

УДК 616.12-008.331.1-08

*Ниязова Яркиной Мирзахамдамовна*

*Кафедра повышения квалификации семейных врачей*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

**Резюме:** Современные подходы к лечению больных артериальной гипертензией, предлагаемые практически врачам, основаны на результатах международных научных многоцентровых рандомизированных исследований, их метаанализе, а также на рекомендациях научных обществ.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, блокаторы рецепторов к ангиотензину, блокаторы кальциевых каналов

*Niyazova Yarkinoi Mirzohamdamovna*

*Department of Advanced Training of Family Doctors*

*Andijan State Medical Institute*

## TREATMENT AND PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION BY MODERN METHODS

**Resume:** Modern approaches to the treatment of primary arterial hypertension are considered based on the results of multicenter randomized studies, their meta-analysis, and recommendations of scientific societies.

**Key words:** arterial hypertension, ACE inhibitors, diuretics, angiotensin receptor blockers, calcium channel blockers

**Актуальность.** Несмотря на достигнутые успехи в лечении артериальной гипертензии (АГ), адекватный контроль артериального давления (АД) в популяции далек от идеального [2,5]. В лекции дается характеристика четырех степеней риска сердечно-сосудистых осложнений, вызванных АГ [1,3]. Подробно рассмотрены современные стандарты

медикаментозной и немедикаментозной гипотензивной терапии. Приведены целевые уровни АД, которые рекомендуется достигнуть при лечении больных АГ, в соответствии с существующими международными рекомендациями. Разбираются показания к использованию рациональной комбинированной антигипертензивной терапии.

**Цель исследования.** Целью антигипертензивной терапии является достижение целевого АД. Основной целью лечения больного АГ является максимальное снижение общего сердечно-сосудистого риска. Для достижения этой цели необходима коррекция всех модифицируемых факторов риска, лечение ассоциированных клинических состояний, а также лечение собственно синдрома АГ, то есть антигипертензивная терапия.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 80 больных ГБ II-III стадии, 2-3 степени АГ в возрасте от 40 до 60 лет, не достигшие целевого уровня АД на фоне приема двух АГП в течение 6 месяцев в максимальных терапевтических дозах в сочетании с тремя и более факторами сердечно-сосудистого риска и 20 условно здоровых лиц (группа контроля) для уточнения нормативов изучаемых показателей. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

**Результаты исследования.** Из исследования исключались больные с симптоматической АГ, перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом (менее 6 месяцев), застойной сердечной недостаточностью, тяжёлыми стойкими нарушениями ритма и проводимости, тяжёлой сопутствующей соматической, неврологической и онкологической патологией.

У включенных в исследование больных выявлены выраженные нарушения суточного профиля артериального давления, множественное поражение органов-мишеней, дисфункция эндотелия, дисметаболические

изменения, затрудняющие адекватный контроль над артериальным давлением и позволяющие включить данную категорию больных в разряд больных с «трудно контролируемой артериальной гипертензией». Выявленные корреляционные связи между основными показателями метаболического профиля, периферической гемодинамики, функции эндотелия, структурно-функциональными показателями левого желудочка констатируют взаимосвязь и взаимозависимость патогенетических механизмов, лежащих в основе трудно контролируемой артериальной гипертензией.

Длительный прием кандесартана в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином способствует достижению целевого уровня артериального давления у 88% больных, с преимущественной положительной динамикой для среднедневных показателей и вариабельности артериального давления, а терапия моксонидином в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином - у 82% больных, с достижением нормативных значений для средненочных показателей АД и индекса временной гипертонической нагрузки.

Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка достигается к третьему месяцу терапии на фоне терапии кандесартаном с гидрохлортиазидом и лерканидипином и к 6-му месяцу - на фоне терапии моксонидином с гидрохлортиазидом и лерканидипином. Улучшение диастолической функции отмечается с 3-го месяца терапии при лечении обеими комбинациями. Терапия кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином видоизменяет концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка в эксцентрическую у 13,5% больных.

Трехкомпонентные антигипертензивные схемы лечения артериальной гипертензией с включением лерканидипина оказывают корригирующее действие на нарушенную церебральную, почечную

гемодинамику, функцию эндотелия уже на ранних этапах лечения - через 3 месяца, однако более выраженная положительная динамика отмечена при его комбинации с кандесартаном и гидрохлортиазидом при длительной терапии.

Корректирующее действие на нарушенный липидный профиль оказывают обе трехкомпонентные схемы антигипертензивной терапии, гиперурикемия устраняется через 3 месяца на фоне терапии кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином, а постпрандиальная гликемия — на терапии с включением моксонидина.

**Вывод.** Таким образом, основные изменения рекомендации по диагностике и лечению АГ 2018 г выглядят следующим образом:

Новые целевые значения АД, менее консервативное лечение (очень) пожилых людей;

Изменение схем рациональной комбинированной фармакотерапии;

Необходимость выявления низкой приверженности и применение комплекса мер, направленных на её повышение.

Вместе с тем разрабатываются новые методы диагностики и лечения метаболических нарушений, которые выявляются на ранних этапах или предшествуют повышению АД. В настоящее время показано, что такие группы лекарственных средств, как иАПФ, БРА, БМКК, селективные агонисты имидазолиновых рецепторов, имеют преимущества у больных с метаболическим синдромом в качестве средств лечения и профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. и др. Анализ фармакотерапии артериальной гипертензии по результатам исследования ПИФАГОР III // Фарматека. 2010. № 3. С. 87–95.

2. Bangalore S., Kumar S., Lobach I., Messerli F. H. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose: observations from traditional and bayesian random-effects meta-analyses of randomized trials. *Circulation* 2011; 123 (24): 2799—2810.

3. Hodgkinson J., Mant J., Martin U. et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. *BMJ* 2011; 342: d3621.

4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: Management of Hypertension in Adults in Primary Care: Partial Update. NICE Clinical Guideline. London, United Kingdom: Royal College of Physicians. 2010.

5. Witkowski A., Prejbisz A., Florkczak E. et al. Effects of renal sympathetic denervation on blood pressure, sleep apnea course, and gly-cemic control in patients with resistant hypertension and sleep apnea. *Hypertension* 2011; 58 (4): 559—565.