*Реферат*

"Сравнительная характеристика эффективности гипотензивных препаратов у больных с гипертонической болезнью (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину, бета- блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики)"

**Актуальность исследования**

В настоящее время в здравоохранении большое внимание уделяется заболеваниям, которые характеризуются широким распространением в популяции (Elliott W.J.,2007), возникновением в трудоспособном возрасте, значительным процентом инвалидизации и смертности. Указанные характеристики в полной мере присущи такой патологии, как артериальная гипертензия.

По данным ВОЗ (1999), артериальная гипертензия занимает первое место в мире среди всех причин острых нарушений мозгового кровообращения, а также вносит существенный вклад в формирование ИБС - как хронических, так и острых форм (Braunwald E, 1997).

В значительном проценте случаев АГ сочетается с другой патологией: различными формами ишемической болезни сердца (Лупанов В.П., 2008), сахарным диабетом II типа (Маколкин В.И., 2010), хронической бронхообструктивной патологией (Задионченко В.С., Адашева Т.В., Шилова Е.В. и соавт., 2010), что отражается на течении артериальной гипертензии и прогнозе.

Согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, заболеваемость артериальной гипертензией в России в 2010 году составляла 4905,1 на 100 000 населения, что соответствует 6,9 миллионам больных.

Исходя из накопленных на сегодняшний день данных доказательной медицины, своевременно начатая рациональная медикаментозная терапия артериальной гипертензии позволяет предотвратить возникновение сердечно-сосудистых осложнений и смертность от них.

Фармакотерапия артериальной гипертензии находится в центре внимания ведущих медицинских сообществ. Современные принципы лечения артериальной гипертензии излагаются в рекомендациях, ведущими из которых являются рекомендации ВОЗ совместно с МОАГ (последний пересмотр в 2000 году), ЕОК (последний выпуск в 2008 году) и ОНК (JNC), разрабатываемые в США (последний пересмотр в 2010 году). Кроме того, на основе вышеуказанных рекомендаций в ряде стран разрабатываются национальные рекомендации. В Российской Федерации это рекомендации ВНОК от 2011 года (второй пересмотр).

Лечение артериальной гипертонии рекомендуется проводить следующими группами препаратов: β-блокаторами, мочегонными, блокаторами медленных кальциевых каналов, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, блокаторами рецепторов к ангиотензину-II. В последние годы этот ряд препаратов дополнился агонистами имидазолиновых рецепторов, являющихся препаратами центрального действия, представителем этой группы является рилменидин.

Поэтому не вызывает сомнений необходимость изучения эффективности и безопасности основных групп гипотензивных препаратов.

**Цель исследования**

артериальный гипертензия блокатор гипотиазид

Оценить эффективность и безопасность лечения представителями основных классов гипотензивных препаратов (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину, бета- блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики).

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, гипотензивная терапия, фармакоэффективность, мониторирование АД

**Материал и методы исследования**

В ходе работы использовались истории болезни ( работа с архивным материалом)

За период с апреля по июнь 2013 года в кардиологическом отделение НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж -1 ОАО "РЖД"" обследовано 108 больных с верифицированной АГ I-III стадии в возрасте от 25 до 70 лет.

Критериями включения больных в исследование являлись: АГ I-III стадии в возрасте не старше 70 лет; критериями исключения: возраст старше 70 лет, больные с ИБС, перенесшие инфаркт миокарда и имеющие стенокардию напряжения выше II функционального класса, а также грубые нарушения ритма сердца (мерцательная аритмия, атриовентрикулярная блокада 2-3 степени, желудочковая экстрасистолия выше 1 класса по Лауну), больные с сахарным диабетом 2 типа, имеющие в анамнезе выраженный кетоацидоз, гипергликемическую кому и получающие инсулин.

**Результаты исследования**

В исследовании приняли участие 108 пациентов, которые были разделены на 5 рандомизированных групп. В первой группе, получавшей лизиноприл, наблюдались 33 пациента. Вторая группа, получавшая лозартан, состояла из 25 больных. 19 пациентов, получавших верапамил, составили третью группу, в четвертой группе (бетаксолол) - 22 пациента, в пятой( гипотиазид) - 9 пациентов.

Все больные лечились в стационаре с последующим амбулаторным наблюдением.

Данные об обследованных пациентах приведены в следующих таблицах.

**Распределение больных по полу и возрасту**

|  |  |
| --- | --- |
| Пол | Возраст М+m |
| М - 51 | 52,14±1,42 |
| Ж - 57 | 51,86±1,23 |
| Всего - 108 | 51,99±0,93 |

**Распределение обследованного контингента по стадиям и степеням АГ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадия АГ | Количество больных | Степень АГ | Количество больных |
| I | 17 | 1 | 14 |
| II | 79 | 2 | 62 |
| III | 12 | 3 | 32 |

**Характеристика обследуемых групп**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 1 группа (лизиноприл) | 2 группа (лозартан) | 3 группа (верапамил) | 4 группа (бетаксолол) | 5 группа (гипотиазид) |
| Средний возраст обследуемых, годы | 52±1,19 | 51±2,61 | 52±1,80 | 51±0,85 | 52±1,96 |
| Среднее АД до лечения САД, мм рт.ст. ДАД, мм рт.ст. |  172,67±3,27 104,10±1,32 |  163,33±2,82 104,33±1,51 |  162,47±4,11 101,47±2,27 |  165,47±1,93 102,31±2,04 |  169,31±0,74 103,65±1,37 |

***Анализ результатов терапии лизиноприлом***

Лизиноприл является гидрофильным ингибитором АПФ 2 поколения, изначально фармакологически активен.

**Динамика АД при лечении АГ лизиноприлом (М+m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | До лечения (n=44) | Через 2 месяца (n=38) |
| САД | 172,67±3,27 | 136,13±3,23\*\*\* |
| ДАД | 104,10±1,32 | 86,58±1,16\*\*\* |

**Возникновение осложнений и побочные явления при лечении лизиноприлом**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды осложнений и побочных явлений | Число больных |
| Появление кашля | 6 |
| Ангионевротический отек | - |
| Другие | - |

**Динамика качества жизни у больных АГ в процессе лечения лизиноприлом**

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответов | Частота,% |
| "Улучшилось" | 87,5 |
| "Не изменилось" | 10 |
| "Затрудняюсь ответить" | 2,5 |
| "Ухудшилось" | - |

***Анализ результатов терапии лозартаном***

**Динамика АД при лечении АГ лозартаном**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | До лечения (n=30) | Через 2 месяца (n=29) |
| САД, мм рт.ст | 163,33±2,82 | 137,17±2,32\*\*\* |
| ДАД, мм рт.ст. | 104,33±1,51 | 87,33±1,33\*\*\* |

**Возникновение осложнений и побочные явления при лечении лозартаном**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды осложнений и побочных явлений | Число больных |
| Появление кашля | 8 |
| Ортостатические реакции | 2 |
| Судороги, миалгия | 1 |
| Другие | 6 |

**Динамика качества жизни у больных АГ в процессе лечения лозартаном**

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответов | Частота,% |
| "Улучшилось" | 65,5 |
| "Не изменилось" | 18,5 |
| "Затрудняюсь ответить" | 11,5 |
| "Ухудшилось" | 4,5 |

***Анализ результатов терапии верапамилом***

**Динамика АД при лечении АГ верапамилом (М+m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | До лечения (n=34) | Через 2 месяца (n=27) |
| САД, мм рт.ст. | 162,47±4,11 | 134,31±2,33\*\*\* |
| ДАД, мм рт.ст. | 101,47±2,27 | 85,13±1,76\*\*\* |

**Возникновение осложнений и побочные явления при лечении верапамилом**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды осложнений и побочных явлений | Число больных |
| Выраженная брадикардия | 5 |
| AV -блокада | 2 |
| Кожная сыпь, зуд | 1 |
| Другие | 2 |

**Динамика качества жизни у больных АГ в процессе лечения верапамилом**

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответов | Частота,% |
| "Улучшилось" | 70 |
| "Не изменилось" | 6 |
| "Затрудняюсь ответить" | 4,5 |
| "Ухудшилось" | 1,5 |

***Анализ результатов терапии бетаксололом***

**Динамика АД при лечении АГ бетаксололом (М+m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | До лечения (n=34) | Через 2 месяца (n=27) |
| САД, мм рт.ст. | 165,47±1,93 | 133,34±2,13\*\*\* |
| ДАД, мм рт.ст. | 102,31±2,04 | 83,47±1,76\*\*\* |

**Возникновение осложнений и побочные явления при лечении бетаксололом**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды осложнений и побочных явлений | Число больных |
| Брадикардия | 2 |
| Астения | - |
| Кожная сыпь | 1 |
| Артралгия | 1 |
| Другие | - |

**Динамика качества жизни у больных АГ в процессе лечения бетаксололом**

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответов | Частота,% |
| "Улучшилось" | 80,5 |
| "Не изменилось" | 10,5 |
| "Затрудняюсь ответить" | 8 |
| "Ухудшилось" | 1 |

***Анализ результатов терапии гипотиазидом***

**Динамика АД при лечении АГ гипотиазидом (М+m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | До лечения (n=34) | Через 2 месяца (n=27) |
| САД, мм рт.ст. | 169,31±0,74 | 135,57±2,63\*\*\* |
| ДАД, мм рт.ст. | 103,65±1,37 | 84,14±1,92\*\*\* |

**Возникновение осложнений и побочные явления при лечении гипотиазидом**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды осложнений и побочных явлений | Число больных |
| Аритмии | 2 |
| Ортостатическая гипотензия | - |
| Гипергликемия | 1 |
| Другие | - |

**Динамика качества жизни у больных АГ в процессе лечения гипотиазидом**

|  |  |
| --- | --- |
| Варианты ответов | Частота,% |
| "Улучшилось" | 70,5 |
| "Не изменилось" | 16,5 |
| "Затрудняюсь ответить" | 9,5 |
| "Ухудшилось" | 3,5 |

**Заключение**

Целью исследования - было оценить эффекты применения представителей 5 основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения гипертонии (бета-блокатора, антагониста кальция, диуретика, блокаторы рецепторов к ангиотензину и ингибитора АПФ). Значимое снижение АД произошло во всех группах.

В целом имеющиеся сегодня данные не позволяют четко судить о наличии истинных различий влияния препаратов разных классов на риск сердечно - сосудистых осложнений и смертности у больных .С точки зрения влияния на суточный ритм АД антигипертензивный препарат должен отвечать следующим требованиям: отсутствие влияния на нормальный двухфазный ритм АД и улучшение нарушенного суточного профиля, желательно снижение повышенной вариабельности АД, обеспечение его контроля в ранние утренние часы Полный курс контролируемого лечения препаратами удалось завершить у 105 (94,7%) из 108 пациентов, начавших лечение, 3 (5,3%) больных из исследования вследствие развития различных побочных реакций (из них 3 человека - на фоне терапии лозартаном). После окончания лечения отмечено статистически достоверное снижение САД и ДАД. Так, в 1 группе САД снизилось на 15,9%, во 2 - на 14,5%, в 3 группе - на 12,6%, в 4 - на 14,4%, в 5 - на 13,6%; ДАД сответственно на 13,6%, 11,3% , 12,5% 11,8%, и 12,1%.

В нашем исследовании на фоне улучшения соматического состояния выявлено достоверное повышение качества жизни, улучшение самочувствия больных.

1. Лизиноприл, Лозартан, Верапамил, Бетаксолол, Гипотиазид достаточно эффективно снижают систолическое и диастолическое артериальное давление.

. Наименьшим количеством побочных эффектов среди изученных лекарственных средств обладают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента - Лизиноприл.

. Среди изученных препаратов для лечения артериальной гипертензии чаще всего побочные эффекты возникают при приеме блокаторов рецепторов к ангиотензину -Лозартан.

. Наиболее эффективными и безопасными препаратами для нормализации артериального давления являются ингибиторы АПФ.

**Список используемой литературы**

1. Заславская Р.М., Комаров Ф.И., Шакирова А.Н. и др. Клиническая медицина. 2000; 78 (4): 62-6.

. Ивашкин В.Г., Кузнецов Е.Н. Современные принципы антигипертензивной терапии// Терапевтический архив, 2006, №1, с.59-75.

. Лабезник Л.Б., Милюкова О.И. и др. Артериальная гипертония у пожилых// Врач, 2010, №7, с.25-37.

. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Основы клинической диагностики внутренних болезней , 1997

. Небиеридзе Д.В., Бритов А.Н., Апарина Т.В. и др. Кардиология. 2008; 39 (1): 14-8.

. Ольбинская Л.И., Боченков Ю.В. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2005; 62 (2): 54-60.

. . Тхостова Э.Б., Прошин А.Ю., Белоусов Ю.Б. Клиническая фармаколология и терапия.2006; 70 (1): 36-8.

. . Шустов С.Б., Барсуков А.В., Богатова Г.П., Конев А.В. Артериальная гипертензия. 2011; 6 (1): 65-70.