

Секция 9: Медицинские науки

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,  
Казахский Национальный медицинский университет  
им.С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Кодасбаев Алмат Турысбекович**

*К.м.н., директор Городского кардиологического центра,  
Алматы, Республика Казахстан;*

**Өтепберген Динара**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Рахат Күмісай Қамысбайқызы**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Сәдуақас Дәулет Нышанбайұлы**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С. Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Сергеева Елена Николаевна**

*Заведующая хозрасчетным отделением,  
Городской кардиологический центр, Алматы, Республика Казахстан;*

## **КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

### **АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ВТОРОГО РЯДА**

Артериальная гипертония (АГ) является самостоятельным заболеванием, а также фактором риска всех хронических неинфекционных болезней. Влияние АГ на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность выше, чем любого другого фактора риска, включая традиционные, такие как ожирение и дислипидемия. Повышение артериального давления (АД) на каждые 20/10 мм рт.ст. удваивает риск

развития фатальных коронарных событий у лиц в возрасте 40-90 лет. При этом вклад профилактики и коррекции факторов риска в снижение сердечно-сосудистой смертности составляет от 45 до 75%, тогда как различных методов лечения, включая высокотехнологичные – от 25 до 55%. При этом влияние разных препаратов на связанные с АГ исходы сходно или отличается незначительно. Установлено также, что 72,1% пациентов с АГ не достигают целевого уровня АД через 3 месяца применения комбинированной антигипертензивной терапии двумя препаратами основных групп. О резистентной АГ следует говорить, если не достигается целевой уровень АД при терапии максимальными дозами тремя антигипертензивными препаратами, один из которых диуретик и как правило резистентная АГ выступает синдромом злокачественной АГ.

Общеизвестно, что один из основных механизмов развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений, а также поддержания высокого уровня АД является повышенная активность симпатической нервной системы. Согласно рекомендациям по диагностике и лечению АГ 2013, Европейского общества по АГ (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) антигипертензивные препараты центрального действия являются также эффективными и чаще всего используются в различных комбинациях с другими препаратами. Алгоритм лечения резистентной АГ предусматривает, если не контролируется АД или есть побочные эффекты в тройную/четвертную комбинацию включать другие классы антигипертензивных препаратов: антагонисты минералокортикоидных рецепторов, альфа-адреноблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин) [1, с.52-53; 2, с.1281-1357].

Моксонидин (физиотенз) уменьшает активность симпатической нервной системы, действуя на центральную нервную систему, в частности на стволовые структуры мозга. Снижает АД в комбинированной терапии, причем возможно сочетание со всеми антигипертензивными препаратами.

Физиотенз – представитель третьего поколения центральных симпатолитиков, в отличие от первых поколений высокоселективен в отношении имидазолиновых рецепторов, оказывает вазо- и кардиопротективное, а также нефропротективное влияние. Кроме того, уменьшая инсулинорезистентность, массу тела и улучшая липидные параметры благоприятно действует при метаболическом синдроме.

**Целью нашего исследования** явилось изучение эффективности моксонидина (физиотенза) у больных с АГ.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 118 пациентов, поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) с гипертоническим кризом в возрасте от 43 до 75 лет, (средний возраст –  $56,3 \pm 1,8$ ); среди них мужчин 52 и женщин - 66. Критериями включения в исследование были первичная АГ 2 и 3 степени, отсутствие патологии почек (креатинин, мочевины). 90 пациентов, составивших исследуемую группу, помимо стандартной терапии принимали физиотенз в дозе по 0,04 мг в сутки в течение 2-х месяцев. 28 пациентов (контрольная группа) находились на стандартной терапии антигипертензивными препаратами. У всех больных проводились общеклинические и биохимические (кардиомаркеры, креатинин, мочевины, СКФ, билирубин, белок, глюкоза) исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

**Результаты и обсуждение.** В процессе комплексного обследования была диагностирована артериальная гипертензия 2 степени у 74 (82%) в исследуемой ой группе и у 23 (82%) в контрольной группе; третьей степени у 16 и 5 пациентов соответственно; из них у 12 рефрактерная АГ(9 пациентов из исследуемой группы и 3 из контрольной). Многие факторы способствуют гиперактивности симпатической нервной системы и поддержанию высокого АД: наследственность, стресс, гиподинамия, высококалорийная диета, курение, ожирение, сахарный диабет. Группы

больных, как видно по данным таблицы №1, были сопоставимы по полу, возрасту, уровню артериального давления и факторам риска.

Таблица №1

### Характеристика групп пациентов

	Исследуемая группа	Контрольная группа
Возраст	55,8±1,2	56,0±1,4
Пол мужской/женский	43/57%	46/54%
Курение	48%	45%
Индекс массы тела (ИМТ)	30,9	28,9
Сахарный диабет	7	6
Артериальная гипертензия 2 степени	74(82%)	23(82%)
Артериальная гипертензия 3 степени	16	5
Резистентная артериальная гипертензия	9(10%)	3(10,7%)

Гемодинамическими маркерами повышенной симпатической активности у пациентов с АГ являются: повышение АД, высокая частота сердечных сокращений в покое, пульсовое АД более 50 мм рт.ст., а также вариабельность АД и пульса. В связи с этим нами изучались показатели систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового (ПАД) давления, число сердечных сокращений (ЧСС). До лечения уровни САД, ДАД и ПАД, а также ЧСС по группам практически не отличались. В процессе терапии отмечается снижение, причем более выраженное в группе пациентов, принимавших физиотенз. В процессе комплексной терапии с физиотензом происходит достоверное снижение АД как систолического (152,6±1,8 против исходного 178,5±2,3ммрт.ст.), так и диастолического (80,8±1,5 против исходного 95,2±1,6). Пульсовое АД также уменьшилось до 68,9±1,1 против 78,5±1,6 первоначального. Во второй (контрольной) группе отмечается положительная динамика: САД уменьшилось до 169,2±1,6 против 178,2±1,4; ДАД до 83,7±0,9 против 95,1±1,1 и ПАД до 80,4±1,5 против 83,6±0,9. При резистентной АГ комбинированная терапия с физиотензом выявила более выраженный

гипотензивный эффект: из 9 пациентов у 7 наблюдалось существенное снижение АД, причем у 4 – достижение целевого уровня АД.

Через 8 недель терапии в комбинации с физиотензом нормализация АД была отмечена у 60 (66,7%) больных, тогда как в группе пациентов, находившихся только на стандартной терапии антигипертензивными препаратами – только у 13 (46,4%).

У четырех (4,4%) пациентов на дозе 0,4 мг возникла сухость во рту, в связи с чем была снижена доза до 0,2 мг.

Таким образом, применение физиотенза (фирмы ЭББОТ) в комплексной терапии у пациентов АГ и особенно при рефрактерной АГ оказывает достаточно выраженный антигипертензивный эффект, при этом показывает высокий уровень безопасности.

#### **Литература:**

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». Санкт-Петербург, 2015. Издание первое - с.52-53.
2. Рекомендации ESH/ESC 2013 Г. по лечению артериальной гипертензии (перевод на русский язык с англ. Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. 2013 г //Journal of Hypertension 2013; 31(7):1281-1357.