

УДК 616.12-008.46

Мўминов Испандиёр Абдурахимович

Кафедра ВОП-2

Андижанский государственный медицинский институт

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в настоящее время рассматривается как синдром, который встречается при многих заболеваниях, в первую очередь при патологии сердечно-сосудистой системы, а также других систем. Неуклонный ежегодный рост числа пациентов, имеющих ХСН, в экономически развитых странах связан, с одной стороны, с увеличением возраста больных, а с другой – с существенным улучшением помощи больным с кардиальной патологией и качества лечения коморбидных заболеваний.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, сердечно-сосудистая система, фармакотерапия.

Muminov Ispandier Abdurahimovich

Department of GP-2

Andijan State Medical Institute

THE ROLE OF MODERN PHARMACOTHERAPY IN CHRONIC HEART FAILURE

Resume: Chronic heart failure (CHF) is currently considered as a syndrome that occurs in many diseases, primarily in the pathology of the cardiovascular system, as well as other systems. The steady annual increase in the number of patients with CHF in economically developed countries is associated, on the one hand, with an increase in the age of patients, and on the other hand, with a significant improvement in the care of patients with cardiac pathology and the quality of treatment of comorbid diseases.

Key words: heart failure, cardiovascular system, pharmacotherapy.

Актуальность. В литературных источниках имеются данные, свидетельствующие о том, что пациентам с ХСН свойственна сопутствующая патология, определяющая высокую коморбидность. Важно отметить, что ХСН у большинства больных, особенно старшей возрастной группы, не протекает изолированно. Нередкими сопутствующими ХСН заболеваниями выступают сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и цереброваскулярные заболевания. Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о том, что при наличии сопутствующей патологии у больных с ХСН существенно ухудшается общий прогноз, увеличивается число, а также длительность госпитализаций. Показано, что с увеличением коморбидности у больных с ХСН происходит достоверный рост смертности от всех причин.

Недостаточная эффективность лечения, по-видимому, обусловлена недооценкой клинико-морфологических особенностей течения болезни, которые характеризуются различием функционального состояния сердечной мышцы (систолической функции сердца) при ХСН[1,4]. Не изучены подходы к терапии больных с бессимптомным течением и сохраненной функцией левого желудочка[1,3].

Ответы на эти вопросы представляют большой научный и практический интерес и должны способствовать оптимизации фармакотерапии ХСН с учетом особенностей клинического течения ХСН.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явился анализ современных данных о патогенетических механизмах коморбидного течения ХСН и современных принципах лечения больных с ХСН в условиях коморбидности.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 427 больных (272 мужчины и 155 женщин) ХСН III-IV ФК

(NYHA), осложнившей течение ИБС, ДКМП, пороки сердца. В исследование включены мужчины 63,7% и женщины 46,3%, средний возраст больных - 62,2 года.

Результаты исследования. В нашем исследовании каптоприл применялся у 24 больных с ХСН в средней дозе $70,98 \pm 4,22$ мг/сут, бенazeприл применялся у 18 больных в средней дозе $7,88 \pm 3,22$ мг/сут, рамиприл применялся у 23 больных в средней дозе $7,09 \pm 0,41$ мг/сут. При анализе результатов исследования обращают на себя внимание показатели снижения ФК в целом по всем группам.

При лечении каптоприлом на фоне уже стабилизированной терапии диуретиками и гликозидами ФК недостоверно улучшился на 11% у 9 больных (37,5%), бенazeприлом на 12% у 6 больных (33%). В большей степени ФК улучшился на 12% (к.д.) у 10 больных (38%) при лечении рамиприлом. В зависимости от ФК наибольшее улучшение клинических и гемодинамических показателей наблюдалось у больных с III ФК ХСН. При лечении каптоприлом в этой группе ФК снизился недостоверно на 12% у 42,8% больных, бенazeприлом на 12% у 36% больных и рамиприлом на 15,7% у 42,8% больных.

Полученные результаты по группе больных со II-III ФК ХСН настоящего исследования соответствуют в общих чертах результатам клинических работ, посвященных каптоприлу и его аналогам [Огаштсег Р. и соавт., 1987], где рассматривался, в основном, контингент больных с ХСН III-IV ФК. В них отмечают положительные стабильные гемодинамические эффекты препарата, проявляющиеся в снижении преднагрузки, постнагрузки и увеличении СИ. По нашим данным наблюдалось увеличение СИ в целом по группе при лечении каптоприлом на 7%, бенazeприлом на 9% и рамиприлом на 16% (все недостоверно) ОПСС недостоверно снизилось на 21% при лечении рамиприлом, на 17% - каптоприлом, на 11% - бенazeприлом. ЧСС существенно не изменилась.

Необходимо отметить, что остальные показатели гемодинамики по данным эхокардиографии, существенно не изменились во всех изучаемых группах.

Исходя из данных проведенного исследования, можно следующим образом характеризовать действия ИАПФ на показатели гемодинамики.

Наблюдался эффект у больных со II-III ФК ХСН стадии во всех группах лечения; наибольший эффект наблюдался у больных при лечении рамиприлом (ОПСС, СИ).

Определенный интерес для анализа представляют полученные результаты влияния ИАПФ на НРС. В проведенных ранее исследованиях по эффектам каптоприла было выявлено уменьшение ЖНРС у больных с выраженными явлениями НК (III и IV ФК по NYHA). В целом по группе каптоприл приводил к недостоверному снижению ЖЭ/ч на 34%. Наибольшее улучшение ритмической деятельности сердца отмечено у больных с III ФК ХСН. ЖЭ/ч снизилась недостоверно на 38%. Влияние рамиприла и бенazeприла на ЖЭ/ч в сравнении с каптоприлом менее эффективно. Концентрация электролитов в плазме крови существенно не изменилась во всех группах лечения.

Проводя сравнительную оценку эффективности каптоприла, бенazeприла и рамиприла у больных с различными стадиями ХСН, необходимо отметить, что курсовой прием этих препаратов улучшает клинические и гемодинамические показатели, толерантность к физической нагрузке, уменьшает количество желудочковых экстрасистол у больных во всех группах лечения и значительно влияет на показатели гемодинамики и толерантность к физической нагрузке у больных III ФК ХСН.

Побочные эффекты препаратов были в основном слабыми и проходящими. Препараты зарекомендовали себя как эффективное, хорошо переносимое средство при различных стадиях сердечной недостаточности даже при коротком курсе лечения, использовались ИАПФ как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими лекарственными препаратами.

Оценка антиангинальной и антиишемической эффективности молсидомина у больных со стабильной стенокардией при длительном лечении 3 месяца

На втором этапе наблюдения первой группы больных оценка антиангинальной эффективности молсидомина-форте и молсидомина-ретард, проводилась у 45 больных (таблицах 1, 2). Препарат использовался в следующих формах: молсидомин-форте (1 таблетка по 4 мг) и молсидомин-ретард (1 таблетка по 8 мг). Начальная доза составила 8 мг/сут. молсидомина - форте (4 мг 2 раза в день), при неэффективности с интервалом в 1 неделю увеличивалась последовательно до 12 мг/сут. (по 4 мг 3 раза в день) и до 16 мг/сут. (по 8 мг молсидомин-ретард 2 раза в день).

В исследование включены 45 больных со II ФК (31 человек) и с III ФК стенокардии (14 человек). Средняя суточная доза молсидомина при II ФК составила $11,1 \pm 6,1$ мг; при III ФК стенокардии - $15,5 \pm 0,04$ мг. При этом у 54,8% больных со II ФК стенокардии приступы полностью исчезли; у 38,7% частота приступов достоверно уменьшилась. У больных с III ФК стенокардии в 42,8% случаев установлено достоверное уменьшение приступов до 10 и менее в неделю; у 57,1% больных приступы также достоверно уменьшались. Клиническая эффективность препарата подтверждалась данными ВЭМ-нагрузки. После лечения при той же мощности ВЭМ-нагрузки, что и до лечения, у 58,1% больных со II ФК исчезла депрессия БТ и стенокардия у 81,2% больных. При III ФК депрессия БТ исчезла у 50% больных и стенокардия у 54,3% больных.

Затраты на медикаментозные препараты в нашем исследовании составили 72% от общих затрат на лечение в группе вмешательства и 44% в контрольной группе. В исследовании Rich M.W. и соавт. затраты на медикаментозные препараты отдельно не анализировались, но в обеих группах не превышали 25% от общих затрат.

Экономическая оценка эффективности мультидисциплинарного вмешательства, проведенная в данном диссертационном исследовании с помощью анализа стоимость-эффективность и анализа стоимость-утилитарность, показала высокую экономическую эффективность вмешательства. Действительно предотвращение одной госпитализации требует относительно небольших затрат 41,1 усл.ед., что, как указывалось выше, почти в четыре раза превышает стоимость одной госпитализации. Установлена при анализе стоимость-утилитарность 1 QALY, равная 12,4 усл.ед., является очень небольшой и подтверждает высокую экономическую эффективность мультидисциплинарного вмешательства.

В настоящее время все больше исследований направлено на детальное изучение коморбидной патологии. Это связано с увеличением числа коморбидных пациентов, особенно в старшей возрастной группе. Врач первичного звена должен иметь особую настороженность в отношении таких пациентов. Индивидуальный подбор препаратов, коррекция доз и своевременная диагностика могут значительно снизить риск развития осложнений у коморбидных пациентов с ХСН, что, соответственно, значительно улучшит качество жизни и ее продолжительность.

Вывод. Таким образом, можно сделать заключение о том, что коморбидные заболевания у пациентов, имеющих ХСН, существенно ухудшают общее состояние больных, оказывают негативное влияние на прогноз, значимо увеличивают затраты на лечение. Поэтому оценка коморбидного статуса пациентов, имеющих ХСН, должна быть включена в общую программу проведения клинического обследования больных. Следует отметить, что ранняя диагностика сочетанной патологии у больного с ХСН позволит врачу сделать акцент на выборе тактики лечения с учетом различных особенностей коморбидного ее течения, не допустить дальнейшего прогрессирования как ХСН, так и сопутствующей патологии, а также дать рекомендации больному

относительно исключения из его жизни многих факторов риска, принимающих участие в развитии данных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иванов И.Г. Роль дисфункции эндотелия в развитии поражения почек у больных хронической сердечной недостаточностью: автореф. дис...канд. мед наук. СПб, 2010. 18 с.

2. Напалков Д.А., Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач. - 2008. - №4. - С.122-128.

3. Гиляревский С. Р. Ингибиторы АПФ в эпоху доказательной кардиологии // Трудный пациент. - 2006. - №12. - С.16-22.

4. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Гущина В.М. Хроническая болезнь почек у больных с хронической сердечной недостаточностью // Нефрология и диализ. 2010. Т. 12. № 1. С. 13-24.

5. Рысбаев У.Ж., Имантаева Г.М., Мунарбаева Г.О., Пазилова Ж.А., Бакаева А.Б., Адильбекова М.Т. Кардиоренальный синдром: хроническая сердечная недостаточность и хроническая болезнь почек – причина или следствие // Вестник КазНМУ. 2017. №3. С.46-48.

6. Стуров Н.В. Применение фозиноприла при хронической сердечной недостаточности: патофизиологическое обоснование и доказательная база. // Трудный пациент. - 2006. - №10. - С.7-10.

7. Jorsal A., Kistorp C., Holmager P. Effect of liraglutide, a glucagonlike peptide-1 analogue, on left ventricular function in stable chronic heart failure patients with and without diabetes (LIVE) - a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Eur. J. Heart Fail. 2017. № 19. P. 69-77.