

тельности у 50% пациентов; только у 10 больных положительный эффект отсутствовал).

Отметим, что при ЖКБ часто имеются сопутствующие нарушения пищеварительной функции двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Таким больным показана заместительная терапия пищеварительными ферментами. Еще одним достоинством селективных миотропных спазмолитиков является возможность комбинации с ферментными препаратами (например, Дюспаталин и Креон), восстанавливающими нормальный пассаж не только желчи, но и секрета поджелудочной железы. Оба препарата, дополняя друг друга (хотя механизмы их воздействия на болевой синдром и диспепсию разные), позволяют быстрее достичь клинического результата [5].

Таким образом, селективный миотропный спазмолитик Дюспаталин является препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ЖКБ. Он обуславливает селективный спазмолитический эффект и не влияет на гладкомышечную стенку сосудов. Препарат может быть рекомендован как эффективное средство для широкого применения в медицинской практике в составе комплексной терапии. Он не вызывает побочных эффектов и характеризуется хорошей переносимостью, поэтому его можно применять у детей и у беременных, а также длительными курсами.

## Литература

1. Григорьев П. Я., Яковенко А. В. Клиническая гастроэнтерология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – С. 704.
2. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей : руководство для врачей – М. : Анахарсис, 2006 – 488 с.
3. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Дюспаталин (мебеверин) в купировании болей при желчнокаменной болезни // Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2002; 3: 2–3.
4. Маев И.В. Оценка эффективности дюспаталина в комплексной терапии хронического бескаменного холецистита и дисфункции желчевыводящих путей // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы органов пищеварения : сборник научных трудов. – Абакан, 2004. – С. 164–165.
5. Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М. Холецистит: пособие для врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов / ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ. – М., 2006.
6. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей. Диагностика и лечение : метод. пособие для врачей. – М. : Медпрактика, 2000. – С. 31.
7. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Клин. фармакол. и терапия. – 2002; 11 (1): 45.
8. Corazziari E., Shaffer E., Hogan W. et al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas // Gut. – 1999; 45(II): 48–54.
9. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders. Second edition. – 2000. – 764 с.
10. Evans P., Bak Y., Kellow J. Mebeverine alters small bowel motility in irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1996; 10: 773.

### SPASMOLYTIC THERAPY FOR PAIN RELIEF IN CHOLELITHIASIS

**A. Nikonov, T. Ardasenov, Candidate of Medical Sciences**  
Russian State Medical University

*The selective myotropic spasmolytic Duspatalin that fails to affect the vascular smooth muscle wall and to cause adverse effects and shows good tolerability is the drug of choice in relieving the pain syndrome in patients with cholelithiasis.*

**Key words:** cholelithiasis, hepatic colic, spasmolytics, Duspatalin.

## РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Т. Чернявская**, кандидат медицинских наук,  
РГМУ  
**E-mail:** corona1974@mail.ru

*Показаны эффективность и безопасность бисопролола (Бидоп, Гедеон Рихтер) у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией и лиц с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.*

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, β-адреноблокаторы.

Несмотря на значительные успехи клинической медицины, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в развитых странах мира по-прежнему лидируют в структуре заболеваемости и смертности [1, 2]. Основной вклад в сердечно-сосудистую смертность вносит артериальная гипертензия (АГ), распространенность которой в России в среднем составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин. Однако к фатальным событиям приводит не столько повышенный уровень АД, сколько прогрессивное развитие заболевания и формирование сердечно-сосудистых осложнений (сердечно-сосудистый континуум).

Многочисленные исследования доказывают наличие прямой взаимосвязи между уровнем АД и риском развития сердечно-сосудистых осложнений [4–7]. Мета-анализ MacMahon и соавт., основанный на результатах 9 проспективных исследований, в которые в общей сложности было включено более 40 тыс. больных, подтвердил, что вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) находится в прямой зависимости от уровня как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД [5].

С другой стороны, мета-анализ 17 рандомизированных клинических исследований с участием более 47 тыс. больных с АГ показал, что активное снижение АД сопровождалось уменьшением сердечно-сосудистой смертности на 16%, частоты развития новых случаев ИБС – на 20%, сердечной недостаточности – на 48% по сравнению с таковыми у больных, не получавших антигипертензивной терапии [4].

Взаимосвязь между АГ и ИБС вполне объяснима. Во-первых, оба заболевания имеют одинаковые факторы риска (см. таблицу). Во-вторых, механизмы возникновения и течения АГ и ИБС во многом похожи. Так, считается общепризнанной роль эндотелиальной дисфункции в развитии как АГ, так и ИБС. Дисбаланс между прессорной и депрессорной системами регуляции тонуса сосудов вызывает на начальных этапах повышение уровня АД, а впоследствии стимулирует процессы ремоделирования сердечно-сосудистой системы (ССС), затрагивающие левый желудочек (ЛЖ), магистральные и регионарные сосуды, а также мик-

роциркуляторное русло. Повреждение сосудистой стенки с нарушением эндотелиальной функции коронарных артерий приводит к системным изменениям со стороны ССС: увеличению гемодинамической нагрузки на сердце с увеличением сердечного выброса, работы сердца, ЧСС и потребности миокарда в кислороде; к повышению ЧСС с укорочением диастолы и уменьшением коронарного кровотока; к развитию гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). Подобные изменения способствуют увеличению сосудистого сопротивления, а следовательно – повышению уровня АД, ограничению кровотока (снижение доставки кислорода к миокарду), а в итоге – к проявлению ишемии.

Более того, за последние 5–10 лет во взглядах ведущих специалистов в области кардиологии на патофизиологию, диагностику и лечение АГ произошли весьма существенные изменения, отраженные в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ (2007). Так, эксперты особо подчеркивают, что АГ следует рассматривать не только как состояние хронически повышенного АД, но и как сложный комплекс взаимосвязанных гемодинамических, метаболических и нейрогуморальных нарушений [2, 5].

Таким образом, в последние годы в центре внимания врачей находится проблема лечения пациентов с АГ, сочетающейся с ИБС, а также с метаболическими нарушениями со стороны липидного и гликемического профилей. В связи с особой сложностью ведения таких пациентов Международное общество по артериальной гипертензии и Европейское общество кардиологов (ISH/ESC) рекомендуют относить больного, страдающего одновременно АГ и ИБС, к группе **очень высокого риска** и особенно тщательно осуществлять выбор лекарственных препаратов, не забывая об их метаболической корректности в отношении имеющихся нарушений [8]. Следует избегать использования препаратов, оказывающих неблагоприятные воздействия на метаболизм глюкозы и липидов. Одновременно лекарственные средства должны обладать выраженными органопротективными свойствами.

Анализируя рекомендации Европейского общества кардиологов, Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца, а также Российские национальные рекомендации по лечению АГ и улучшению прогноза у больных стабильной стенокардией, можно выделить только 2 класса препаратов, рекомендованных к применению как при АГ, так и при ИБС: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и  $\beta$ -адреноблокаторы (БАБ).

С момента своего появления более 40 лет назад на фармацевтическом рынке БАБ прочно заняли место среди кардиологических препаратов 1-го ряда. Благодаря своему выраженному антиангинальному и антиишемическому действию они по-прежнему применяются в лечении больных стабильной стенокардией всех функциональных классов. Доказана их эффективность у больных с острыми формами ИБС. Гипотензивный эффект позволяет использовать их при лечении больных

с АГ. Доказана польза блокады  $\beta$ -адренорецепторов у пациентов с сердечной недостаточностью [1, 2].

В последние годы в связи с появлением новых антигипертензивных средств и публикацией результатов ряда крупных исследований (LIFE [3, 6], ASCOT [4], SAFE [5]), в которых новые препараты превзошли атенолол по некоторым конечным точкам, устойчивая позиция БАБ пошатнулась. После опубликования результатов вышеуказанных исследований Британское общество АГ исключило их из числа гипотензивных препаратов 1-го ряда. Однако совершенно иная картина представляется при изучении эффективности БАБ у больных ИБС. Вопрос об их выборе в качестве средства лечения ИБС был решен еще в 1990-х годах, когда ретроспективный анализ 26 клинических исследований показал способность БАБ существенно улучшать прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Эффективность БАБ при ИБС связана с тем, что они способны снижать потребность миокарда в кислороде благодаря уменьшению ЧСС и САД. Они повышают переносимость физической нагрузки, уменьшают вероятность развития стенокардического приступа.

Высокая профилактическая эффективность БАБ после ИМ установлена в нескольких контролируемых исследованиях. По сводным данным 25 выборочных исследований, при длительном применении БАБ у больных ИБС, перенесших ИМ, общая смертность снижается на 22%, частота внезапной смерти – на 32%, частота нефатального повторного ИМ – на 27% [15–17].

БАБ – лекарственные средства, способные конкурентно связываться с  $\beta_1$ - и  $\beta_2$ -адренорецепторами и блокировать их взаимодействие с норадреналином, адреналином, а также с другими (в том числе – синтетическими) стимуляторами  $\beta$ -рецепторов [18]. БАБ препятствуют взаимодействию катехоламинов с соответствующими рецепторами клеток, что сопровождается отрицательным инотропным, хронотропным, дромотропным и батмотропным действием на миокард. Угнетается автоматизм синусового узла, снижается ЧСС и замедляется проведение электрического импульса по проводящей системе сердца. Одновременно снижается вероятность возникновения эктопических очагов в предсердиях, в атриовентрикулярном узле и в меньшей степени – в желудочках [18].

Эффективность БАБ при АГ обусловлена также блокадой  $\beta$ -адренорецепторов сердца. При этом уменьшаются сердечный выброс и сократимость миокарда, тормозится

#### Факторы риска при АГ. Российские рекомендации, 2008

Возраст (мужчины >55 лет, женщины >65 лет)  
Дислипидемия  
Величина пульсового АД (у пожилых)  
Курение  
Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл)  
НТГ  
Абдоминальное ожирение (ОТ  $\geq$ 102 см для мужчин или  $\geq$ 88 см для женщин)  
Семейный анамнез ранних ССЗ (у женщин <65 лет, у мужчин <55 лет)

#### Факторы риска атеросклероза. Российские рекомендации, 2008

Мужской пол,  
Пожилые возраст  
Преждевременная менопауза и прием контрацептивов у женщин  
Дислипидемия  
АГ  
Курение  
Сахарный диабет  
Избыточная масса тела и абдоминальное ожирение  
Повышенный уровень ЧСС  
Нарушение гемостаза  
Низкая физическая активность  
Злоупотребление алкоголем  
Семейный анамнез ранних ССЗ

центральное адренергическое влияние на сердце и в результате снижаются САД и ДАД. При АГ БАБ показаны прежде всего больным с высокой активностью симпатико-адреналовой системы (повышенный сердечный выброс и тахикардия).

Однако на сегодня остается актуальным вопрос о выборе из существующих БАБ наиболее эффективного и безопасного препарата.

БАБ значимо различаются по липофильности и кардиоселективности (схемы 1, 2).

Степень растворимости препаратов в жирах и воде существенно влияет на их фармакокинетические особенности. Липофильные БАБ (бетаксоллол, карведилол, метопролол, окспренолол, пропранолол) быстро и полностью всасываются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Обычно они метаболизируются в печени, что следует учитывать при назначении больным с ее нарушенной функцией, у пожилых пациентов, больных с сердечной недостаточностью.

Гидрофильные БАБ (атенолол, надолол, соталол) не полностью всасываются в ЖКТ; обычно они экскретируются с мочой. При их дозировании следует учитывать состояние почек. У больных со снижением скорости клубочковой фильтрации дозу гидрофильных препаратов необходимо уменьшать. Некоторые БАБ растворимы как в жирах, так и в воде (ацебутолол, бисопролол, пиндолол, целипролол). Жиро- и водорастворимые препараты элиминируются 2 путями: путем печеночного метаболизма и почечной экскреции.

Понятие кардиоселективности достаточно условно: все БАБ в той или иной степени воздействуют на оба типа рецепторов.

По степени селективности БАБ существенно различаются. Как показали исследования, бисопролол обладает в 14–19 раз более высоким сродством к  $\beta_1$ -, чем к  $\beta_2$ -адренергическим рецепторам (см. рисунок).

Кардиоселективные БАБ вследствие преимущественной блокады  $\beta_1$ -рецепторов сердца вызывают меньше побочных эффектов со стороны сосудов, бронхов, почек и поджелудочной железы, хотя при увеличении доз эти различия нивелируются.

К состояниям, при которых назначают преимущественно селективные БАБ, относят облитерирующие заболевания артерий, хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ), высокую физическую активность пациентов, сахарный диабет типа 2 (СД2), портальную гипертензию, беременность.

В связи с высокой клинической эффективностью и низкой частотой побочных действий в настоящее время отдают предпочтение селективным  $\beta_1$ -адреноблокаторам пролонгированного действия, так как они не только более удобны в применении, но и реже дают побочные эффекты, поскольку практически не влияют на гладкую мускулатуру бронхов и периферических артерий, а также не ухудшают метаболизм глюкозы, что особенно важно для пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений [21].

К числу наиболее эффективных, хорошо переносимых и удобных в применении БАБ относится бисопролол (Бидоп, Гедеон Рихтер), отличающийся высокими кардиоселективностью и длительностью действия [22]. Максимальное его действие развивается через 1–3 ч после приема внутрь и сохраняется в течение 24 ч.

В сравнительных исследованиях с использованием амбулаторного 24-часового мониторинга АД показано, что эффективность бисопролола в течение 24 ч выше, чем у других препаратов, назначаемых для приема 1 раз в сутки (например, антагонист кальция нитрендипин). При 24-часовом мониторинговании АД на фоне лечения бисопрололом выявлено большее, чем при лечении атенололом, снижение САД и ДАД в дневные и ночные часы при сохранении суточных колебаний АД. Особенно выраженными

Схема 1. Классификация БАБ в зависимости от их растворимости в жирах и воде

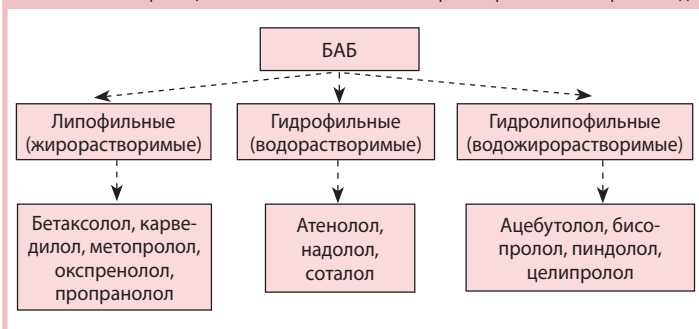
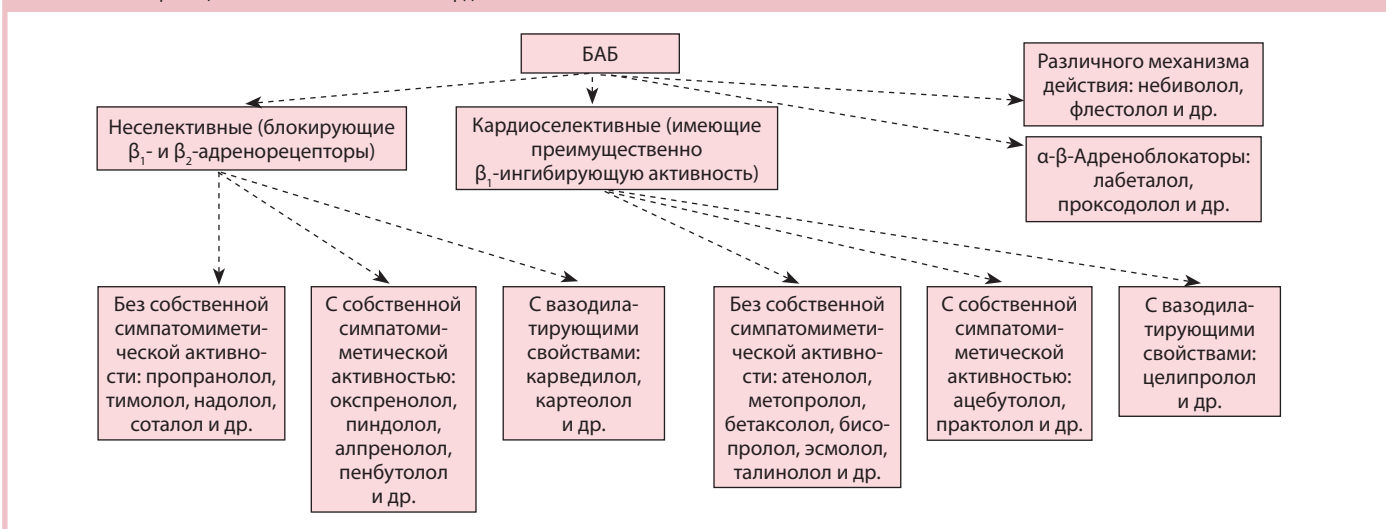


Схема 2. Классификация БАБ в зависимости от кардиоселективности

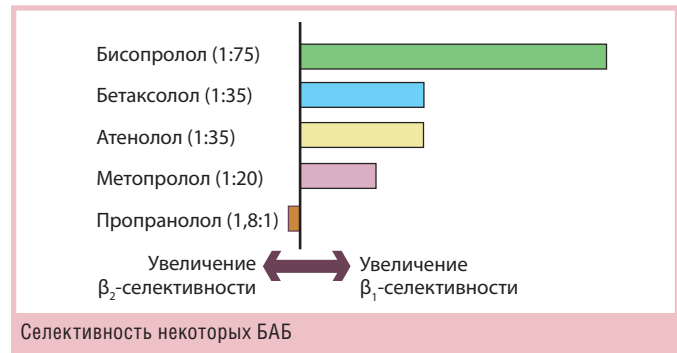


были различия уровней АД в ранние утренние часы, что связано с фармакокинетическими преимуществами бисопролола [41]. Существуют данные о выраженном органопротективном действии бисопролола и его корригирующем влиянии на показатели иммунного статуса, показатели вегетативной регуляции сердечной деятельности и эластичности сосудистой стенки. Указанные данные свидетельствуют о положительном влиянии бисопролола на эластичность сосудистой стенки, что проявилось снижением скорости распространения пульсовой волны.

Наши данные подтверждают преимущество бисопролола (Бидоп, Гедеон Рихтер) перед метопрололом в лечении пациентов с АГ и ИБС, относящихся к группе *night picker* и имеющих средненочные уровни АД, более чем на 15% превышающие средненедельные. Так, через 4 нед терапии бисопрололом (Бидоп, Гедеон Рихтер) АД в утренние часы было достоверно ниже, чем в группе пациентов, получавших метопролол.

В исследовании TIBBS (Total Ischemic Burden Bisoprolol Study) с участием 330 пациентов показано, что бисопролол эффективнее в устранении эпизодов ишемии миокарда, чем нифедипин пролонгированного действия. У больных со стабильной стенокардией число и продолжительность преходящих эпизодов ишемии (как болевой, так и безболевой) на фоне применения бисопролола уменьшается больше, чем при приеме нифедипина. Следует особо отметить увеличение вариабельности сердечного ритма на фоне лечения бисопрололом, тогда как нифедипин не оказывал влияния на этот прогностически значимый показатель [27]. У больных ИБС на фоне лечения бисопрололом значительно уменьшается летальность, улучшается общее состояние. Бисопролол (Бидоп) больше способствует повышению толерантности к физической нагрузке, чем атенолол и метопролол, оказывает дозозависимое действие на переносимость физической нагрузки, улучшает качество жизни и имеет незначительное количество побочных эффектов [23].

По данным одного из проспективных исследований, снижение суммарной «ишемической нагрузки» сопровождается улучшением прогноза у больных ИБС. В двойном слепом перекрестном исследовании было показано, что бисопролол в дозе 10 мг/сут обладает достоверно большей ан-



тиангинальной эффективностью, чем изосорбид-динитрат в дозе 60 мг/сут. Лечение бисопрололом приводило к уменьшению индекса «пульс–давление» и увеличению объема выполненной работы во время пробы на велоэргометре. Бисопролол не только более значимо уменьшал число приступов стенокардии напряжения, но и вызывал меньше побочных эффектов, чем изосорбид-динитрат [28].

Таким образом, бисопролол (Бидоп) – препарат выбора при лечении больных ИБС. В качестве антигипертензивного препарата бисопролол также занимает лидирующие позиции. При сравнении с другими БАБ по некоторым позициям он существенно превосходит их. В двойном слепом рандомизированном исследовании BISOMET показано, что бисопролол сопоставим с метопрололом по степени снижения АД в покое, но значительно превосходит его по влиянию на уровень САД и ЧСС при физической нагрузке [22].

На практике доказано, что Бисопролол (Бидоп) не влияет на метаболизм жиров и глюкозы. Влияние высокоселективного БАБ бисопролола на уровень глюкозы в крови у больных с сопутствующим СД2 изучено в некоторых исследованиях. Так, Н. Janka и соавт. оценивали концентрацию глюкозы в крови спустя 2 ч после приема бисопролола или плацебо после 2 нед терапии бисопрололом, при этом достоверных различий в изменении уровня глюкозы в группе бисопролола и плацебо не отмечено. Эффективность бисопролола и отсутствие негативного влияния на чувствительность тканей к инсулину и метаболизм глюкозы при длительном лечении больных АГ и СД подтверждена в другом клиническом исследо-

## НЕ ПРОПУСТИТЕ ГЛАВНОЕ СОБЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ НА СЕВЕРО-ЗАПАДЕ!

5–7 октября 2010 года  
Санкт-Петербург, Ленэкспо



С 5 по 7 октября 2010 года в Санкт-Петербурге в ВК «Ленэкспо» пройдет крупнейший форум по здравоохранению Северо-Запада России, который включает в себя международные выставки «Больница» и «Фармация».

Вниманию посетителей инновационное оборудование и новейшие материалы представят компании из Германии, Великобритании, Финляндии, Саудовской Аравии, Турции, ЮАР и других стран, а также многие российские производители.

### Деловая программа:

#### ДНИ БРИТАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.

В рамках мероприятия пройдут конференции, семинары, круглые столы по темам: «Первичная медико-санитарная помощь и семейный врач: новые пути повышения эффективности»; «Трансплантация печени: опыт и перспективы»; «Кибер-нож: новый уровень лечения онкологических опухолей»; «Современная нейрореабилитация» и др.

**СЕМИНАРЫ ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ФОРУМА** по темам: «Юридические аспекты деятельности врача и клиники»; «Организация работы со страховыми компаниями по программам ДМС и ОМС»; «Внедрение принципов доказательной медицины в практическую работу»; «Проблемы лицензирования медицинской деятельности» и др.

#### VII Межрегиональная конференция «Актуальные вопросы Фармации-2010»

Контактная информация: тел.: +7 (812) 380-60-06; 380-60-00; E-mail: med@primexpo.ru; www.hospital.primexpo.ru  
Подробная информация: тел.: +7 (495) 721-88-66; сайт: www.mediexpo.ru

вании, в котором на фоне приема бисопролола в дозе 5–10 мг/сут в течение 24 нед не выявлено значимых различий с исходным уровнем глюкозы в плазме крови, гликированного гемоглобина, а также уровня инсулина в плазме крови после нагрузки глюкозой, в то время как САД, ДАД и среднее АД снижались статистически достоверно [47].

Полученные данные позволили авторам сделать вывод, что на фоне лечения бисопрололом у больных СД не наблюдается гипогликемии и не требуется коррекции дозы пероральных антидиабетических средств. Селективный  $\beta_1$ -адреноблокатор бисопролол (Бидоп, Геден Рихтер) не оказывал негативного действия ни на чувствительность к инсулину, ни на метаболизм глюкозы.

Еще одна группа больных, у которых применение БАБ считается противопоказанным, – пациенты с ХОБЛ и бронхиальной астмой (БА). Это, безусловно, справедливо в отношении неселективных БАБ, тогда как лечение пациентов с высоким риском тяжелых сердечно-сосудистых катастроф и ХОБЛ без клинических и инструментальных признаков бронхоспазма высокоселективными  $\beta_1$ -адреноблокаторами возможно и оправдано. В исследовании CCR (Cooperative Cardiovascular Project) показано, что риск смерти у больных с ХОБЛ, перенесших ИМ, в течение 2 лет без лечения БАБ составляет 27,8%, а на фоне лечения БАБ – 16,8%. Таким образом, назначение БАБ приводит к снижению риска смерти на 40% [18].

В ретроспективном анализе J. Chen и соавт. результатов лечения 54 962 больных ИМ, среди которых доля пациентов с ХОБЛ и БА составила 20%, лечение БАБ ассоциировалось с таким же уменьшением смертности в течение года у больных ХОБЛ и БА, не получавших лечения  $\beta$ -агонистами (относительный риск – 0,85; 95% доверительный интервал – 0,71–1,0), что и у больных без патологии легких (относительный риск – 0,86; 95% доверительный интервал – 0,81–0,92). БАБ не уменьшали смертность только у пожилых больных ИМ с более тяжелой патологией легких, получавших лечение  $\beta$ -агонистами [51].

По нашим данным, в группе курящих пациентов с ИБС частота выявления легких форм бронхообструкции (объем форсированного выдоха в 1-ю секунду – ОФВ<sub>1</sub> >70% от должной величины) достигает 73%. При сравнении толерантности к физической нагрузке у курящих пациентов с ИБС на фоне применения селективного БАБ Бидопа (Геден Рихтер) и неселективного карведилола во время нагрузочных тестов на тредмиле оказалось, что частота одышки как причины прерывания теста в случае использования селективного БАБ Бидопа (Геден Рихтер) в 2 раза меньше, чем на фоне приема неселективного карведилола. Более того, при оценке динамики бронхиальной проходимости на фоне 24-недельной терапии 74 пациентов с ИБС и ХОБЛ бисопрололом (Бидоп, Геден Рихтер) и метопрололом отмечено, что через 6 мес лечения бисопрололом недостоверно улучшилась функция внешнего дыхания (ФВД) на уровне максимальной объемной скорости (МОС), составляющей 25; 50 и 75% от форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). В то же время в группе метопролола, несмотря на адекватную бронходилатационную терапию, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ снизилось на 1,4% с одновременным снижением показателей МОС50%, МОС75%. Таким образом, бисопролол в отличие от метопролола не оказывает негативного влияния на показатели бронхиальной проходимости, в связи с чем можно гово-

рить о предпочтительности этого БАБ при лечении ИБС у больных ХОБЛ I и II стадий. Очевидно, что чем выше кардиоселективность БАБ, тем безопаснее его применение у пациентов с ХОБЛ.

С.Н. Терещенко и соавт. изучали возможность применения бисопролола у больных ИМ и сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом. Они не отметили утяжеления легочного заболевания; недостоверно увеличивалась жизненная емкость легких; остальные показатели ФВД не менялись и, что особенно важно, не ухудшалась бронхиальная проходимость [52]. Не было обнаружено ухудшения проходимости дыхательных путей и при назначении бисопролола пациентам со стенокардией и сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом [53], а также при лечении АГ у больных БА [54].

Одной из причин, ограничивающих назначение БАБ, является представление пациентов и врачей о снижении качества жизни на фоне лечения препаратами данной группы. Однако ни в одном исследовании не выявлено большой частоты побочных эффектов БАБ. Переносимость лечения зависит от фармакологических свойств лекарственного препарата. При сравнении влияния ретард-формы нифедипина и бисопролола на качество жизни пожилых пациентов с АГ отмечено достоверно меньше побочных эффектов на фоне лечения бисопрололом. Через 24 нед пациенты, получавшие бисопролол, демонстрировали достоверно более высокое качество жизни по всем шкалам, чем больные, принимавшие нифедипин [55].

В исследовании COSTAR (Coding Symbols for Thesaurus of Adverse Reaction Terms) проанализировано влияние побочных эффектов эналаприла, амлодипина, гидрохлортиазида, бисопролола на качество жизни, в том числе на сексуальные функции пациентов с АГ. Зависимости частоты и степени сексуальной дисфункции от выбора того или иного препарата не обнаружено. Лечение бисопрололом в режиме монотерапии или в сочетании с гидрохлортиазидом не приводило к увеличению риска нарушения потенции [56]. Авторы полагают, что при лечении селективным БАБ бисопрололом качество жизни страдает минимально и побочные эффекты терапии развиваются существенно реже, чем принято считать. Эти данные совпадают и с результатами изучения влияния бисопролола на качество жизни больных ИМ [55, 56].

Таким образом, в клинических исследованиях показаны эффективность и безопасность бисопролола (Бидоп, Геден Рихтер) в снижении сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при АГ и ИБС. Уникальные фармакокинетические свойства препарата позволяют эффективно применять его в лечении больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

*Список литературы см. на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)*

#### RATIONAL CHOICE OF $\beta$ -ADRENOBLOCKERS FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

*T. Chernyavskaya, Candidate of Medical Sciences  
Russian State Medical University*

*The paper shows the efficacy and safety of bisoprolol (Bidop, Gedeon Richter) in patients with coronary heart disease and arterial hypertension and in persons at high cardiovascular risk.*

**Key words:** coronary heart disease, arterial hypertension,  $\beta$ -adrenoblockers.