

УДК 615.036

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОСАРТАНА И
ИНДАПАМИДА НА ФОНЕ АГ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 40 ДО 60
ЛЕТ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
МИОКАРДА**

Миргородская Л.И.
КЗ "ХГКБИМ А.С. Лучанского"

Подготовлено по официальным материалам конгресса Европейского общества кардиологов (2008 г.). Рекомендации ассоциации кардиологов Украины с диагностики и лечению сердечной недостаточности (2009 г.) и артериальной гипертензии (2009 - 2010 гг.).

Ключевые слова: гипертензия, Лосартан, артериальное давление.

UDC 615.036

**EXPERIENCE OF APPLICATION OF LOSARTANA AND
INDAPAMIN AGAINST AG AT PATIENTS AT THE AGE FROM 40 TILL 60
YEARS WITH METABOLIC INFRINGEMENTS**

Mirgorodskaya L.I.
CE "HGCHN A.S. Luchansky"

It is prepared on official materials of the congress of the European society of cardiologists (2008)

Recommendations of association of cardiologists of Ukraine from diagnostics and to treatment of warm insufficiency (2009) and an arterial hypertension (2009 - 2010).

Keywords: a hypertension, Lorasantan, arterial pressure.

1. Введение. Увеличение продолжительности жизни влечет за собой распространенность больных АГ, а также увеличение показателя распространенности по АГ и среди лиц молодого и среднего возраста. Хотя гипертензия в большинстве случаев была спутником старения организма, у лиц более молодого возраста это состояние (АГ) приводило к увеличению риска осложнений, и выходила на 1-ое место среди факторов риска сердечной смерти в частности её конечной точки - ВСС.

В кардиологическом отделении среди лиц, прошедших лечение за 2010 год ~ 50% это лица трудоспособного возраста и в сочетании с различной патологией сердца АГ занимает 46,5%.

Как правило, АГ утяжеляет общее состояние больного, а также ухудшает в некоторых случаях прогноз, например у лиц с сахарным диабетом II типа или ИЗСД.

Множество механизмов и теорий развития АГ и изменений при этом доказали экспериментальные и клинические исследования. В результате

повышения АД развивается биомеханический стресс, который является одним из стимулов повышения и выброса в кровь провоспалительных цитокинов и через ряд механизмов приводят к развитию гипертрофии миокарда и далее его дисфункции.

С наступлением менопаузы и пост менструального периода риск ОИМ, СН и внезапной смерти значительно повышается. ЕОК указало на проблему «женщина и сердце». Определило разницу в клинике ИБС и диагностические ошибки.

Особое внимание уделяется сочетанию АГ и метаболических нарушений (нарушение толерантности к углеводам, дислипидемией и ожирением) - всё это включается в понятие метаболического синдрома.

Наибольшую распространенность АГ имеет у женщин в молодом и среднем возрасте и сочетается она чаще с ожирением. Отсюда и разнообразие клинических проявлений.

2. Цель и задачи исследования. Лечение АГ у этой категории представляет собой многокомпонентный процесс, включающий в себя вазоконстрикцию, увеличение объема циркулирующей крови, гиперреактивность симпатической, ренин - ангиотензинной системы и метаболические нарушения. Все это вместе приводит к антиоксидантному стрессу, при котором образуется большее количество свободных радикалов, чем имеющихся в организме эндогенных антиоксидантных систем.

Поэтому, в отделении применяется комбинированная антигипертензивная терапия, влияющая на разные звенья патологического процесса.

3. Материалы и методы исследования. Мы изучали группу пациентов с АГ, в том числе и дисгормональными нарушениями у которых были изменения комплекса ST и нарушение ритма.

Согласно рекомендациям АНА: первичная профилактика ИБС при АГ препаратами выбора является ИАПФ и блокаторы РАС II, а уровень снижения АД должен быть: САД - не меньше чем на 20 мм.рт.ст.; ДАД не менее чем на 10 мм.рт.ст. (2007 г.). В современных (2011 г.) рекомендациях Украинского общества кардиологов по АГ остается приоритет - контроль АД и его снижение. Целевой уровень АД в общей популяции не более 140/90 мм.рт.ст.

4. Экспериментальные данные и их обработка. Использование Лористы в дозах 25 мг, 50 и 100 мг в сочетании с Индопамидом 1,5 мг доказало, что уровень АД снижается плавно, со средне - суточным АД у пациентов II и III ступеню АД до 146/98; и среднедневное АД до 151/97 (20 измерений); средне ночное АД до 143/92 (11 измерений).

К утру ДАД не больше 100 мм.рт.ст. и снизилось на на 7 -8 мм.рт.ст., за период пребывания в стационаре (9-10 дней).

Можно сказать, что постоянный прием Лористы (Лосартана) в соответствующих дозах 50 - 75 мг и 100 мг в сутки достаточно хорошо снижает уровень АД.

Отмечен нами и тот факт, что у всех пациентов (а это 58 человек) с АГ

значительно улучшилось общее состояние: уменьшилась или исчезла одышка, ощущение стеснения в грудной клетке и постепенно уменьшились боли в сердце. Согласно доказательной базе БРА (II) также как и ИАПФ уменьшают АД а аорте и уменьшают степень эндотелиальной дисфункции сосудов.

Исследования Норе и Еигоре продемонстрировало снижение смертей у пациентов с сохраненной систолической функцией (ФВ>50%).

Актуальность проблемы здоровья и продолжительность жизни у этой категории пациентов остается.

По данным ВОЗ (2004 г.) было подчеркнуто, что больше смертей от ССЗ приходится на женщин чем на мужчин (соответственно 55% и 43%). И в группе АГ с перенесенным ОНМК превалируют женщины.

При анализе анамнеза заболеваний ССС у женщин лишь небольшая их часть придает здоровью значение, особенно развитию ОИ и ОИМ. Но в целом, на профилактических занятиях ССЗ (ШАГ - Школа Артериальной Гипертензии) всё больше число женщин осознают роль развития ССЗ у постменопаузальный период и особенно, роль АГ.

Необходимо и дальше в профилактических целях повышать осведомленность пациентов в этом вопросе, а также усиливать приверженность к лечению (в частности АГ). Гендерные различия между мужчинами и женщинами влияли на течение ССЗ и лечение. Всем известные исследование указывающие на прием АСК: у мужчин его прием в качестве первичной и вторичной профилактики есть эффективным в плане развития ОИМ(острого инфаркта миокарда), и, напротив, у женщин чаще всего это профилактика ОИ(Острого инсульта). Так, по нашим наблюдениям, у женщин после 45 лет, у которых развилась АГ имеются чаще чем у мужчин изменения на ЭКГ в виде: сглаженности зубца Т в левых грудных отведениях или в области передней стенки ЛЖ, а также инверсия зубца Т, реже с депрессией ST (косонисходящее или горизонтальное смещение) в левых грудных отведениях. Нарушения ритма низких градаций. При этом не всегда уровень АД тяжелый чаще легкой или средней ступени АД.

В результате лечения, эти изменения устраняются на протяжении периода стационарного лечения до 7 — 10 дней или улучшаются показатели ЭКГ.

Анализировалась и небольшая группа женщин (25 человек) курящих с повышенным или высоким уровнем холестерина. Уровень возрастного ДАД на фоне приема Лозартана (Лориста) снижался умеренно на 5 мм.рт.ст. не достигнув целевого значения (90 мм.рт.ст.) за период пребывания в стационаре.

При добавлении Индапамида этот показатель был ниже, то есть ДАД снижалось до 10 мм.рт.ст. за период пребывания в стационаре терапия сочеталась со статинами, аспирином в минимальной дозе.

Особое внимание уделяется женщинам, принимающим заместительную гормональную терапию или контрацептивы.

Поскольку большими клиническими исследованиями HERS, HERS II доказано увеличение острых сердечно - сосудистых состояний или так

называемых «коронарных событий». По данным литературы, при анализе исследования Women's Health Initiative (WHI) был сделан вывод, что у женщин с неповрежденным эндотелием, то есть, нет выраженной дисфункции, небольшие дозы эстрогенов оказывают кардиопротективное действие.

Однако на практике мы имели дело с женщинами в возрасте 50 - 58 лет. у которых давность клинических проявлений заболевания сердечно - сосудистой системы составляла 5 и более лет, наблюдался высокий уровень ОХК (общий холестерин крови), и нарушение толерантности к углеводам. При дуплексном сканировании сосудов шеи (ОСА, и ее основные ветви) показатель толщины интима - медиа был неодинаков (от 0,9 - 1,0 до 1,1 - 1,2), утолщение неравномерно и визуализировались гемодинамические незначимые атеросклеротические бляшки.

Таким образом, в перименопаузе и поздней менопаузе у женщин возникает доказанный риск кардиоваскулярных событий и в основе лежит выраженная эндотелиальная дисфункция и дозы эстрогенов уменьшаются, а в некоторых случаях отменяются под контролем врача гинеколога.

При коронарном синдроме гендерные различия присутствовали. Из 60 человек клиническими проявлениями ИБС - 35 составляли женщины, 25 человек мужчины. Характер ангинозных болей у мужчин более типичный, число курящих и не курящих практически одинаковое.

Сочетание ИБС и АГ прослеживается в большей степени у женщин. Однако болевой синдром в грудной клетке у женщин имеет более разнообразную картину:

- боль за грудиной;
- боль в левой прекардиальной области;
- и области сердца - иррадиация боли в левую руку, плечо;
- сопровождение боли аритмией, сердцебиением, отдышкой, удушьем, слабостью;
- головная боль;
- головокружение;
- беспокойство, раздражительность, чувство страха.

Обращение за медицинской помощью: чаще у женщин - 15% больше чем у мужчин, амбулаторное лечение аспирином, статинами реже у женщин, а направления на инвазивные исследования еще реже. Очевидно, среди врачей первичного звена еще сохранено и укреплено мнение, что мужчины чаще болеют ИБС и у них чаще развивается ОИМ.

Во многих исследованиях, в частности в обзорах статей журнала Therapia (Украинского медицинского вестника) указывается на то, что в основе клинических проявлений ИБС в сочетании АГ у женщин до 62 - 65 лет лежит не выраженный атеросклероз коронарных артерий со стенозированием нескольких артерий, а эндотелиальная дисфункция и распространенность микроваскулярных нарушений (доказано с помощью внутрисосудистого ультразвукового датчика). Поэтому, возможно, и развитие ОИМ в возрасте 50 - 60 лет у женщин реже у

мужчин. Хотя клиника нестабильной стенокардии достаточно часто, и это состояние сопровождается также СН (сердечная недостаточность), нарушение ритма, гиперурикемия, гиперхолестеринемия, синдром задержки жидкости (отеки).

Поэтому, госпитализация женщин с сердечной недостаточностью, в сочетании с АГ - самая частая причина и в возраст от 50 лет до 65 лет СН с сохраненной функцией сердца (т.е. ФВ в пределах нормы). Однако, при стойкой АГ II - III степени наблюдается диастолическая дисфункция ЛЖ при нормальных размерах полостей сердца и толщина миокарда (0,9 - 1,0). Особенно в женской популяции. Можно сказать, что эти выводы корригируются с многочисленными исследованиями, цель которых доказать кардипротективное, ангиопротективное действие многих препаратов класса ИАПФ и блокаторов РАС и как результат их положительного действия на конечные точки:

- СН и ХЗП (ХПН)
- внезапная СС и прогрессирующая ИБС.

5. Выводы.

- Назначение пациентам препаратов группы блокаторов РАС было при: - непереносимость ИАПФ, а также при длительном приеме ИАПФ, где наименование препаратов сменялось очень часто, доза была от очень высокой до неадекватной.
- Включены больные с ИБС и метаболическим синдромом, поскольку таких было большинство. Для постановки диагноза учитывались клинические проявления основных синдромов. Всем пациентам, объективно, верифицировался диагноз проведением дуплексного сканирования сосудов шеи.
- При назначении Лориста (Лосартан) в сочетании с Индопамидом 1,5 М1 ежедневно наблюдалось плавное снижение уровня АД в дозе 50 и 100 мг в сутки со значимым клиническим улучшением: уменьшение или исчезновение симптомов (синдромов) заболевания за период пребывания в стационаре в среднем до 10 дней.

Объективно это подтверждалось снижением ДАД на 10 мм.рт.ст.; САД - 16 - 19 мм.рт.ст. сутки с помощью аппарата суточного мониторинга АД и ЭКГ (Meditech K-t). Отмечалась очень хорошая переносимость препарата и далее, в амбулаторных условиях больные наблюдались терапевтом и кардиологом, которые "породили политику дальнейшего постоянного приема препаратов.