

УДК: 616.12+616.12-008.331.1+616-08:615

Достижение обратного развития гипертрофии левого желудочка при терапии нолипрелом

О.Н. Крючкова, Т.В. Кучеренко, Е.А. Ицкова

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение, профилактика

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) - один из наиболее частых признаков поражения органов-мишеней у больных с артериальной гипертензией. Так среди больных с неосложненной артериальной гипертензией ГЛЖ встречается более чем в 60% случаев; среди всех признаков поражения органов-мишеней ГЛЖ составляет 89,7%.

Формирующаяся ГЛЖ, как первоначально компенсаторный механизм в ответ на избыточную нагрузку на миокард вследствие повышенного артериального давления, сопровождается в перспективе увеличением риска кардиоваскулярных осложнений. При этом значительно возрастает риск развития осложнений ИБС, мозгового инсульта, хронической сердечной недостаточности и внезапной смерти. Так увеличение толщины стенки левого желудочка на 1мм сопровождается возрастанием частоты внезапной сердечной смерти в 4-5 раз, смерти от всех причин – в 7 раз. По данным Фремингемского исследования наличие ГЛЖ обуславливает пятилетнюю смертность у 33% мужчин и 21% женщин. В этом же исследовании продемонстрировано, что обратное развитие ГЛЖ приводит в среднем к уменьшению на 25% количества случаев сердечно-сосудистой смерти и улучшает прогноз заболевания.

Согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского кардиологического общества 2007 года, наличие ГЛЖ свидетельствует о высоком уровне дополнительного сердечно-сосудистого риска и достижение обратного развития гипертрофии левого желудочка является одним из важнейших подходов в модификации этого риска. Поиск терапевтических подходов, способных вызвать обратное развитие структурных изменений сердца и сосудов является сегодня приоритетным направ-

лением в лечении пациентов с артериальной гипертензией. Возможность регресса ГЛЖ продемонстрирована в ряде международных многоцентровых исследований. Наиболее эффективны в уменьшении индекса массы миокарда левого желудочка антагонисты рецепторов ангиотензина II, ингибиторы АПФ и антагонисты кальция. Кроме этого, обратное развитие ГЛЖ возможно прежде всего при условиях достижения целевого уровня и стабильного суточного контроля артериального давления, что так же влияет на выбор препаратов. Препараты длительного действия более эффективно способствуют регрессу ГЛЖ, чем те же препараты короткого действия, так как длительно действующие препараты не вызывают резких колебаний АД и связанной с этим активации симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем. Учитывая что пациенты, имеющие признаки ГЛЖ относятся к категории высокого сердечно-сосудистого риска, антигипертензивная терапия согласно современным рекомендациям предусматривает использование комбинации не менее двух препаратов.

Использование лекарственного препарата нолипрел- фиксированной комбинации периндоприла и индапамида, позволяет добиваться эффективного суточного контроля АД, что продемонстрировано в исследовании STRATHE. Нолипрел так же имеет доказанные кардио- и вазопротекторные эффекты. Так исследование REASON продемонстрировало снижение жесткости сосудистой стенки, а исследование PIXEL- достоверное преимущество в достижении регресса ГЛЖ при терапии нолипрелом, в сравнении с монотерапией эналаприлом. При этом нолипрел в целом вызывал в 3,5 раза больший регресс гипертрофии, по сравнению с эналаприлом, влияя на все параметры ГЛЖ. Достигалось уменьшение индекса массы миокар-

да, уменьшение внутреннего диаметра левого желудочка, толщины задней стенки левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки. Презентованные на ESH 2008 г. результаты исследования Camichi study показали увеличение резерва коронарного кровотока на 36% после 6 месяцев лечения нолипрелом, а результаты исследования ADVANCE – снижение сердечно-сосудистой смертности на 18%, общей смертности на 14% у больных сахарным диабетом в сочетании с артериальной гипертензией.

Мы приводим собственное клиническое наблюдение эффективного использования нолипрела в лечении артериальной гипертензии у больной с признаками гипертрофии левого желудочка.

История болезни:

Больная И., 47 лет поступила с плановым направлением в кардиологическое отделение больницы №7 г. Симферополя с жалобами на периодически возникающие головные боли, утомляемость, одышку при умеренных физических нагрузках.

В анамнезе у пациентки повышение артериального давления до 220 и 120 мм.рт.ст. около 10 лет. За этот промежуток времени больной неоднократно предпринимались попытки контроля артериальной гипертензии с использованием монотерапии препаратами различных групп без достоверного эффекта. В январе 2006 года больная находилась на обследовании в кардиологическом отделении. Были выявлены признаки гипертензивной ангиопатии сосудов глазного дна, гипертрофии левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ- толщина межжелудочковой перегородки 12 мм., задней стенки левого желудочка 13 мм.), гиперлипидемии (ХС - 7,3 ммоль/л., ТГ - 1,34 ммоль/л.). При су-

точном исследовании ЭКГ наблюдалась частая монотопная желудочковая экстрасистолия, с периодами бигеминии. Больная была выписана для продолжения амбулаторного лечения с диагнозом: Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, риск IV, желудочковая экстрасистолия, СН IIА ст. При выписке были рекомендованы нолипрел 1 таблетка, бисопролол 5 мг, аспирин 100 мг., аторвастатин 20 мг.

Назначенную терапию больная принимала регулярно в течении трех лет. За этот промежуток времени отмечала значительное улучшение самочувствия, урежение гипертонических кризов, увеличение переносимости физических нагрузок. При плановом обследовании, у больной наблюдались показатели уровня артериального давления в диапазоне 120-150 и 80-90 мм.рт.ст. За период нахождения в стационаре гипертонические кризы зафиксированы не были. При проведении лабораторных и инструментальных исследований были выявлены следующие показатели: ЭКГ – синусовая брадикардия, ЧСС 50 уд. в мин., по данным суточного исследования ЭКГ – единичные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, ЭхоКГ- АК-2,0 см., левое предсердие – 3,8 см., конечный систолический размер левого желудочка – 2,9 см., конечный диастолический размер ЛЖ- 4,2 см., фракция выброса 60%, межжелудочковая перегородка 1,0 см., задняя стенка ЛЖ – 0,9 см., правый желудочек – 2,0 см. Уровень холестерина крови – 5,3 ммоль/л, калий-6,7 ммоль/л, натрий-175 ммоль/л, АЛТ- 0,54 ммоль/л, АСТ- 0,32 ммоль/л,

билирубин общий- 14,6 ммоль/л (прямой- 3,5, непрямой- 11,1); креатинин- 76,0 ммоль/л, ПТИ 90%, фибриноген А- 2,66 г/л, Б - отр., глюкоза крови-4,7 ммоль/л, Нв-139,9%, L 5,4.10⁹/л, эр.4,28.10¹²/л, цв. п. 0,9, СОЭ-15 мм/ч, исследование мочи - без отклонений.

Проводимое лечение нами было расценено, как эффективное. Критериями эффективности в данном случае были - достоверное снижение уровня АД, увеличение переносимости физической нагрузки, уменьшение частоты гипертонических кризов, отсутствие потенциально-опасных нарушений ритма сердца, а так же достижение обратного развития гипертрофии левого желудочка. С учетом того, что целевые цифры АД не были достигнуты, больной в дальнейшем был рекомендован прием нолипрела-форте, так же была увеличена дозировка аторвастатина до 40 мг. Дискутировался вопрос построения диагноза, с учетом того, что признаков поражения органов – мишеней подтверждено не было, насколько правомочна в диагнозе формулировка второй стадии артериальной гипертензии? В доступной литературе ответа на этот вопрос нами найдено не было. Было принято решение, с учетом документированной гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ и ЭхоКГ и признаков регресса ГЛЖ на фоне длительной терапии нолипрелом стадию артериальной гипертензии расценивать, как вторую.

Наличие гипертрофии миокарда левого желудочка, как одного из наиболее значимых критериев высокого уровня риска

кардио-васкулярных осложнений у больных с артериальной гипертензией обуславливает целесообразность агрессивной антигипертензивной терапии и активной модификации всех факторов риска. Эффективный контроль уровня АД с помощью нолипрела позволяет достигнуть и обратного развития гипертрофии миокарда, что способствует улучшению прогноза пациентов высокого риска.

Литература

1. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії.- К., 2008.-76 с.
2. Сіренко Ю.М., Граніч В.М., Радченко Г.А. та інші. Ураження органів-мішеней при артеріальній гіпертензії: профілактика, діагностика та лікування. Метод. Рекомендації.- К., Укрмедпатентінформ, 2003.-42 с.
3. Лечение артериальной гипертензии в особых клинических ситуациях. Под ред. проф. В.Н. Коваленко, проф. Е.П.Свищенко.- К., др.П.П. Мошак, 2005.-477с.
4. Амосова Е.Н., Ткаченко Л.А., Клунник М.А. Диабет, предиабет и сердечно-сосудистые заболевания: рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по изучению диабета // Серце і судини.-2009.- №1.- С.27-47.
5. Craham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al. Fourth Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007; 14 (Supp 2): S1-S113.
6. 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 || Europ. Heart Y.- 2007.- Vol.28.- P.1462-1536

Досягнення зворотного розвитку гіпертрофії лівого шлуночку при терапії ноліпрелом. Клінічний випадок.

О.М. Крючкова, Т.В. Кучеренко, О.А. Іцкова.

У статті приведені дані власного клінічного спостереження при використанні в антигіпертензивній терапії комбінованого препарату ноліпрел, що супроводжувалося досягненням регресу гіпертрофії міокарду лівого шлуночку.

Achievement of reverse development of hypertrophy of the left ventricle at therapy of noliprel. Clinical case.

O.N. Kryuchkova, T.V. Kucherenko, E.A. Itskova.

In the article information of own clinical supervision is resulted at the use in arterial hypertension therapy of the combined preparation of noliprel, that was accompanied achievement of regress of hypertrophy of myocardium of the left ventricle.

Умови публікації в «Кримському терапевтичному журналі»

Вельмишановні автори!

Редакція Кримського терапевтичного журналу просить Вас неухильно дотримуватися приведених нижче вимог до статей, що направляються в наш журнал. Це дозволить випускати журнал в строк і з високою якістю.

Статті публікуються на російській, українській і англійській мовах. Оригінальні статті, що містять результати експериментальних і клінічних досліджень авторів, повинні бути написані українською мовою.

Стаття повинна супроводжуватися офіційним напрямом установи, в якій проведена дана робота, рецензією, візую наукового керівника (на першій сторінці), звіренним круглою печаткою (на першій сторінці) та рецензією.

Авторський оригінал статті складається з двох екземплярів: одного — на папері, іншого — в електронній формі. Текст набирається у форматі MS Word (*.doc), RTF або OpenOffice (*.odt) без ручних перенесень, шрифтом Times New Roman. Розмір шрифту — 12 пт, через 2 інтервали з полями зліва 2,5 см, справа 2 см, вгорі і внизу по 2 см.

Об'єм тексту публікованих матеріалів не повинен перевищувати: оригінальні дослідження — 6 с. огляд чи лекція — 12 с., коротка інформація або випадок з практики — 3 с. Надмірний текст буде скорочено.

В електронній формі стаття повинна бути представлена на CD, DVD або окремій дискеті 3,5". Для надійності рекомендується зберігати на носії дві копії файлу однієї статті.

В початку першої сторінки указується УДК, повна назва статті, ініціали і прізвище авторів, установа, з якої вийшла робота, місто.

Ключові слова обов'язкові.

До статей додаються короткі резюме на англійській, українській і російській мовах (повна назва статті, ініціали і прізвища авторів до резюме на кожній мові і текст не більше 1 /3 сторінки). Резюме повинне доповнювати мову оригіналу. Наприклад, для статті російською мовою, резюме повинне бути на українській і англійській мовах.

Оригінальні статті повинні мати наступні розділи: «Мета роботи», «Матеріал і методи» «Результати і обговорення» «Висновки».

На першій сторінці указуються дані в наступному порядку: УДК, назва статті, прізвища і ініціали авторів установа, де працюють автори, місто країна (для іноземців), ключові слова.

Фотографії, графіки і інші ілюстрації повинні бути тільки в чорно-білому варіанті або градаціях сірого кольору. Всі малюнки представляються тільки у форматі

TIFF, JPEG з якістю не менше 600 dpi, або CorelDraw!-12 чи SVG.

Графіки і діаграми подаються у форматі MS Excel (*.xls) або OpenOffice (*.ods) і розміщуються безпосередньо в тексті.

В тексті оригінальної статті може бути не більше 2 таблиць або ілюстрацій, що відображають найбільш важливі дані.

В лекційній або оглядовій статті об'єм таблиць і ілюстрацій сумарно не може перевищувати 10% об'єму тексту. Надмірні малюнки і таблиці будуть видалені.

Таблиці повинні містити необхідні дані. Текст таблиці набирається шрифтом Arial 10 пт. Кожна таблиця повинна мати номер. Таблиці розташовуються прямо в тексті. Таблиці, виконані за допомогою табуляторів, розглядатися не будуть.

Математичні формули подаються тільки у вигляді малюнків. TIFF, JPEG, з якістю не менше 600 dpi, або OpenOffice (*.odf) чи SVG. Формули, виконані у вигляді тексту, будуть видалені.

Посилання на літературу в тексті даються під номерами в квадратних дужках. Список літератури оригінальних робіт не повинен перевищувати 15 джерел, лекцій, оглядових статей — 40 джерел, що розташовуються за абеткою відповідно до сучасних вимог до цитування. У списку літератури джерела приводяться спочатку на російській і українській мовах, після — іноземні в оригінальній транскрипції. Якщо у джерела, що приводиться, 4 і більш за авторів, указують 3 перших автора і потім пишеться «і др.».

Роздруківка статті підписується автором, наводяться дані про автора (авторах), номер контактного телефону та адреса e-mail.

В статтях слід використовувати систему СІ і міжнародні назви фармакологічних препаратів. Торгові назви препаратів приводяться в розділі «Матеріал і методи».

Редакція залишає за собою право скорочення і виправлення присланих статей, а також їх публікації у вигляді коротких повідомлень і анотацій.

Направлення у редакцію робіт, надрукованих в інших виданнях або відісланих в інші редакції не допускається. Автори несуть відповідальність за науковий і літературний зміст поданого матеріалу, цитат, посилань.

Рукописи, дискети, малюнки, фотографії і інші матеріали, прислані в редакцію, не повертаються.

Матеріали, не відповідні вказаним вимогам публікацій, в журналі, не розглядаються і не повертаються.

Редакція КТЖ

Видавництво ООО «ДИАЙПИ»
Свідоцтво ДК №1744 від 08.04.2004
Сімферополь, проспект Кірова, 17
тел/факс 8(0652)248178
e-mail: dip@utel.net.ua