

при ДД обеспечивается замедлением фазы расслабления миокарда, т.е. удлинением активного состояния миофибрилл и повышением диастолической упругости миокарда, облегчающей развитие давления. При прогрессировании ХСН эти механизмы компенсации уже оказываются недостаточными для сохранения фракции выброса, присоединяется снижение периферического сопротивления, что облегчает выброс и удлинение диастолической паузы при сниженной частоте сокращений, а так же обеспечивает лучшее напол-

нение ЛЖ. При недостаточности этих механизмов для поддержания минутного объема на приемлемом уровне мобилизуется последний механизм компенсации – дилатация сердца.

Заключение. Диастолическая дисфункция является первой фазой развития кардиомиопатии и ХСН. Сниженная сократимость миокарда при СД компенсируется снижением периферического сопротивления, удлинением активного состояния кардиомиоцитов и диастолической паузы, способствующей лучшему наполнению ЛЖ.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КИТУРА Е.М., ЖДАН В.Н., КИТУРА О.Е., БАБАНИНА М.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. На сегодня Европейское общество кардиологов рекомендует назначать β-АВ всем пациентам со стабильной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–IV ФК в качестве стандартного лечения вместе с иАПФ и диуретиками при отсутствии противопоказаний. Однако на практике многие врачи не выполняют данные рекомендации.

Цель. Изучить переносимость и эффективность бисопролола у пациентов с умеренной и тяжелой ХСН ишемического и неишемического происхождения.

Материал и методы. В исследование включены 55 пациентов в возрасте 38–74 года с ХСН III и IV ФК по классификации NYHA. В период пребывания в стационаре, при последующих амбулаторных визитах через 3, 6 месяцев лечения, пациенты проходили комплексное клиническое и эхокардиографическое обследование (дистанция 6-ти минутной ходьбы, оценка качества жизни с использованием иннесотского опросника, оценка внутрисердечной гемодинамики). После достижения состояния еуволемии дополнительно к базовой терапии (эналаприл, фуросемид, спиронолоктон) назначали β-АВ бисопролол. Дозу подбирали индивидуально методом титрования, начиная с 1/8 средней терапевтической дозы.

Результаты. Через 3 месяца средняя суточная доза бисопролола составляла $7,5 \pm 1,8$ мг, через 6 месяцев – $8,39 \pm 1,6$ мг. Эффективность терапии бисопрололом не зависит от происхождения ХСН. С продолжением длительности лечения отмечается увеличение доли пациен-

тов с меньшим ФК ХСН, уменьшается средне-недельная доза фуросемида. Динамика морфофункциональных показателей и систолической функции также не зависела от происхождения ХСН. Достоверное изменение показателей отмечено через 6 месяцев терапии: КДО уменьшился у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) на $12,2 \pm 20\%$ ($p < 0,01$), с ишемической болезнью сердца (ИБС) – на $13,6 \pm 2,2\%$ ($p < 0,01$); фракция выброса выросла у больных с ДКМП – на $32,6 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$), у больных с ИБС – на $3,08 \pm 2,2\%$ ($p < 0,01$). Лечение β-АВ при ХСН необходимо начинать с осторожностью. Дозы следует увеличивать медленно (не чаще 1-го раза в неделю, а при сомнительной переносимости и чрезмерном снижении АД – один раз в 2 недели или даже месяц). В таких случаях необходимо стараться оптимизировать другую терапию – увеличить дозу диуретиков и, когда возможно, иАПФ, а также более медленно титровать дозы β-АВ. Следует избегать полной отмены β-АВ, так как это может привести к ухудшению течения ХСН. После стабилизации состояния пациента лечение β-АВ должно быть восстановлено в более низких дозах.

Заключение. Таким образом, независимо от этиологии ХСН, бисопролол положительно влияет на клиническое состояние пациентов, систолическую функцию сердца, позволяет улучшить прогноз пациентов с ХСН. Необходимо помнить, что титрования дозы β-АВ – процесс сугубо индивидуальный и у каждого пациента есть своя оптимальная доза.