

Г.Е. Уразова,¹ Ю.В. Вахненко,¹ В.А. Шабуров,¹
С.К. Мурадян²

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России¹
г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая
больница»²
г. Благовещенск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Актуальность. Артериальная гипертензия представляет собой одну из наиболее распространенных медицинских и социальных проблем. Высокое АД закономерно вызывает развитие неблагоприятных изменений в сердечной мышце и сосудистой стенке. Гипертрофия миокарда повышает его потребность в кислороде, а утолщение стенки артерий и снижение способности к ауторегуляции кровотока, затрудняют адекватное кровоснабжение различных органов, в том числе сердца, головного мозга, почек, глаз, которые нередко называют органами-мишенями. Снижение систолического АД в среднем лишь на 2,2 мм рт. ст. уменьшает риск коронарной смерти на 4%, а при снижении систолического АД на 5 мм рт. ст. риск уменьшается уже на 9%. Поэтому необходим эффективный контроль АД, и основной целью лечения артериальной гипертензии является достижение максимального снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Однако лечение одним препаратом (монотерапия) дает желаемый эффект менее чем в половине случаев. Результаты многочисленных исследований показывают, что для достижения целевого уровня АД часто (от 45% до 92% случаев) требуется комбинация двух и более антигипертензивных препаратов, относящихся к различным группам. Преимущества комбинированного антигипертензивного лечения определяются следующими обстоятельствами: чаще всего у пациента повышение АД определяется не одним, а сочетанием нескольких механизмов; сочетание препаратов с различным механизмом действия позволяет получить максимальный органопротекторный эффект, что уменьшает риск осложнений со стороны органов-мишеней; комбинации препаратов улучшают переносимость лечения, хороший ответ на комбинированную фармакотерапию улучшает психологическое состояние пациентов, укрепляет их веру в успех лечения и способствует повышению комплаенса — готовности к соблюдению режима лечения.

В современной кардиологии одними из наиболее удачных являются следующие сочетания гипотензивных препаратов: (блокаторы кальциевых каналов) БКК + ингибитор АПФ (или антагонист рецепторов к ангиотензину II) и β - адреноблокатор + диуретик. При сочетании ИАПФ и БКК взаимно усиливается гипотензивное и органопротекторное действие. ИАПФ снижают активность ренин-ангиотензиновой и симпатoadrenalовой систем, что создает благоприятные условия для действия БКК. Салуретическое действие амлодипина создает благоприятный фон для гипотензивного эффекта ИАПФ. Одновременно уменьшаются побочные эффекты — сухой кашель, вызываемый ИАПФ и отек лодыжек, иногда вызываемый дигидропиридиновыми препаратами. Примером удачного фиксированного сочетания препаратов этих групп является эк-
Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018

ватор, содержащий лизиноприл и амлодипин. В ряде случаев β - адреноблокаторы целесообразно сочетать с мочегонными средствами. β - адреноблокатор обеспечивает уменьшение ударного и минутного объема сердца, а диуретик повышает почечную экскрецию натрия и воды, уменьшая объем циркулирующей крови, и расслабляет артериальные сосуды. Одним из представителей данной группы является лодоз.

Цель данного исследования - изучение эффективности применения препарата экватора (амлодипин 5 мг и лизиноприла 10 мг) и лодоза (бисопролола 2,5/5/10 мг и гидрохлортиазида 6,25 мг) у больных с АГ.

Материалы и методы: обследовано 38 больных эссенциальной артериальной гипертензией, 19 мужчин и 19 женщин (средний возраст 49,1±0,6 года). Длительность артериальной гипертензии в среднем составляла 9,9±0,8 года. Больные были разделены на 2 группы. Первой группе (17 больных) назначался экватор в фиксированной дозе (амлодипин 5 мг и лизиноприл 10 мг) 1 раз в сутки. Второй группе (21 больной) — назначался лодоз в дозе 2,5 мг в сутки. АД измерялось дважды в положении больного сидя после 15 мин. отдыха; учитывались средние значения двух измерений. У 18 больных (11 в первой группе, 7 - во второй), проводилось суточное мониторирование АД — в конце контрольного периода и после 4 недель терапии гипотензивными препаратами. Эхокардиографическая оценка ГМЛЖ проводилась на аппарате Mindray 7 пациентам через 6 месяцев терапии, по индексу массы миокарда ЛЖ, который рассчитывался как отношение массы миокарда ЛЖ к площади поверхности тела. Гипотензивный эффект оценивали по общепринятым критериям: как отличный при снижении диастолического АД ниже 90 мм рт. ст.; как хороший, если диастолическое АД снизилось на 10 мм рт. ст. и более по сравнению с исходными значениями. Эффект считали удовлетворительным, если диастолическое АД снизилось на 5-9 мм рт. ст. по сравнению с исходным уровнем и неудовлетворительным при снижении диастолического АД менее чем на 5 мм рт. ст.

Результаты: в первой группе больных, получающих терапию экватором, достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД (в среднем на 25,3±0,9/18,3±0,4 мм рт. ст.) наблюдалось уже через 2 недели лечения. К концу 4-й недели у 15 (88,2%) больных эффективность терапии расценивалась, как отличная или хорошая. Эти больные продолжили прием экватора в фиксированной дозе. Два пациента отказались от лечения в связи с появлением побочных эффектов: отеки ног и кашель. Снижение ИММЛЖ за 6 месяцев у 7 пациентов этой группы составила 4,2%.

Во второй группе - достоверное снижение, как систолического, так и диастолического АД (в среднем на 15,3±0,4/8,3±0,6 мм рт. ст.) наблюдалось уже через 2 недели лечения лодозом. К концу 4-й недели у 16 (76%) больных эффективность терапии расценивалась, как отличная или хорошая. Эти больные продолжили прием лодоза в дозе 2,5 мг/сут. Доза лодоза была повышена до 5-10 мг, у тех пациентов, где исходные показатели АД были достоверно выше (169,3±0,9/111,8±0,7), чем у тех больных, которые получали лодоз в дозировке 2,5 мг/сут - (151,9±1,0/95±0,9). Снижение ИММЛЖ за 6 месяцев у 9 пациентов этой группы составила 3,8%.

Выводы: комбинированная терапия позволяет высокоэффективно контролировать уровень АД и обеспечивает кардиопротекцию пациентам с АГ высокого риска.