

ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ БЕТАГИСТИНА ДИГИДРОХЛОРИДА К ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ ПРИ СИМПТОМАХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II–III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА (ПО КЛАССИФИКАЦИИ NYHA)

С.Ю.Марцевич^{1,2}, Ю.В.Лукина^{1,2*}, В.В.Якусевич⁴, Д.А.Аничков³, А.Д.Деев¹

Рабочая группа: О.В.Лерман¹, С.Н.Толпыгина¹, Н.А.Дмитриева¹, А.А.Серажим¹, М.А.Максимова¹, В.П.Воронина¹, Е.В.Шилова¹, Г.Ф.Андреева¹, А.В.Захарова¹, И.В.Новиков³, А.А.Платонова³, Т.А.Казаковцева³, Т.В.Бабкова⁴, Л.П. Волхонская⁴

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

²Кафедра доказательной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

³Кафедра факультетской терапии им. А.И.Нестерова Российского государственного медицинского университета, 117049 Москва, Ленинский пр-т, 8

⁴Кафедра клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии, 150000 Ярославль, ул. Революционная, 5

Влияние дополнительного назначения бетагистина дигидрохлорида к терапии эналаприлом при симптомах головокружения у больных хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса (по классификации NYHA)

С.Ю.Марцевич^{1,2}, Ю.В.Лукина^{1,2*}, В.В.Якусевич⁴, Д.А.Аничков³, А.Д.Деев¹

Рабочая группа: О.В.Лерман¹, С.Н.Толпыгина¹, Н.А.Дмитриева¹, А.А.Серажим¹, М.А.Максимова¹, В.П.Воронина¹, Е.В.Шилова¹, Г.Ф.Андреева¹, А.В.Захарова¹, И.В.Новиков³, А.А.Платонова³, Т.А.Казаковцева³, Т.В.Бабкова⁴, Л.П. Волхонская⁴

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

²Кафедра доказательной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

³Кафедра факультетской терапии им. А.И.Нестерова Российского государственного медицинского университета, 117049 Москва, Ленинский пр-т, 8

⁴Кафедра клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии, 150000 Ярославль, ул. Революционная, 5

Цель. Изучить влияние дополнительного назначения бетагистина дигидрохлорида к терапии ингибитором АПФ при симптомах головокружения у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–III функционального класса (ФК).

Материал и методы. В рандомизированное открытое параллельное исследование включен 61 больной (36 мужчин и 25 женщин) ХСН II–III ФК (NYHA) с фракцией выброса $\leq 45\%$ (по Simpson), имеющий симптомы головокружения. Пациенты рандомизированы в 2 группы. В обеих группах проводили титрацию эналаприла с 5 мг (или с дозы, принимаемой пациентом до исследования) до целевой – 20 мг/сут (для больных с АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. целевую дозу эналаприла увеличивали до 40 мг/сут). В группе активного лечения к терапии эналаприлом добавляли бетагистина дигидрохлорид 24 мг 2 раза в день. Во время первого и завершающего визитов заполняли анкеты по оценке качества жизни и выраженности симптомов головокружения. Всем больным регистрировали ЭКГ в покое. На каждом визите проводили опрос, общий осмотр с оценкой параметров гемодинамики (артериального давления, частоты сердечных сокращений), учет препаратов, регистрацию нежелательных явлений.

Результаты. Целевой (≥ 20 мг в сут) дозы ингибитора АПФ удалось достичь у 52 из 54 пациентов. Это привело к статистически значимому уменьшению выраженности одышки, отеков, снижению ФК ХСН, повышению качества жизни. Статистически значимых отличий между исследуемыми группами не было. Продemonстрировано уменьшение симптомов головокружения в обеих группах. В группе бетагистина дигидрохлорида выявлено большее повышение баллов по шкале, определяющей настроение (не достигшее статистической значимости, $p=0,08$). Была обнаружена тенденция к более успешной возможности достижения целевого уровня ингибитора АПФ при дополнительном назначении бетагистина дигидрохлорида. У 2-х пациентов в группе контроля не удалось достичь целевой дозы эналаприла в связи с развитием побочных эффектов проводимой терапии ХСН.

Заключение. Достижение целевой дозы ингибитора АПФ возможно более чем у 90% больных ХСН II–III ФК без возникновения симптомов гипотонии. Дополнительное назначение бетагистина дигидрохлорида необходимо при остающихся симптомах головокружения после достижения целевой дозы ингибитора АПФ у больных ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, головокружение, бетагистина дигидрохлорид.

РФК 2008;5:16–20

Effects of betahistine dihydrochloride as adjuvant to enalapril therapy of patients with chronic heart failure class II–II (NYHA) suffering from giddiness

S.Y.Martsevich^{1,2}, J.V.Lukina^{1,2*}, V.V.Yakusevich⁴, D.A.Anichkov³, A.D.Deev¹

Working group: O.V.Lerman¹, S.N.Tolpygina¹, N.A.Dmitrieva¹, A.A.Serazhim¹, M.A.Maksimova¹, V.P.Voronina¹, E.V.Shilova¹, G.F.Andreeva¹, A.V.Zaharova¹, I.V.Novikov³, A.A.Platonova³, T.A.Kazakovtseva³, T.V.Babkova⁴, L.P.Volhonskaya⁴

¹State Research Center of Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

²Chair of Evidence Based Medicine, Moscow Medical Academy named after I.M. Setchenov, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

³Chair of Faculty Therapy named after A.I. Nesterov, Russian State Medical University, Leninsky prosp. 8, Moscow, 117049 Russia

⁴Chair of Clinical Pharmacology, Yaroslavl State Medical Academy, ul. Revolucionnaya 5, Yaroslavl, 150000 Russia

Aim. To study adjuvant effect of betahistine dihydrochloride to ACE inhibitors in patients with chronic heart failure (CHF) class II–III suffering from giddiness.

Material and methods. 61 patients with CHF class II–III, ejection fraction $\leq 45\%$ (Simpson) suffering from giddiness were involved into randomized open parallel study. Patients were randomized to Betahistine dihydrochloride plus basic CHF therapy or only basic therapy groups. Enalapril dose titration was performed in all patients. Quality of life and giddiness severity evaluation, electrocardiogram was performed initially and after treatment. Clinical examination results, drug therapy and adverse event were registered at each visit.

Results. The target ACE inhibitor dose (≥ 20 mg daily) was reached in 97 % of patients. It led to significant reduction of dyspnea, edemas, CHF class reduction and life quality increase. Significant differences between investigated groups were not found. Reduction of giddiness severity was shown in both groups. There was a trend to more prominent improvement of life quality ($p=0,08$) and more frequent achievement of target ACE inhibitor dose in patients treated with betahistine dihydrochloride.

Conclusion. The target ACE inhibitor dose can be achieved more than in 90% of patients with CHF class II–III without hypotension symptoms. Adjuvant usage of betahistine dihydrochloride is necessary in patients with CHF still suffering from giddiness after achievement of target ACE inhibitor dose.

Key words: chronic heart failure, giddiness, betahistine dihydrochloride.

Rational Pharmacother. Card. 2008;5:16–20

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): E-mail: jlukina@gnicpm.ru

Эффективное лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является одной из актуальных проблем кардиологии. Число больных ХСН и госпитализаций, связанных с ее декомпенсацией, а следовательно и количество затрат на лечение таких пациентов увеличивается с каждым годом во всех странах мира [1-3].

Одной из групп препаратов, применяемых для лечения ХСН, являются ингибиторы АПФ (ИАПФ) – «золотой стандарт и краеугольный камень терапии ХСН». Успехи использования ИАПФ при лечении больных ХСН настолько очевидны, что последняя четверть XX века терапии сердечной недостаточности была названа «эрой ИАПФ» [1,3,4].

За счет оптимального восстановления нейрогормонального баланса – ведущего звена в патогенезе ХСН – ИАПФ эффективны на всех стадиях сердечной недостаточности. Применение этих препаратов существенно снижает смертность, улучшает качество жизни и прогноз у больных ХСН.

Однако при лечении ИАПФ больных сердечной недостаточностью существует ряд проблем, обусловленных побочными эффектами этих препаратов [5,6]. Одна из них – гипотония, возникающая вследствие вазодилатации. Практические врачи боятся развития коллапса у больных ХСН. В результате этого ИАПФ либо не назначаются вообще, либо назначаются в неэффективных дозах. Гипотония не является противопоказанием для назначения ИАПФ при ХСН. Более того, было показано, что снижение риска смерти при лечении ИАПФ гораздо более выражено у больных с более низкими цифрами АД [4]. По данным Европейского общества кардиологов, больным ХСН рекомендованы лишь некоторые препараты класса ИАПФ. К ним относятся каптоприл, эналаприл, рамиприл, лизиноприл и трандолаприл [3]. Целевая доза эналаприла составляет 20 мг в сут. [1,3]. По материалам конгресса по сердечной недостаточности (Heart Failure Congress, Hamburg, 9-12 June 2007), в Европе лишь 51% пациентов получает ИАПФ, и только 22% – в целевой дозе. Одной из основных причин неназначения ИАПФ пациентам с ХСН или назначения ИАПФ в дозе ниже целевой является гипотония [3].

Одним из характерных симптомов гипотонии наряду со слабостью является головокружение, опасное повышением вероятности падений, травматизации. Препарат «Бетасерк» (бетагистина дигидрохлорид, Solvay Pharma, Германия) оказывает прямое агонистическое действие на Н1-рецепторы сосудов внутреннего уха, а также опосредованное – через Н3-рецепторы. Благодаря этому препарат улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров, нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке. Вместе с тем бетагистин дигидрохлорид увеличивает кровоток в базилярной артерии.

Цель исследования – изучение влияния дополнительного назначения бетагистина дигидрохлорида к терапии ИАПФ при симптомах головокружения у больных ХСН II-III ФК.

Материал и методы

Дизайн исследования. Многоцентровое, проспективное, рандомизированное, сравнительное, открытое клиническое исследование в параллельных группах.

Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий.

Пациенты. В исследование включались мужчины и женщины старше 18 лет, с ХСН II-III ФК (по NYHA) с ФВ $\leq 45\%$ (по Simpson), определенной при эхокардиографии на начальном визите или не ранее 3 месяцев до него. У 31 пациента была диагностирована ХСН II ФК, а у 30 – III ФК. Все пациенты имели симптомы головокружения (по результатам вводного анкетирования). Перед включением в исследование каждый пациент давал письменное информированное согласие на участие в нем. К критериям исключения из исследования относились следующие ситуации: острые хирургические и терапевтические заболевания или хронические болезни в стадии декомпенсации; инфаркт миокарда давностью менее 3 месяцев; хронический алкоголизм; нестабильная стенокардия; сахарный диабет I типа или декомпенсированный сахарный диабет II типа; отек Квинке в анамнезе; двусторонний стеноз почечных артерий; беременность, лактация; феохромоцитома; бронхиальная астма; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения; повышенная чувствительность к компонентам применяемых препаратов.

Всего в исследование был включен 61 больной: 36 мужчин и 25 женщин в возрасте от 49 до 88 лет, средний возраст составил 68,7 года. Анамнестическая длительность диагностированной ХСН колебалась от 1 года до 22 лет и составила в среднем 5,2 лет. Фракция выброса, определяемая при эхокардиографическом исследовании по методу Simpson, в среднем на начало исследования равнялась 40,3%. Наиболее частой причиной ХСН была ИБС (41 пациент), на втором месте – сочетание ИБС и артериальной гипертензии (9 больных), на третьем – артериальная гипертензия (у 6 пациентов). В остальных случаях причинами ХСН явились пороки сердца ревматической и неревматической природы, кардиомиопатии, дисгормональная кардиодистрофия. Все пациенты, включенные в исследование, по поводу ХСН принимали препараты класса ингибиторов АПФ в дозах ниже целевых.

Протокол исследования. Случайным методом (рандомизация) пациенты были распределены в группы активного лечения (с добавлением бетагистина дигидрохлорида) и контрольную. Рандомизация проводилась методом генерации случайных чисел с сохранением па-

ритета последовательности в каждом квартете.

На визите включения в исследование и на завершающем визите пациенты заполняли 2 опросника по оценке качества жизни: опросник Марбургского университета (русифицированная версия) и опросник для оценки качества жизни у больных ХСН со шкалами физического самочувствия, работоспособности, психологического и социального самочувствия. На этих же визитах пациенты заполняли анкеты по оценке наличия и выраженности симптомов головокружения (опросник ГНИЦ ПМ «Оценка головокружений и сопровождающих их симптомов») [7,8].

Пациентам обеих групп назначался эналаприл («Энап», KRKA, Словения) вместо ранее принимаемых препаратов ИАПФ. Доза препарата титровалась (добавление по 5 мг эналаприла) в течение первого месяца, еженедельно, от 5 мг до 20 мг/сут (целевая доза препарата), при сопутствующей артериальной гипертензии – до 40 мг в сутки. Кратность приема препарата – 2 раза в день. В случаях, когда пациент ранее получал эналаприл в дозе меньше целевой, но больше 5 мг/сут, лечение начиналось с этой дозы, а далее препарат титровался в соответствии с протоколом (добавление по 5 мг эналаприла) до целевой дозы. При исходном систолическом АД ≤ 90 мм рт.ст. допускалась начальная доза эналаприла – 2,5 мг/сут. с последующим шагом титрации 2,5 мг в неделю. После визита контроля переносимости максимально достигнутой дозы эналаприла пациент в течение месяца лечился данным препаратом ингибитора АПФ в подобранной суточной дозе.

Измерение АД и ЧСС проводилось в положении сидя, после 10-минутного отдыха, трехкратно, с интервалом в 2 минуты. В качестве результирующего значения АД и ЧСС бралось среднее из трех цифр, измеренных через каждые 2 мин в положении сидя.

Одновременно с эналаприлом пациенты группы активного лечения получали терапию бетагистином дигидрохлоридом (Бетасерк, Solvay pharma, Германия) в дозе 48 мг/сут., на фоне которой и проводилась титрация ингибитора АПФ эналаприла.

Сопутствующая терапия, в том числе препаратами базисной терапии ХСН (бета-адреноблокаторами, диуретиками и т.д.), оставалась без изменений на протяжении двух месяцев участия пациента в исследовании. На всех визитах пациентам проводилось трехкратное измерение АД и ЧСС в положении сидя, с вычислением среднего значения; регистрировались побочные эффекты проводимой терапии, определялась приверженность к лечению.

По окончании 2-х месячного лечения (или при досрочном выбывании из исследования) проводился визит завершения исследования. На последнем пациенты повторно заполняли анкеты по оценке качества жизни и оценке выраженности симптомов головокру-

жения. Также проводились опрос, общий осмотр, регистрация побочных эффектов лечения, нежелательных явлений, оценка параметров гемодинамики (АД, ЧСС) каждого пациента, учет препаратов. В начале и в конце исследования пациентам регистрировалась ЭКГ в покое в 12 отведениях.

Статистический анализ

При обработке результатов исследования использовались пакеты статистических программ STATISTICA 6.0. и SAS 6.04.

Для оценки полученных данных применялись как стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, средних квадратичных отклонений), так и известные критерии значимости (парный t-критерий Стьюдента, χ^2 и др.). Методы описательной статистики включали вычисление средних значений (M) и их стандартных отклонений (σ) для нормального распределения, медиану (Me) и интерквартильный размах (25-й/75-й процентиля) для распределения, отличного от нормального. Результаты представлены в виде ($M+\sigma$) или Me (25%; 75%) соответственно распределению. Проводился дисперсионный анализ с дискретными и непрерывными ковариатами, включением рандомизации и индивидуальных переменных для проверки тестируемых переменных.

Нулевая гипотеза об отсутствии различий в группах активного и контрольного лечения отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование был включен 61 пациент с ХСН: 31 человек в результате рандомизации был распределен в контрольную группу и 30 – в группу активного лечения (с назначением бетагистина дигидрохлорида). Статистически значимых отличий между исследуемыми группами (успех рандомизации) выявлено не было.

Из 61 человека, принимавшего участие в исследовании, полностью оба курса лечения завершили 54 пациента: по 27 человек в каждой из параллельных групп. 7 человек выбыли на разных этапах исследования по следующим причинам: 3 пациента в связи с отзывом информированного согласия, 2 – вследствие нарушения протокола исследования и 2 – в связи с развитием у них нежелательных явлений (1 случай острого инфаркта миокарда у пациента группы контроля и 1 случай аллергической реакции в группе бетагистина дигидрохлорида – крапивница) и отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании.

В ходе исследования у 97% пациентов с ХСН II-III ФК отмечено достижение целевой дозы ингибитора АПФ (по рекомендациям Европейского общества кардиологов) без возникновения симптомов гипотонии: головокружения, слабости и др. Достижение целевой дозы

эналаприла в обеих группах приводило к статистически значимому уменьшению клинических признаков ХСН: выраженности одышки, отеков, снижению функционального класса ХСН, повышению качества жизни. А это является одной из важных задач при лечении таких больных.

Кроме того, на фоне проводимой терапии продемонстрировано уменьшение симптомов головокружения у пациентов обеих групп. Однако в группе активного лечения отмечено более выраженное уменьшение симптомов головокружения (рис. 1). Это доказывает положительное влияние проводимой в целевых дозах ингибитором АПФ терапии ХСН на общие показатели гемодинамики и самочувствия.

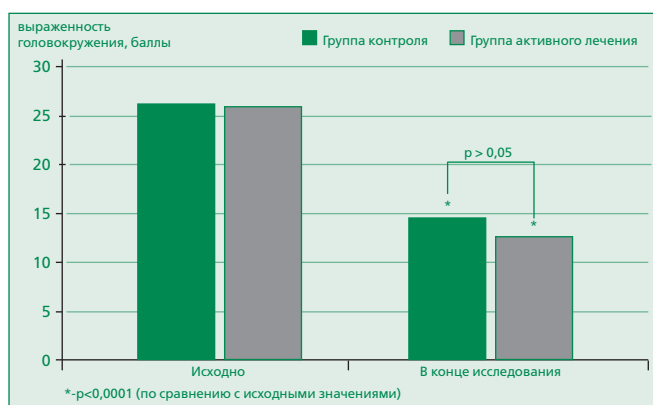


Рисунок 1. Динамика симптомов головокружения

Данное положение подтверждается повышением качества жизни. В группе приема бетагистина дигидрохлорида выявлено большее повышение баллов по шкале опросника качества жизни, определяющей настроение, не достигшее, однако, статистической значимости ($p = 0,079$). Этому могло способствовать выявленное в данной группе снижение жалоб со стороны органов слуха (не достигшее статистической значимости по сравнению с группой контроля, $p = 0,08$). Статистически значимого различия по достижению целевых доз эналаприла между пациентами исследуемых групп выявлено не было. Однако была обнаружена тенденция к более успешной возможности достижения целевого уровня при дополнительном назначении бетагистина дигидрохлорида. У всех больных в группе активного лечения удалось достичь целевой дозы эналаприла 20 мг/сут без снижения безопасности проводимого лечения. У 2 пациентов в группе контроля не удалось достичь целевой дозы ингибитора АПФ в связи с развитием побочных эффектов проводимой терапии ХСН.

Переносимость препаратов и побочные действия

Всего за время исследования было зафиксировано 12 случаев нежелательных явлений. Среди них 2 носили характер серьезных нежелательных явлений – слу-

чай острого инфаркта миокарда и пароксизм мерцательной аритмии, не связанные, по мнению лечащих врачей, с приемом исследуемых препаратов. Информация о зарегистрированных побочных эффектах отражена в табл. 1. Статистически значимого отличия в частоте зарегистрированных нежелательных явлений у пациентов контрольной группы и группы бетагистина дигидрохлорида не выявлено. В целом, в последней группе отмечено меньшее число побочных эффектов, большинство из которых были слабой или умеренной степени выраженности и не носили серьезного характера.

Обсуждение

Основными задачами при лечении больных ХСН II-III ФК являются улучшение прогноза заболевания, уменьшение числа госпитализаций, замедление прогрессирования процесса ХСН, а также устранение симптомов и улучшение качества жизни пациентов [1,3]. Среди фармакологических препаратов для лечения больных ХСН ингибиторы АПФ стоят на первом месте. Однако при назначении этих препаратов практические врачи сталкиваются с целым рядом трудностей. В результате этого не достигаются рекомендованные целевые дозы ингибиторов АПФ и, следовательно, не решаются основные задачи эффективного лечения пациентов. Одной из частых проблем, с которой приходится сталкиваться врачу при назначении и титрации дозы ингибиторов АПФ, является гипотония. Мешая достижению целевых доз ингибиторов АПФ, симптомы гипотонии существенно ухудшают качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Также они снижают приверженность к лечению, что, в конечном результате, нивелирует эффективность проводимой терапии, приводит к повышению частоты декомпенсаций, госпитализаций и ухудшению прогноза жизни [1,4-6].

Головокружение – нередкая жалоба у кардиологических больных. Установлено, что такие сосудистые заболевания, как артериальная гипертензия и атеросклероз, являются основными причинами поражения сосудов, питающих внутреннее ухо и головной мозг. Это обуславливает высокую частоту возникновения вестибулярных нарушений при данной патологии [8-10].

Кроме того, головокружение является одним из частых симптомов гипотонии. По результатам нашего исследования, выраженность этой симптоматики по опроснику выявления головокружения на начало лечения была умеренной. В группе контроля она составила $26,4 \pm 11,4$ балла и в группе приема бетагистина дигидрохлорида – $26,2 \pm 14,5$ балла.

Большинство симптомов головокружения связано с изменением АД. Гипотония – нередкий симптом и при ХСН, особенно часто возникающий на фоне лечения ингибиторами АПФ пациентов с ХСН. На фоне проводи-

Таблица 1. Побочные эффекты в группах контроля и активного лечения (+ бетагистина дигидрохлорид)

Побочный эффект	Группа контроля	Группа активного лечения
Гипотония	3/да	1/нет
Головокружение		1/возможна
Головная боль	1/возможна	
Сонливость		1/возможна
Аллергическая реакция (крапивница)*		1/возможна
Декомпенсация ХСН (усиление одышки, отеков)	1/нет	
Острый инфаркт миокарда*	1/нет	
Мерцательная аритмия	1/нет	
Мышечная слабость		1/нет
Всего случаев	7	5

* - побочные эффекты, приведшие к выбыванию пациентов из исследования

мого в исследовании лечения уровни систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) ожидаемо снизились у пациентов обеих групп. Снижение АД при терапии ингибиторами АПФ является следствием воздействия этих препаратов на уровень циркулирующих гормонов [10]. Следовательно, закономерно было бы ожидать и усиления симптомов головокружения в обеих группах. Однако в результате лечения выраженность головокружения снизилась в обеих группах и составила 11 (6;22) баллов в контрольной группе и 9,5 (0;18) балла в группе добавления бетагистина дигидрохлорида. У 6 пациентов контрольной группы и 8 – группы активного лечения симптомы головокружения полностью исчезли. Вероятнее всего, это связано со сложным механизмом возникновения головокружения у больных ХСН. Скорее всего, причиной головокружения у таких пациентов являются не только гипотония и ухудшение кровоснабжения вестибулярного аппарата, но также нарушение нормальных вестибуло-автономных рефлексов, выявленное Jáuregui-Renaud K и соавт. [11]. Таким образом, общее улучшение клиники ХСН и снижение ее ФК может привести к нивелированию возникших патологических рефлексов и уменьшению головокружения. Бетагистина дигидрохлорид оказывает дополнительное действие и наиболее эффективен при

головокружении, обусловленном преимущественно нарушениями периферического отдела вестибулярного анализатора. Это подтверждается клинически значимым снижением жалоб со стороны органов слуха у пациентов, принимавших бетагистина дигидрохлорид по сравнению с больными контрольной группы. Вероятно, это же является причиной повышения баллов по шкале, определяющей настроение ($p=0,08$), у пациентов в группе бетагистина дигидрохлорида.

Заключение

По результатам проведенного исследования выявлено, что достижение целевой дозы ингибитора АПФ возможно более чем у 90% больных ХСН II-III ФК без возникновения симптомов гипотонии. Дополнительное назначение бетагистина дигидрохлорида необходимо при остающихся симптомах головокружения после достижения целевой дозы ингибитора АПФ у больных ХСН. Это позволяет уменьшить симптомы, связанные с вестибулярным и слуховым анализаторами, повысить качество жизни у больных ХСН с симптомами головокружения. Возможно, при участии в исследовании пациентов с более выраженными симптомами головокружения эффект при назначении бетагистина дигидрохлорида был бы большим.

Литература

1. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Журнал Сердечная недостаточность 2006;8(2):1-35.
2. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Журнал Сердечная недостаточность. 2004; 5(1):4-7.
3. Swedberg K., Cleland J., Dargie H. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005;26(11):1115-40.
4. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
5. Agustí A., Bonet S., Arnau J.M. et al. Adverse effects of ACE inhibitors in patients with chronic heart failure and/or ventricular dysfunction: meta-analysis of randomised clinical trials. Drug Saf 2003;26(12):895-908.
6. Терещенко С.Н., редактор. Некоторые нерешенные вопросы хронической сердечной недостаточности. М.: Миклош; 2007.
7. Siegrist J., Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. Soc Sci Med 1989; 29(3):463-8.
8. Андреева Г.Ф., Горбунов В.М., Жигарева И.П. и соавт. Распространенность и наиболее частые причины возникновения головокружения у больных со стабильной артериальной гипертензией. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004;(2):17-24.
9. Алексеева Н.С. Артериальная гипертензия и головокружение. Международные медицинские новости 2001;(3):1.
10. Андреева Г.Ф., Марцевич С.Ю., Горбунов В.М. и др. Оценка действия комбинации бетагистина дигидрохлорида с антигипертензивными препаратами на качество жизни больных стабильной артериальной гипертензией и головокружением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005; (3 ч. I):35-9.
11. Jáuregui-Renaud K., Hermosillo A.G., Gómez A. et al. Vestibular function interferes in cardiovascular reflexes [corrected]. Arch Med Res. 2003;34(3):200-4. Erratum in: Arch Med Res. 2003;34(5):444.