

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;*

**Жангелова Шолпан Болатовна**

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

**Рустамова Фарида Ерашимовна**

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

**Курманали Нурсезим Нуралыкызы**

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

**Ермек Маржан Бакбергенкызы**

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

**Турдякова Бахтинур Асановна**

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

**Ермахан Фариза Ергаликызы**

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

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАСАРКА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Согласно последним рекомендациям Европейского общества кардиологов, при лечении ИСАГ могут быть использованы все группы антигипертензивных препаратов. Необходимость применения длительного,

порой пожизненного приема лекарственных препаратов, безусловно, диктует жесткие требования к ним. Помимо высокой эффективности они должны обладать высоким профилем безопасности. Ключевой задачей антигипертензивной терапии является не только достижение целевых уровней артериального давления (АД) и профилактика сердечно-сосудистых событий, но и защита органов-мишеней, а значит, снижение рисков и увеличение продолжительности жизни пациентов. С этой задачей гораздо лучше справляются ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) [1,с.26-35]. В 90-х годах XX века антигипертензивные препараты пополнились новым классом лекарственных средств, действующих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС)-блокаторы ангиотензина II или антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II). В настоящее время установлено наличие 2-х типов рецепторов к АТ II, выполняющих разные функции. Рецепторы первого типа локализованы в сосудистой стенке, надпочечниках, печени. Через них реализуются нежелательные эффекты АТ II: вазоконстрикция, секреция альдостерона, вазопрессина, норадреналина, задержка жидкости, пролиферация гладких мышечных клеток и гиперплазия кардиомиоцитов, активация симпатoadреналовой система (САС). Рецепторы второго типа располагаются в эндотелии сосудов, ЦНС, надпочечниках, яичниках, матке. Они выполняют физиологические функции: вазодилатацию, репарацию, регенерацию, антипролиферативное действие. При применении ингибиторов АПФ блокируются не только нежелательные, но и физиологические эффекты АТ II, опосредуемые через рецепторы второго типа. АРА II в отличие от иАПФ обладают селективностью и поэтому блокируют только вредные эффекты АТ II. Кроме того, они не действуют на каллекреин-кининовую систему, в результате чего не происходит накопления брадикинина, соответственно, не развивается такое побочное действие как сухой кашель, который бывает при применении иАПФ. Отличаются они также путями

элиминации: более 70% выводятся через печень и менее 30% - почками. При этом они сохраняют органопротективные свойства иАПФ. Согласно данным литературы, АРА II являются не только эффективными гипотензивными средствами, но и в такой же степени, как диуретики и  $\beta$ -адреноблокаторы, снижают сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у больных с АГ[2, с.1281-1357].

На Казахстанском рынке АРА II представляет фармацевтическая компания ARTERIUM.

**Целью нашего исследования** явилось изучение эффективности и безопасности кандесартана у больных с АГ в старших возрастных группах.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением и лечением находились 113 больных с ИСАГ в возрасте от 74 до 83 лет (средний возраст  $76,2 \pm 1,5$ ), из них 77 женщин и 36 мужчин. Кандесартан (Касарк фармацевтической фирмы ARTERIUM) назначали в дозе по 8 мг с последующим титрованием дозы через каждые 7 дней. Для оценки эффективности антигипертензивной терапии использовались краткосрочные (в течение 4-8 недель от начала лечения) критерии: снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов. Критериями включения в исследование были первичная артериальная гипертензия 1 и 2 ст., наличие гипертрофии левого желудочка по ЭКГ, снижение фракции выброса не ниже 40% по Симпсону по ЭХОКГ, отсутствие патологии почек (креатинин, мочевины) и печени (печеночные пробы). АГ I степени диагностирована у 86 (76,1%) и II степени у 27 (23,9%). У 79 (70%) АГ сочеталась с ИБС, у 14 (12,4%) наблюдаемых больных был обнаружен сахарный диабет 2 типа. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ФК имела место в 48 (42,5%) и II ФК по NYHA в 65(57,5%) случаях.

**Результаты и обсуждение.** Все больные получали комплексную терапию, включавшую антигипертензивную терапию (кандесартан), гиполипидемическую (статины), при необходимости – диуретики, нитраты и кардиопротекторы. Средняя доза кандесартана составила  $18,5 \pm 1,2$  мг в сутки. Антигипертензивную эффективность лечения оценивали по уровню офисного АД и показателям СМАД. На фоне терапии кандесартаном через 2 недели антигипертензивный эффект был отмечен у 26 (23,0%) больных: у 15 (13,2%) АД нормализовалось, у 11 (9,7%) АД снизилось более чем на 10% от исходного уровня. Недостаточную эффективность антигипертензивной терапии наблюдали у 87 (77,0%) больных, что послужило поводом для увеличения первоначальной дозы кандесартана. Через 8 недель монотерапии кандесартаном нормализация САД была отмечена у 97 (85,8%) больных. Через 12 недель лечения отмечено значимое снижение, как офисных, так и среднесуточных абсолютных показателей САД и ДАД, показателей нагрузки давлением (индекса времени гипертензии). В процессе терапии кандесартаном происходит достоверное снижение АД как систолического ( $152,6 \pm 1,8$  против исходного  $178,5 \pm 2,3$  ммрт.ст.), так и диастолического ( $80,8 \pm 1,5$  против исходного  $95,2 \pm 1,6$ ).

Улучшение суточного профиля АД под влиянием лечения АРА II отмечают большинство исследователей. Доказано, что перепроизводство ренина и связанных с ним биологически активных веществ, в первую очередь ангиотензина II, приводит не только к артериальной гипертензии, но и к не связанному непосредственно с повышением артериального давления повреждению органов–мишеней, являясь основным фактором прогрессирования АГ и ее осложнений, ремоделирования сердца и сосудов. Кандесартан обладает серьезной доказательной базой по эффективности и переносимости и рекомендован в качестве одного из препаратов выбора для лечения ХСН. По результатам нашего наблюдения, кандесартан продемонстрировал хорошую клиническую эффективность у

больных ХСН. При лечении кандесартаном достоверно снизился функциональный класс ХСН, уменьшилась одышка, 23 (20,35%) пациента из II ФК перешли в I ФК. Сократилась частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Важные дополнительные характеристики кандесартана – хорошая переносимость, органопротективные свойства позволяют рекомендовать возможно более раннее и широкое назначение кандесартана для лечения как АГ, так и ХСН.

У двух (1,75%) пациентов на максимальной дозе возник сухой кашель, который потребовал отмены препарата. Побочного действия препарата на средней дозе 10 мг нами не отмечено. Процент больных, ответивших на лечение кандесартаном, составил (85,8%), целевого уровня АД достигли 70,5%.

Таким образом, применение кандесартана (фирмы ARTERIUM) у пациентов АГ и ХСН оказывает достаточно выраженный антигипертензивный эффект, при этом демонстрируется достаточно 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. - 29с.
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.