

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: СРАВНЕНИЕ ВЕРАПАМИЛА И АМЛОДИПИНА

Серда А.Ф., Канорский С.Г.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

За последние годы удалось существенно снизить смертность и частоту госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка. Несмотря на аналогичные симптомы и сопоставимый прогноз, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНСФВ) никакой из применявшихся способов лечения до настоящего времени не обеспечивал снижения смертности. Поэтому у таких пациентов в настоящее время рекомендуется только проводить терапию, корригирующую проявления основного и сопутствующих заболеваний.

Наличие ограниченной доказательной базы применительно к лечению ХСНСФВ настоятельно требует проведения новых клинических исследований фармакотерапии, способной оказаться эффективной у данной категории больных. Сравнительная оценка эффективности и безопасности патогенетически обоснованных комбинаций доступных антигипертензивных препаратов для терапии пациентов с ХСНСФВ на фоне артериальной гипертензии представляется актуальной.

Цель исследования – сравнение эффективности лечения ХСНСФВ у пациентов с гипертонической болезнью верапамилом или амлодипином.

В исследовании участвовали 167 больных в возрасте от 48 до 70 лет с ХСНСФВ II/ III функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии.

Критерии включения в исследование: артериальная гипертензия в анамнезе; одышка, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке; фракция выброса левого желудочка 50% и более; синусовый ритм; 1-й тип диастолической дисфункции левого желудочка (с замедленной релаксацией); подписанное информированное согласие.

Лечение артериальной гипертензии проводили, переводя больных на прием периндоприла (престариум, «Servier», Франция), титруя дозу от 2,5 до 10 мг 1 раз в сутки с добавлением к нему после рандомизации верапамила (изоптин SR, «Abbott», Германия) в дозе 120-240 мг 1 раз в сутки (n=85) или амлодипина (норваск, «Pfizer», США) в дозе 2,5-10 мг (n=82) до достижения и поддержания офисного артериального давления ниже 140 и 90 мм рт. ст. Учитывая высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, все пациенты получали рекомендацию принимать аторвастатин (липримар, «Pfizer», США) в дозе 10 мг 1 раз в сутки.

Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 месяцев подобранной терапии, кроме общеклинического исследования, включало: стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; 6-минутный тест ходьбы; оценку клинического состояния при хронической сердечной недостаточности (шкала ШОКС в модификации В.Ю.Мареева), оценку качества жизни с использованием Миннесотского

вопросника (MLHFQ); определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови, эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию выполняли по стандартным рекомендациям с определением общепринятых показателей.

В обеих группах у всех обследованных доза периндоприла составляла 10 мг/сутки. Для достижения и поддержания целевого уровня артериального давления в большинстве случаев применяли верапамил в дозе 240 мг/сутки (76,5% случаев), а амлодипин – 5 или 10 мг/сутки (46,3% и 43,9% случаев соответственно). При этом отмечалась ожидаемая разнонаправленная динамика средней частоты сердечных сокращений в сопоставлявшихся группах. Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой существенно увеличивались при лечении, включавшем как верапамил (на 15,1%), так и амлодипин (на 18,2%). Оба препарата обеспечивали улучшение клинического состояния и качества жизни. Уровень NT-proBNP существенно снижался только в группе амлодипина, что соответствовало его антиремоделлирующему эффекту (уменьшение индекса объема левого предсердия, конечного диастолического размера и гипертрофии левого желудочка). Отношение пиковых скоростей раннего и предсердного наполнения левого желудочка существенно повышалось в обеих группах, но другие более специфичные показатели диастолической функции левого желудочка улучшались только при длительном лечении амлодипином.

В действующих рекомендациях Европейского общества кардиологов верапамил противопоказан, а амлодипин может применяться при хронической сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка. Всегда ли практикующий врач контролирует и вовремя выявляет переход пациента с хронической сердечной недостаточностью от фазы болезни с сохраненной к фазе со сниженной фракцией выброса левого желудочка? Ответ на этот вопрос скорее отрицательный, что указывает на преимущество амлодипина в безопасности по сравнению с верапамилом.

Хронотропная некомпетентность (неспособность синусового узла вырабатывать более 100 импульсов в минуту даже при максимальной нагрузке) закономерно чаще встречается с возрастом. Такое нарушение нередко выявляется у больных ХСНСФВ, продлевает диастазис (период слабого кровотока через митральное отверстие из-за выравнивания давления в левом желудочке и левом предсердии перед систолой левого предсердия) и, тем самым, может способствовать усилению одышки при физической нагрузке. Учитывая противоположный хронотропный эффект верапамила и амлодипина, только последний может безопасно применяться в такой ситуации.

Необходимо отметить, что все пациенты в качестве фонового лечения принимали периндоприл, поэтому полученные результаты обеспечивались комбинированной терапией. Тем не менее, выявленные различия можно объяснить особенностями действия верапамила и амлодипина.

Таким образом, при лечении ХСНСФВ у пациентов с гипертонической болезнью амлодипин, по меньшей мере, не уступает верапамилу в способности повышать толерантность к нагрузке и превосходит его в улучшении диастолической функции левого желудочка, может оказаться перспективным при наличии хронотропной некомпетентности.