

Норваск — выгодное сочетание антигипертензивного и антиангинального действия

Практика врача-интерниста предполагает необходимость подбора оптимальной комбинации медикаментозных препаратов для каждого конкретного больного. При этом важно учитывать не только сочетание заболеваний, наличие осложнений, но и тип гемодинамики, массу тела и возраст пациента, функциональные способности печени, почек и многое другое. В таких условиях «оптимальность» медикаментозной схемы определяется минимальным набором препаратов, «перекрывающих» максимальное количество этиопатогенетических механизмов.

В этом ракурсе особый интерес в кардиологической практике вызывают препараты, обладающие несколькими свойствами, например антигипертензивным и антиангинальным. Такими свойствами обладают бета-адреноблокаторы (БАБ) и некоторые блокаторы кальциевых каналов (БКК), которые наиболее часто используются в подобных схемах. Подробный многосторонний (в том числе и статистический) анализ применения этих препаратов в схемах лечения больных с сочетанной кардиологической патологией показывает, что несколько чаще и с большим успехом применяются комбинации на основе БКК. Последние эффективно снижают артериальное давление (АД) — выраженность их антигипертензивного эффекта сравнима с таковой препаратов других основных групп, применяющихся для лечения артериальной гипертензии (АГ). В отличие от своих конкурентов БКК не оказывают неблагоприятного влияния на обмен углеводов, липидов, мочевой кислоты; они улучшают выделительную функцию почек, не выводят калий; при нефропатиях значительно уменьшают уровень протеинурии; не повышают тонус бронхов и могут рекомендоваться при сочетании АГ с бронхообструктивными заболеваниями; не снижают умственную, физическую и сексуальную активность пациентов.

Внутри группы БКК особое место занимает амлодипин (Норваск, «Файзер», США).

Какие же свойства такого, казалось бы, давно и хорошо всем известного препарата определяют его позиции? Почему на него падает выбор практического врача? Каковы его реальные возможности в практической медицине? Ответы на эти вопросы позволяют пересмотреть подходы к принципам патогенетического медикаментозного лечения больных с сочетанной кардиологической патологией.

При оценке антигипертензивных свойств БКК важно учитывать длительность периода полувыведения, то есть равномерность выраженности эффекта в течение суток, и частоту/выраженность побочных эффектов класса (тахикардия, периферические отеки, феномен межсосудистого «обкрадывания»). Длительность периода полувыведения амлодипина составляет от 35 до 50 ч, что обеспечивает равномерный контроль АД в течение суток. Особенно это важно в предупреждении утренних и ночных повышений АД. В отличие от БАБ и БКК подгруппы верапамила

амлодипин не нарушает толерантность к глюкозе, что позволяет широко использовать его у больных сахарным диабетом, что особенно актуально в Украине. Рефлекторное повышение симпатического тонуса — характерный эффект БКК I поколения (за исключением подгруппы верапамила) — у амлодипина практически отсутствует, что позволяет назначать его пациентам с тахисистолией.

Амлодипин, проявляя сосудистую селективность, значительно снижает периферическое сопротивление сосудов, что определяет его способность эффективно снижать не только систолическое, но и диастолическое АД. В отличие от подгруппы верапамила он практически не влияет на проводимость сердца и оказывает очень слабое действие на его сократительную функцию (в отличие от препаратов I поколения, нарушающих диастолическую функцию сердца за счет мощного эффекта периферической вазодилатации). Растворимость в жирах у амлодипина достаточно низкая, что обуславливает плавное нарастание гипотензивного и антиангинального эффектов, а также высокую эффективность даже у лиц с метаболическим синдромом. При приеме этого препарата у больных АГ и ИБС улучшается наполнение и опорожнение левого желудочка (ЛЖ) за счет уменьшения зон дискинезии благодаря антиишемическому действию и снижению постнагрузки.

Гипертрофия миокарда является независимым фактором риска при АГ. Возникая вследствие постоянной перегрузки объемом, она на физическом уровне поддерживает патогенетические механизмы АГ (гипертрофированный ЛЖ определяет высокий ударный объем и, как результат, высокий минутный объем кровообращения). Кроме того, гипертрофированный миокард имеет гораздо более высокие потребности в кислороде, что определяет формирование относительной коронарной недостаточности (даже при интактных коронарных артериях возникает несоответствие потребности миокарда в кислороде и пропускной способности коронарных сосудов) и усугубление абсолютной (при наличии сужения атеросклеротическими бляшками коронарных артерий). Следующий этап патогенеза — ремоделирование гипертрофированного миокарда и сосудов с изменением их структуры, механических свойств и местной регуляторной (эндотелиальной) функции. Результат перестройки микрососудистого русла с уменьшением числа или плотности капилляров — развитие диффузного

кардиосклероза на фоне постоянной гипоксии миокарда. Любой эффективный антигипертензивный препарат при длительном применении вызывает регрессию гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). При нормализации АД на фоне приема амлодипина она сопровождается улучшением вазодилатации за счет увеличения выработки NO, уменьшением толщины средней оболочки артерий (соотношение толщины стенки/диаметр просвета). Такое разностороннее влияние на процессы ремоделирования в тканях объясняет, почему регрессия ГЛЖ на фоне приема амлодипина сопровождается снижением содержания коллагена в миокарде в отличие от БАБ и БКК I поколения.

Основные гемодинамические эффекты в качестве обратной стороны медали предполагают и наличие побочных, которые у БКК связаны с резким расширением сосудов (головная боль, приливы, отеки лодыжек) и последующим рефлекторным повышением симпатического тонуса (тахикардия).

Современные требования к работе практикующего врача предполагают способность не только отследить эти этапы диагностики и лечения по клиническим и инструментальным данным, но доступно объяснить и прокомментировать их значение больному. Большое количество популярной и псевдопопулярной медицинской литературы, включая пособия по самолечению при помощи фармацевтических препаратов как на книжных лотках, так и в Интернете, не только не облегчают, но и усложняют эту задачу.

К сожалению, многие врачи нередко настолько недооценивают свои возможности, что не считают необходимым использовать современные достижения в рутинной работе. Именно в этих случаях подбор антигипертензивного препарата ведется методом «ненаучного тыка»: «давайте попробуем этот препарат, — я его очень люблю» или «а вот этот многим помогает», а контроль результатов сводится к измерению АД. Такое отношение не только «обезличивает» больных, лишает врача возможности видеть индивидуальность клинического случая, но полностью исключает для доктора перспективы профессионального роста, а для больного — возможности успешного лечения. В то же время вдумчивый подход позволяет построить индивидуальный алгоритм контроля этапов диагностики и лечения больных в конкретных условиях работы практического врача.

Определить точные размеры сердца для оценки степени ГЛЖ можно с помощью эхокардиографического исследования, которое 1-2 раза в год может организовать даже сельский участковый врач, направив больного в областной диагностический центр. Оценить динамику регресса ГЛЖ позволяет анализ обзорной рентгенограммы органов грудной клетки и ЭКГ. Оценка течения процесса ремоделирования миокарда, диастолической и систолической дисфункции ЛЖ, эндотелиальной функции также в основном сводится к функциональным методикам (доплерографии, реовазографии — достаточно доступным в наше время). Тем не менее не следует приуменьшать значимость физикальных данных: динамика результатов оценки верхушечного толчка и левой границы относительной тупости сердца, изменение аускультативных данных (выраженность акцента II тона над аортой, изменение звучности I тона над верхушкой). Данные расспроса также позволяют оценивать эффективность антигипертензивного лечения: уменьшение одышки, особенно в горизонтальном положении или при физической нагрузке характеризует ослабление застоя в малом круге кровообращения и улучшение сократительной функции ЛЖ. Исчезновение или ослабление головокружения при перемене положения тела свидетельствует об улучшении эластичности сосудов головного мозга. Эти признаки, особенно акцентированные врачом, оказывают на больного не менее мощное психотерапевтическое воздействие, чем положительная динамика результатов инструментальных методов исследования.

Каждый практикующий в Украине врач находится в сложных условиях, требующих умения при минимальных финансовых затратах, в той или иной степени ограниченных достатком пациента, минимальном количестве препаратов, что очень часто вызвано наличием множественной сочетанной патологии, и недостаточной оснащенности диагностической аппаратурой добиваться максимального клинического результата. В этих условиях интерес к препаратам, удовлетворяющим этим специфическим условиям работы, является весьма обоснованным.

Одним из таких лекарственных средств, на наш взгляд, можно считать амлодипин (Норваск). Именно поэтому Норваск с большим успехом применяется в качестве препарата первой линии в лечении ИБС и АГ, особенно при их сочетании.