С. 45–50; **3.** Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360(9343):1347–60. Распространенность АГ в экономически развитых странах достигает 25% [1]. 1. Kaplan N, Schachter M. New frontiers in hypertension. Lippincatt Williams and Wilking 2002; **4.** 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur Heart J 2007 (28), 1462–1536; **5.** Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Приложение 2 к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика", 2008; 7(6); **6.** Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение // Русский врач. – 1999. – С. 237; **7.** Ольбинская Л.И., Мартынов А.И., Хапаев Б.А. Мониторирование артериального давления в кардиологии // Русский врач. – 1998. – С. 99; **8.** Pearce K.A., Furberg CD., Psaty B.M., Kirk J. Cost-minimization and number needed to treat in uncomplicated hypertension // Amer. J, Hypertension. 1998; 11. P. 618-629; **9.** Ohkubo T., Imai Y, Tsuji I. et al. Reference value for 24-blood pressure monitoring based on a prognostic criterion: Ohasama study // Hypertenion. – 1998. – Vol.32. – P. 255-259; **10.** Рогоза А.Н., Никольский В.П., Ощепкова Е.В. и др. Суточное мониторирование артериального давления (Методические вопросы). Под ред. Арэбидзе ГГ и Атькова О.Ю. // М. – 1997. – С. 46; **11.** Guideliness of the management of mild hypertension: Memorandum from the World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting Guidelines Subcommittee. J Hypertens 1999; 17:151-83; **12.** Кобалава Ж.Д., Виллевальде С.В., Моисеев В.С. Значение различных методов оценки функционального состояния почек для стратификации сердечно-сосудистого риска // Кардиология, – 2007. – Т. 47. – №12. – С. 74-80.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯНЫ АЛОТЕНТИНМЕН ЕМДЕУДІҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯСЫ: ТИІМДІЛІГІ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІНЕ НАЗАР АУДАРТУ

А.Ж. Қарабаева, Г.А. Жүнісбекова, А.М. Сармасаева, Р.М. Оспанова, А.Б. Исаханова

ҚР ДСМ Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ

Зерттеуде артериялық қысымы мен ерекшеленген кардиопротективті әрекетін түсіру жағынан орташа және жоғары қаупі бар АГ науқастарын емдеуде Алотендинді қолданудың жоғары тиімділігі дәлелденген.

S U M M A R Y

COMBINED THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH ALOTENDIN: FOCUS AT EFFECTIVENESS AND SAFETY

A.Z. Karabayeva, G.A. Dzhunusbekova, A.M. Sarmasayeva, R.M. Ospanova, A.B. Isahanova

Scientific research institute of cardiology and internal diseases of the Ministry of Public Health of the Republic of Kazakhstan

The research proved high effectiveness of Alotendin application for the treatment of patients with AH of medium and high risk in respect of decrease of arterial pressure and expressed cardioprotective effect.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Б.О. ЖЫЛКИБАЕВА

Городская поликлиника №4, г. Павлодар

Артериальная гипертония (АГ) остается одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний и важным фактором риска развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Несмотря на широкий выбор антигипертензивных препаратов, лишь небольшая часть пациентов АГ лечится эффективно. В настоящее время все большее распространение получает лечение больных АГ с помощью комбинированных препаратов, содержащих несколько препаратов с взаимодополняющими механизмами действия. В результате чего повышается антигипертензивный эффект, уменьшается риск возникновения побочного действия и повышается экономичность лечения. Неоспоримыми преимуществами комбинированной терапии являются:

• Значительное усиление антигипертензивного эффекта. Это происходит потому, что при назначении рациональных комбинаций происходит не просто механическое сложение эффективности двух лекарственных средств, а потенцирование их действия.

Во-первых, разные препараты воздействуют на различные механизмы повышения АД, тем самым дополняя действие друг друга. Во-вторых, происходит торможение контрегуляторных механизмов, которые запускаются практически всегда на начальных этапах назначения антигипертензивных препаратов и приводят к уменьшению их эффективности.

• Уменьшение частоты побочных эффектов. Это связано с тем, что при комбинированной терапии применяют более низкие дозы препаратов, входящих в состав комбинации, а чем ниже дозы, тем меньше побочных эффектов.

• Увеличение количества пациентов, которые «ответят» на лечение, т.е. у которых назначение препарата приведет к желаемому снижению АД. Существующие на сегодняшний день клинические, лабораторные и инструментальные методы не позволяют, к сожалению, определить, какой (или какие) именно механизм (-ы) обеспечивает (-ют) высокое АД у данного конкретного пациента. На практике это оборачивается длительным по времени подбором антигипертензивного средства, и редко первый выбранный препарат идеально подходит больному. Назначение комбинированной терапии в 2 раза повышает вероятность ответа на лечение.

• Наиболее эффективная защита органов-мишеней АГ и, следовательно, более эффективное снижение риска осложнений.

Однако следует помнить, что преимущества комбинированной терапии, заключающиеся в потенциировании антигипертензивного действия и уменьшении числа побочных эффектов, присущи лишь рациональным комбинациям. К ним относят сочетания диуретика с ИАПФ или АРА, диуретика с антагонистом кальция (АК), АК с ИАПФ или АРА.

Таким образом, рациональная комбинированная антигипертензивная терапия позволяет достичь хорошего антигипертензивного эффекта у максимального количества пациентов, который сочетается с отличными пере-

носимостью, безопасностью лечения и повышенными органопротективными свойствами.

Каким пациентам прежде всего показано назначение комбинированной терапии?

Как уже было отмечено выше, прежде всего это пациенты с АГ II–III степени (то есть повышением АД, начиная от уровня 160/100 мм рт. ст. и выше), поскольку использование монотерапии низкими и средними дозами (большие дозы не рекомендованы из–за увеличения количества побочных реакций) при таких заведомо высоких исходных уровнях АД не позволит добиться желаемого снижения АД.

Частота назначения комбинированной терапии возрастает у больных с изолированной систолической АГ (ИСАГ). Известно, что добиться целевого уровня систолического АД гораздо труднее, чем диастолического. В комбинированной терапии нуждается подавляющее большинство больных с СД, поскольку целевые уровни АД у них ниже (менее 130/80 мм рт. ст.), чем у пациентов без СД (менее 140/90 мм рт. ст.).

В связи с тем, что комбинированная терапия стала основным направлением при лечении больных АГ, все более широкое распространение получили фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов, то есть содержащие в одной таблетке два лекарственных средства. Такие лекарственные формы, обладая всеми преимуществами комбинированной терапии вообще (более выраженный антигипертензивный эффект, увеличение количества «ответчиков» на лечение, меньшая частота побочных реакций, выраженное органопротективное действие) имеют ряд дополнительных преимуществ над произвольными комбинациями. К этим дополнительным преимуществам относят:

• простоту назначения и процесса титрования дозы, повышающую приверженность пациентов к лечению;

• уменьшение стоимости лечения за счет того, что цена комбинированного препарата меньше, чем стоимость компонентов, выписываемых врачом раздельно;

• исключение возможности использования нерациональных комбинаций.

В последний год резко возрос интерес к использованию в клинической практике комбинации ингибиторов АПФ с дигидропиридиновыми антагонистами кальция. Это, безусловно, закономерное явление связано с результатами исследования ASCOT–BPLA, в котором участвовали почти 20 тысяч больных АГ. Было показано, что использование комбинации «дигидропиридиновый антагонист кальция плюс ингибитор АПФ (периндоприл)» приводит к значительному и достоверно большему по сравнению с комбинацией «β-блокатор плюс диуретик» снижению всех без исключения осложнений АГ:

Кардиоваскулярной смертности на 24%, фатального и нефатального инсульта на 23%, общей смертности на 11%, развития почечной дисфункции, атеросклероза периферических артерий и новых случаев сахарного диабета на 30%.

При этом было выявлено достоверно большее снижение как систолического, так и диастолического АД на фоне комбинации «антагонист кальция + ингибитор АПФ».

По данным результатов исследования ASCOT–BPLA была создана фиксированная комбинация ингибитора АПФ периндоприла с блокатором кальциевых каналов амлодипином в 4 дозах для лечения АГ и ИБС – Престанс. Это единственная фиксированная комбинация, показанная как для лечения АГ, так и для лечения ИБС. Терапия Престансом характеризуется высокой приверженностью к лечению благодаря хорошей переносимости.

Амлодипин обладает высокой биодоступностью, выраженным дилатирующим воздействием на периферические сосуды, расширяет коронарные артерии и усиливает снабжение миокарда кислородом. И периндоприл, и амлодипин, являясь метаболически нейтральными, обусловливают снижение риска возникновения новых случаев сахарного диабета или нарушения липидного обмена. Благодаря своим характеристикам амлодипин и периндоприл сегодня широко и успешно применяют в виде оптимальной фиксированной комбинации Престанс.

Престанс обладает выраженными, длительным и равномерным гипотензивным эффектом, а наличие различных доз – 5/5 мг, 5/10,10/10 мг и 10 мг периндоприла аргинина/5 мг амлодипина – позволяет легко подобрать лечение в зависимости от исходного уровня АД у конкретного больного.

Терапия Престанса позволяет достичь 2 основные цели лечения АГ. Первая из которых – нормализация и контроль АД и вторая – защита от кардиоваскулярных осложнений и смерти. Престанс обеспечивает контроль АГ на протяжении 24 часов при однократном приеме. Наряду с выраженным снижением АД терапия Престансом характеризуется хорошей переносимостью. Европейские руководства по лечению АГ обращают внимание на то, что «...следует отдавать предпочтение препаратам, обладающим длительным эффектом и способностью снижать АД в течение минимум 24 ч при применении 1 раз в сутки».

Благодаря этому преимуществу пациенты будут защищены от сердечно-сосудистых событий в ранние утренние часы.

Хочу привести пример из своей практики, когда назначение Престанса пациенту с АГ позволило достичь должного уровня АД. Мужчина 46 лет, бизнесмен, обратился с жалобами на головные боли, небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиение. Матери 66 лет, болеет сахарным диабетом и АГ. Мужчина не курит, алкоголь не злоупотребляет. Повышение АД около года с максимальным подъемом до 165/95 мм рт. ст. 2 месяца назад был на приеме, ему были назначены бисопролол 5 мг и нипидол 5 мг в сутки, которые пациент принимал постоянно. Со слов больного АД снизилось до 135-140/85-90 мм рт. ст., но появились утомляемость и проблемы в сексуальной жизни.

При объективном исследовании: окружность талии – 109 см, масса тела – 103 кг, ЧСС – 82 уд/мин, АД слева 150/100 мм рт. ст., АД справа 150/90. При аускультации сердца без патологии. Холестерин – 6,0 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л. Глазное дно без патологии. На ЭКГ ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

Состояние расценила как сочетание АГ 2 степени и метаболического синдрома. Рекомендовала выполнять физические упражнения, придерживаться низкокалорийной низкосолевой диеты, отменила бисопролол с нипидолом и назначила Престанс в дозе 5/5 мг в сутки. При повторном осмотре через 4 недели приема препарата АД составило 125/78 мм рт. ст., ЧСС – 72 уд/мин. Пациент продолжал тренировки, похудел на 3,5 кг. Симптомы, связанные с АГ, и проблемы в сексуальной жизни исчезли. Больному было рекомендовано продолжить выполнение физических упражнений и прием Престанса 5/5 мг. В настоящее время пациент принимает Престанс в дозе 5/5 мг и его самочувствие хорошее.

Т.е., применение всего одной таблетки Престанса в дозе 5/5 мг в сутки пациенту с АГ 2 степени и метаболическим синдромом позволило достичь целевого уровня АД без нежелательных побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр), 2010. Системные гипертензии, 2010; 3: 5–26; ***2.*** Остроумова О.Д., Шапошник И.И., Пауков С.В., Жижина С.А., Фролова Л.И. Комбинированная терапия артериальной гипертонии: что нового? Русский медицинский журнал. – 2007, – 15 (20)– 1466; ***3.*** Научно-популярный тематический журнал «Человек и лекарство». Казахстан, №1 (1), 2011; ***4.*** Желнов В.В., Петровская Н.В., Комарова И.С. Современные подходы к комбинированной терапии артериальной гипертонии. – Русский медицинский журнал, 2007, – 15 (28), – 2138; ***5.*** Sever P.S., Dahlof B., Poulter NR, et al., for the ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo–Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT–BPLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2005; September 4;

ТҰЖЫРЫМ

АРТЕРИЯЛЫҚ ҚАН ҚЫСЫМЫНЫҢ АРТУЫНЫҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯСЫ

Б.О. Жылкибаева

№4 қалалық емхана, Павлодар қ.

Яғни, Престанса таблеткасын тәулігіне 5/5 мг дозасында қолдану 2 дәреженің АҚ ауыратын және метаболиялық синдромы бар пациентте АҚ деңгейін мақсатты төмендетуге мүмкіндік берді.

SUMMARY

COMBINED THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION

B.O. Zhylkibayeva

Municipal polyclinic No.4, Pavlodar c.

That is application of only one tablet of Prestans, dosage 5/5 mg per day, allowed a patient with AH of 2 degree and a metabolic syndrome reaching a target level of AP without any adverse reactions.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА

Ф.Ф. КИНЗЯБУЛАТОВА

Городская поликлиника, г. Рудный

Одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане является артериальная гипертензия (АГ). Лечение пациентов-гипертоников иногда затруднено тем, что АГ часто сочетается с ишемической болезнью сердца (ИБС) в виде стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), нарушениями сердечного ритма и проводимости (например, мерцательная аритмия (МА)). Поэтому подбор антигипертензивной терапии должен не только основываться на эффективном снижении артериального давления (АД), но и учитывать сопутствующие состояния. Кроме этого, лечение АГ и уже имеющихся осложнений должно быть экономически выгодным для пациентов, т.к. они вынуждены принимать комплексную терапию.

Кардиоселективные β-адреноблокаторы привлекают внимание тем, что оказывают патогенетическое действие на сердечно-сосудистые нарушения: снижают АД, устраняют некоторые виды аритмий, предотвращают приступы стенокардии, осуществляют профилактику повторного ИМ. Поэтому этот класс антигипертензивных препаратов вполне подходит для пациентов с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Цель данной работы – исследование эффективности и переносимости кардиоселективного β-блокатора бисопролола.

Материал и методы

На моем территориальном участке были обследованы 20 больных с ИБС, АГ, ХСН и МА. Из них 11 мужчин и 9 женщин (средний возраст составил 66,6±2,1 года).

Длительность терапии АГ в среднем 15±3 года; из них 65% – АГ 2-й степени, в 35% случаев – АГ 3-й степени. Развитие ХСН, по данным анамнеза – в течение последних 2-х лет, причем выраженность ее варьировала: ФКII (NYHA) наблюдалась в 25% случаев (5 человек), ФКIII – в 60% (12 человек), ФК IV – в 15% (3 человека) случаев наблюдения.

У 4-х больных в анамнезе имелся перенесенный инфаркт миокарда: мелкоочаговый инфаркт миокарда – у 2-х пациентов, крупноочаговый инфаркт миокарда (задняя стенка) – у 1-го пациента, трансмуральный инфаркт миокарда (задняя стенка, верхушка, перегородка с переходом на боковую стенку) – у 1-го пациента. У 5 больных в течение года отмечена мерцательная аритмия.

Всем исследуемым больным были проведены ЭхоКГ, ФОГ, ЭКГ, УЗИ печени, измерение массы тела, исследование уровней мочевины, креатинина, билирубина, электролитов (калий, натрий), общего белка крови; проведены общий анализ крови и мочи.

Измерение АД проводилось 2 раза в сутки (в 10 и 18 часов); больные вели дневники самонаблюдения.

Всем больным был назначен бисопролол 10 мг в сутки.

Выводы

За период наблюдения снижение и стабилизация АД отмечались практически у всех пациентов. Регресс проявлений ХСН (во всех случаях снижение на 1 ФК) – в 75% случаев. У 2-х больных с МА восстановился синусовый ритм, достигнута нормоаритмия; у других больных с МА на фоне лечения бисопрололом не отмечалось нарастания сердечной недостаточности. Не было случаев обострения хронического бронхита. ЧСС в состоянии покоя у всех больных было в пределах 60-65 ударов в минуту.

При использовании терапевтических доз побочных эффектов не наблюдалось. Необходимо отметить эффективность и во всех случаях хорошую переносимость бисопролола.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С. Новое в последних международных рекомендациях по артериальной гипертонии. Клиническая фармакология и терапия, 2004. Т.13, №3. – С.10-18; ***2.*** Чазова И.Е. Новые препараты – новые возможности. Consilium medicum, 2006. №5. – С.344-346;