшает окислительные процессы в митохондриях, обеспечивая синтез АТФ, улучшая работоспособность сердечной мышцы.

Применяется амбулаторно 20 мг (1 т) 3 раза в день в комплексе с другими антиангинальными средствами при всех формах ИБС, у лиц пожилого возраста, при ХСН.

Кудасан – (коэнзим Q10) – антиоксидант, защищает биологические мембраны от переокисного окисления, улучшает энергию кардиомиоцита. Применяется при ИБС, АГ в комплексном лечении и как профилактики.

Другие антиоксиданты – [витамин](https://pandia.ru/text/category/vitamin/) А и Е, в капсулах аввит и в инъекциях, улучшают обменные процессы в отсутствии кислорода (улучшают тканевое дыхание).

Помощь при стенокардии:

- вызвать скорую помощь (врача в стационаре);

- уложить пациента горизонтально;

- успокоить (если есть в доме валидол, валокордин);

- дать 1 таблетку нитроглицерина 0,5 мг под язык (или нитроспрей в виде сублингвальных впрыскиваний 1-2 нажатия на баллон).

В случае отсутствия других лекарственных средств и неполном снятии болей – повторить 3 раза применение нитроглицерина до прихода [скорой медицинской помощи](https://pandia.ru/text/category/skoraya_meditcinskaya_pomoshmz/).

- дать аспирин 150 (125) мг разжевать (но не глотать!) как антиагрегант и обезболивающее средство.

В случае отсутствия эффекта (продолжении болей) – врачом СПМ назначается раствор нитроглицерина внутривенно 1 % раствор 1,0 мл с 5 мл % раствора глюкозы или 10 % раствор внутривенно капельно с раствором 5% глюкозы (100-150 мл) у пожилых.

Если боли не проходят 10 минут, это [ангинозный](https://pandia.ru/text/category/angina/) статус, если больше получаса – то тактика меняется:

- для снятия загрудных болей необходимо применить обезболивающие. Это поможет избежать возникновения болевой формы кардиогенного шока. Ранее применяли растворы анальгина с димедролом (2 мл 50 % анальгина + 1 мл 1% раствора димедрола в одном шприце). Допускается при отсутствии наркотических анальгетиков такая терапия и в настоящее время или введение 5 мл баралгина внутривенно.

Пациенту с ангинозным статусом вводят 1 мл 2% раствора промедола или 1 мл 1% морфина внутривенно или внутримышечно, растворив в 10 мл физраствора. У лиц пожилого возраста морфин вводить не рекомендуется (может вызвать остановку дыхания).

Тактика ангинозного статуса и его купирование зависит от интенсивности и длительности болей. У большинства пациентов удается купировать боли через 5 минут (1-3 минуты) и длится обезболивающий эффект более 2 часов.

Помощь при остром инфаркте миокарда:

1. Нитроглицерин под язык 2 таблетки или внутривенно 1 % - 1 мл. Аспирин разжевать и держать во рту Ѕ таблетки (250 мг) или аспикор 2 таблетки (100 мг);

2. Ввести 1% - 1 мл морфина или 1 мл 2% промедола внутривенно вместе с 10 мл физраствора, у пожилых дробное введение морфина по 0,5 мл, если нет промедола.

3. В случае отсутствия обезболивающего эффекта от морфина (промедола) применяют нейролептаналгезию (НЛА) – внутривенно вводят нейролептик (успокаивающий) дроперидол 2 мл 0,25 % раствор и наркотический анальгетик фентанил 1-2 мл 0,005 % раствор + 100 мл физрастворавнувеннокапельно в течение 10 минут.

В случае снижения (низкое АД систолическое) дроперидол дозу уменьшают до 1 мл. Фентанил дозируется на массу тела – если меньше 50 кг – 1 мл, больше 2 мл.

Есть готовая лекарственная форма – таламонал, содержащий 1 мл 0,005 % фентанила и 1 мл 0,25 % раствора дроперидола. Для НЛА вводится 1 -2 мл таламонала внутривенно вместе с 20 мл 5% раствора глюкозы в течение 5 – 10 минут.

4. В стационаре в настоящее время для обезбаливания ОИМ используют анестетик оксибутират натрия (ГОМК). Вводят внутривенно 20 мл 20% раствора медленно (скорость не более 1 мл в минуту, сон наступает через 5-7 минут.

5. В тех случая, когда боль не удается купировать НЛА, применяют наркоз с закисью азота в смеси с кислородом.

Тромболитическая терапия

Если с момента приступа не прошло 3 часа, то можно ввести тромболитики:

- стрептодеказа, стептокиназа;

- альтеплаза (в тестах).

Если с момента приступа прошло 3 часа, то проводится антикоагулянтная терапия:

- вводится внутривенно струйно 5 тыс. ЕД гепарина, дальше вводят внутривенно капельно по 1 тыс. ЕД в час на 5% растворе глюкозы в течение 2 часов.

Гепарин тормозит все 3 фазы свертывания крови и еще препятствует агрегации тромбоцитов.

Инфузию гепарина можно заменить подкожным введением 1 тыс. ЕД каждые 12 часов под контролем свертываемости крови.

Уменьшая тромбообразование улучшается ток крови и гепарин уменьшает боль.

В остром периоде ОИМ проводят метаболическую терапию поляризующей смесью (5% глюкоза 250 мл, 40 % глюкоза 20 мл с рибоксином, панангином 20 мл и инсулином 4-6 ЕД) е/дн 5 дней. Эти препараты уменьшают зону гипоксии вокруг некроза сердечной мышцы.

Препараты нитратов продолжают давать в виде пролонгированных форм 1-3 раза в день первые 7 дней ( в зависимости от частоты приступов).

При лечении ИБС используют комплексное лечение, которое зависит от функционального класса стенокардии, состояния миокарда.

ФК I – лечение атеросклероза, нитроглицерин носить при себе.

ФК II – применять пролонгированные нитраты 1-2 раза в день или селективные бета – блокаторы (конкор, атенолол) 1 раз в день (при отсутствии бракикардии).

ФК III-IV – частота приемов до 3-4 в сутки, аспикер 50 или 100 мг е/дневно.

При наличии кадиосклероза и снижении сократительной способности миокарда – метаболическая терапия панангин, рибоксин, предукал (триметазидин) дополнительно.

Если ИБС сочетается с АГ – амлодипин, селективные бетаблокаторы.

**Контрольные вопросы**

**I.Средства, увеличивающие коронарный кровоток , уменьшающие потребление миокардом кислорода?**

**II.Средства, увеличивающие доставку кислорода к сердцу ?**

**III.Средства, уменьшающие потребность миокарда в кислороде?**

**IV.Средства, применяемые для профилактики кардиогенного шока?**

**VI.Средства метаболического действия?VII.Кардиопротекторы?**

**VIII.Антиадренергическое средство с антиангинальным, антигипертензивным иантиаритмическим действием?**

**IX.Антагонист кальция длительного действия?**

ВЫПИСАТЬ РЕЦЕПТЫ:

1

Nitroglycerini – 0,0005 в табл.

2

Isosorbidimononitras – 0,04 в табл.

3

Simvastatin – 0,01 в табл.

Задание №2.

1 Антиадренергическое средство с антиангинальным, антигипертензивным и

антиаритмическим действием.

2 Антагонист кальция длительного действия.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аллен, Л. В. Фармацевтическая технология: изготовление лекарственных препаратов [Текст] : учебник / Л. В. Аллен, А. С. Гаврилов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 512 с.
2. Катцунг, Б. Г. Базисная и клиническая фармакология : в 2 т. [Текст] / Б. Г. Катцунг ; пер. с англ. под ред. Э. Э. Звартау. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : Бином; Санкт-Петербург : Диалект, 2013. - Т. 1. - 648 с
3. Клиническая фармакология [Текст] : нац. рук. / под ред. Ю. Б. Белоусова [и др.] ; АСМОК. - Москва : ГЭОТАР, 2009. - 976 с.
4. Петров, В. И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике [Текст] : мастер-класс : учебник / В. И. Петров. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 872 с.
5. Фармакология: клинический подход = Integrated pharmacology [Текст] / К. П. Пейдж [и др.]. - Москва : Логосфера, 2012. - 744 с

**Электронные ресурсы**

[**noreply@urait.ru**](mailto:noreply@urait.ru)

http://www.cardiosite.ru/clinical-lectures/article.asp7pr = l&id= 1750.http://thrombolysis.org.ua/education/ clinical-lectures/lectures-book-chapter6/. http:// pharmateca.ru/cgi-bin/statyi.pl?sid = 540&mid = 1085056570&magid = 45.