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;

3. Остроумова О.Д., Ищенко К.А. Лечение артериальной гипертонии в условиях поликлиники: клиническая и экономическая эффективность. Consilium medicum, 2007. Т.9. – С. 601-604.

ТҮЖЫРЫМ

БИСОПРОЛОЛ ДӘРІ-ДӘРМЕГІН ПАЙДАЛАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Ф.Ф. Кинзябулатова

Қалалық емханасы, Рудный қ.

Кардиоселективті β-адреналин қамаушылары жоғары жүрек-тамыр қатері бар емделушілердің АГ патогенетикалық терапиясы болып табылады. Бисопролол дәрі-дәрмегін қолдану бір тәулік ішінде АҚ-ды бақылауда және жүрек соғуының ырғақсыздығын, стенокардияны, жүрек жетімсіздігін төмендетуде жақсы нәтиже көрсетті. Сонымен қатар емді қабылдау кезінде жақсы төзімділік байқатты.

SUMMARY

CLINICAL EXPERIENCE WITH THE BETA-BLOCKER BISOPROLOL

F.F. Kinzyabulatova

City Polyclinic, Rudny c.

Cardioselectiveβ-blockers are of pathogenetic therapy of hypertension in patients at high cardiovascular risk. Use of the drug bisoprolol showed good control of blood pressure during the day and decrease symptoms of arrhythmias, angina, heart failure. There was also a well tolerated treatment.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ: ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

З. Я. МАМЕТНИЯЗОВА

Родильный дом №2, г. Алматы

Артериальная гипертония (АГ) – одна из наиболее острых медико-социальных проблем в мире. Несмотря на успехи в лечении АГ, число больных АГ неуклонно увеличивается. При этом АГ является ведущей причиной смерти населения.

Гипертонические кризы имеют место у 1-7% больных АГ.

Гипертонический криз – остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов мишеней.

Таким образом, к ГК следует относить те случаи, когда остро возникшее повышение АД предшествует и является причиной поражения органов-мишеней.

Отдельным частным вопросом являются случаи остро возникшего индивидуально высокого АД, меньшего чем 140/90 мм рт. ст., но сопровождающегося клинической симптоматикой. Это касается лиц без АГ, преимущественно подросткового и молодого возраста со стрессорно обусловленным остро возникшим индивидуальным высоким АД, не превышающим его высокого нормального уровня.

Применять в данных случаях термин «гипертонический криз» не совсем правильно, поскольку отсутствуют:

1. АГ как эпизод АД, равного или большего 140 и 90 мм рт.ст.

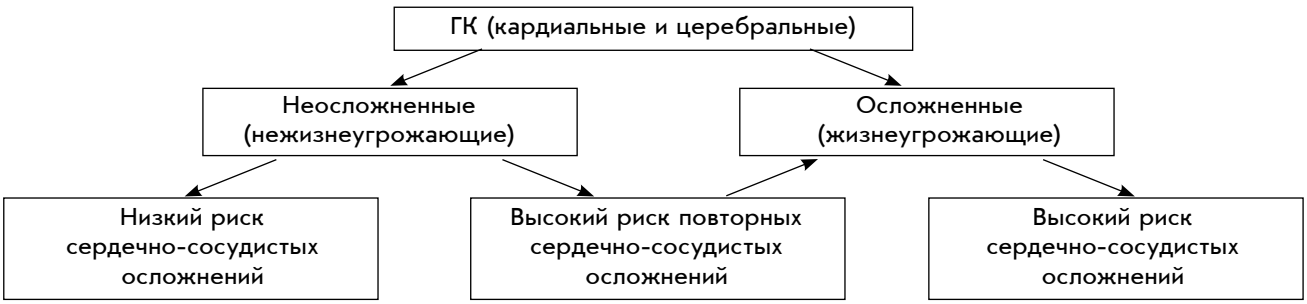
2. АГ как патология, характеризующаяся стойким повышением АД выше данного уровня при отсутствии антигипертензивной терапии.

В подавляющем большинстве случаев ГК у больных гипертонической болезнью являются повторными, и есть основание для использования терминов «впервые возникший гипертонический криз» и «кризовое течение гипертонической болезни» (при повторных ГК).

Таблица 1

Основные положения диагностики ГК у больных АГ

Критерий	Неосложненный ГК (нежизнеугрожающий)	Осложненный ГК (жизнеугрожающий)
Остро возникшее выраженное повышение АД	+	+
Остро возникшая клиническая симптоматика	+	+
Остро развившиеся – поражения органов-мишеней и/или – выраженное нарушение их функции	-	+

Таблица 2

Варианты ГК с учетом наличия/отсутствия жизнеугрожающих осложнений и высокого риска их развития