



УДК 616.8

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**Ю.А. БОЧАРОВА  
Г.С. МАЛЬ**

*Курский государственный  
медицинский университет*

*e-mail: y\_u\_l\_i\_a\_oz@mail.ru*

В статье изложены данные сравнительного исследования клинической эффективности гипотензивной терапии у пациентов в раннем и позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта на фоне гипертонической болезни. В указанном исследовании оценивалась эффективность следующих вариантов гипотензивной коррекции: эналаприл (20 мг в сутки) в сочетании с бисопрололом (10 мг в сутки), а также сочетание лозартана (100 мг в сутки) с бисопрололом (10 мг в сутки).

Ключевые слова: геморрагический инсульт, гипертоническая болезнь, артериальное давление, гипотензивная терапия, антагонисты рецепторов ангиотензина-2, МРТ головного мозга.

В мире мозговой инсульт развивается примерно у 6 млн. чел., в России примерно у 400 тыс. Показатели смертности от инсульта в России за последние 15 лет возросли и достигли 280 человек на 100000 населения, что вывело мозговой инсульт на второе место в структуре общей смертности населения и на первое место как причину инвалидизации. При этом, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 2-я по значимости причина развития деменции [1, 4]. Смерть больных в первые 1 - 2 дня после инсульта обычно связана с повреждающими факторами самого инсульта, в дальнейшем главную роль начинают играть осложнения, в том числе и соматические.

Дополнительную остроту проблеме придает высокая вероятность повтора мозгового инсульта – 30%.

Условиями, предрасполагающими к развитию повторного инсульта, являются:

- прогрессирующие структурные изменения брахиоцефальных и церебральных артерий вследствие негативного влияния артериальной гипертензии, формирования атероматозных бляшек, суживающих просвет сосудов, в некоторых случаях – сахарного диабета и амилоидоза;
- нарушение микроциркуляции в артериолах и капиллярах, вызванные изменениями коагуляционных и реологических свойств крови и часто сочетающиеся с повышенной тромбогенной активностью эндотелия;
- стабильное снижение эффективности работы сердца (особенно в сочетании с нарушением сердечного ритма) [3, 5].

Возрастной фактор играет немалую роль в развитии инсульта. С точностью определить возраст, при котором инсульт наиболее возможен, достаточно сложно. Но наиболее вероятен возраст 45-59 лет. С течением времени вероятность инсульта возрастает (ежегодный риск мозгового инсульта в возрастной группе 60-74 лет-1:100, 75-89 лет-1:50, старше 90 -1:30).

Инсульт в возрастной группе 60-74 лет носит чаще всего ишемический характер на фоне церебрального атеросклероза, повышения свёртываемости крови. Наличие такого заболевания как дисциркуляторная энцефалопатия требует обязательных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение как первичного, так и повторного мозгового инсульта [6, 7].

В возрасте 41-59 лет более вероятно развитие, как и впервые возникшего, так и повторного инсульта с геморрагическим компонентом, основным фактором риска развития которого является артериальная гипертензия и её неадекватная коррекция. По современным представлениям, достоверный риск развития геморрагического инсульта составляет как повышение систолического, так и повышение диастолического артериального давления [2]. Даже единичный гипертонический криз может осложниться развитием инсульта.

Проблема гипотензивной коррекции зачастую связана с неэффективным подбором доз препаратов, несвоевременным их приёмом, наличием сопутствующих заболеваний. Пути повышения эффективности гипотензивной терапии у больных и в раннем. и в позднем восстановительном периодах в связи с высоким риском повторного геморрагического инсульта и других осложнений имеют большую научно-практическую значимость.

**Цель исследования.** Сравнение клинической эффективности гипотензивной терапии у пациентов в раннем и позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта на фоне гипертонической болезни.

Для реализации поставленной цели предстояло решить **следующие задачи:**

- оценить и сравнить клиническую эффективность гипотензивной терапии у больных с геморрагическим инсультом на фоне гипертонической болезни в раннем и позднем восстановительном периодах;

- определить ожидаемую частоту повторного инсульта по шкале CHADS<sub>2</sub>;

- оценить возможный риск смерти от сердечнососудистых осложнений по шкале SCORE.

**Материалы и методы.** Исследование проведено простым слепым проспективным методом на базе неврологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница». В исследование включены были 80 пациентов с диагнозом: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, осложненная геморрагическим инсультом. Критериями включения были: мужской пол, возраст 41-59 лет, ранний и поздний восстановительный период геморрагического инсульта, подписанное информированное согласие.

Все пациенты проходили стандартное клиническое и нейровизуализационное обследование, включающее в себя проведение компьютерной томографии, реоэнцефалографии в сочетании с суточным мониторингом артериального давления, что позволило оценить среднее артериальное давление в течение суток, а также оценивались данные пациентов по шкалам CHADS<sub>2</sub> и SCORE. Исследование проводилось со дня поступления в неврологическое отделение и продолжалось в течение всей госпитализации - 20 дней.

Дизайн исследования предусматривал первичный скрининг пациентов, поступивших с ОНМК, согласно критериям включения. Формирование групп осуществлялось за счёт послойной рандомизации с целью определения гипотензивной терапии.

В настоящем исследовании оценивалась эффективность следующих вариантов гипотензивной коррекции: эналаприл (20 мг в сутки) в сочетании с бисопрололом (10 мг в сутки), а также сочетание лозартана (100 мг в сутки) с бисопрололом (10 мг в сутки). Общая продолжительность наблюдения, согласно дизайну исследования, составит 1 год.

**Результаты.** Гипотензивный эффект комбинации эналаприла (20 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню систолического артериального давления (САД) - 22,2 %, по уровню диастолического артериального давления (ДАД) - 10,0%, в позднем восстановительном периоде по уровню САД - 12,5%, по уровню ДАД - 5,6%.

Ранний восстановительный период 6 мес

Поздний восстановительный период 12 мес

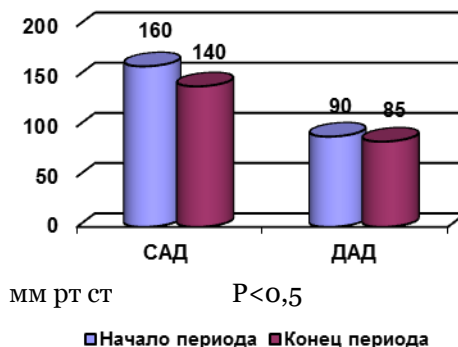
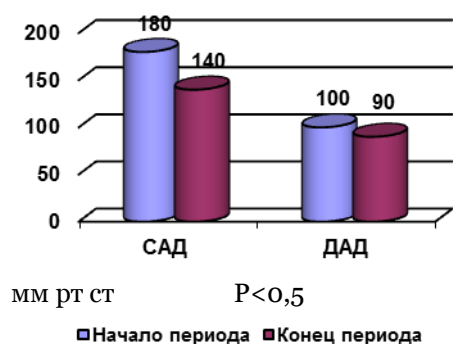


Рис. 1. Эффективность фармакотерапии эналаприл (эналаприл) 20 мг в сутки+бисопролол (конкор) 10 мг в сутки у больных с гипертонической болезнью III стадии, 3 степени, осложненной геморрагическим инсультом

Гипотензивный эффект сочетания лозартана (100 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню САД 27,8%, по уровню ДАД - 20,0%, в позднем восстановительном периоде по уровню САД - 25,0%, по уровню ДАД - 11,1%.

Ожидаемая частота развития повторного инсульта, оцененная по шкале CHADS<sub>2</sub>, у 90% больных составила 8,5%, у 10% пациентов - 12,5%

Риск возможной смерти от сердечнососудистых осложнений по шкале score у всех 100% пациентов составил 5% и более, что позволило интерпретировать риск как высокий.

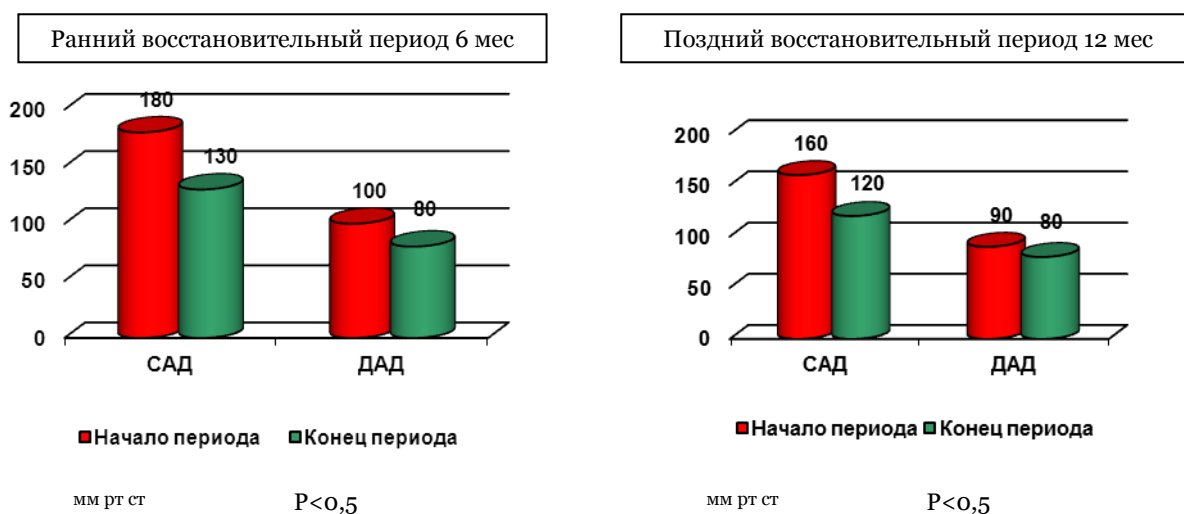


Рис. 2. Эффективность схемы лечения: лозартан 100 мг в сутки+бисопролол (конкор) 10 мг в сутки у больных с гипертонической болезнью III стадии, 3 степени, осложненной геморрагическим инсультом

**Выводы:**

1. Гипотензивный эффект комбинации лозартана (100 мг в сутки)и бисопролола (10 мг в сутки) более выражен по сравнению с сочетанием эналаприла (20 мг в сутки)и бисопролола (10 мг в сутки) у пациентов, как в раннем, так и в позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта. Комбинация лозартана (100 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) характеризовалась большей комплаентностью с минимумом побочных эффектов.

2. Ожидаемая частота развития повторного инсульта, рассчитанная по шкале CHADS2, составила у 90% больных 8,5%, у 10% больных - 12,5%.

3. Риск возможной смерти от сердечнососудистых осложнений по шкале SCORE у 100% пациентов составил 5% и более, что позволило интерпретировать риск как высокий.

**Литература**

1. Илов И.И. Особенности реактивности церебральных сосудов у пациентов с гипертонической болезнью.// И.И. Илов, Р.Н. Шварц, Т.М. Панова. Российский кардиологический журнал, № 2. – М., 2011, с. 21 – 25.
2. Ласков В.Б., Сумин С.А. Неотложная неврология (догоспитальный этап): Учебное пособие – М., 2010. – 376 с.
3. Новожилова М.А. Прогностически значимые симптомы и синдромы геморрагических инсультов//М.А. Новожилова, Т.М. Алексеева, И.М. Жуков. Клиническая неврология, № 3. – М., 2010, с. 16 – 20.
4. Неврология: Национальное руководство /под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭТАР-Медиа, 2009. – С. 615-627.
5. Сидорова, С.А. Исследование нейропротективной активности дельтарана и эффективности сопряженной многоканальной электронейростимуляции в восстановительном периоде ишемического инсульта /С.А.Сидорова, В.Б.Ласков, И.И. Бобынцев / Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье", 2011, № 11. – С. 89-95.
6. Тимофеева А.А. Влияние антигипертензивной терапии на показатель артериального давления и мозгового кровообращения у больных в подостром периоде ишемического инсульта/ Сорокоумов В.А./ Неврологический журнал, № 4. – М., 2007. - С. 40 – 43.
- 7.Тимофеева А.А. Тактика антигипертензивной терапии в подостром периоде ишемического инсульта у пациентов пожилого и старческого возраста./Сорокоумов В.А. Сосудистые заболевания нервной системы у блокадников, лиц пожилого и старческого возраста. – СПб., 2006. - С. 31 – 32.



## **EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN THE EARLY AND LATE RECOVERY PERIODS OF HEMORRHAGIC STROKE**

**Y.A. BOCHAROVA**

**G.S. MAL**

*Kursk State Medical University*

*e-mail: y\_u\_l\_i\_a\_03@mail.ru*

In article data of comparative research of clinical efficiency of hypotensive therapy at patients in early and late recovery the periods of a hemorrhagic stroke against a hypertensive illness are stated. In the specified research efficiency of the following options of hypotensive correction was estimated: enalapril (20 mg per day) in combination with bisoprolol (10 mg per day), and also a combination losartan (100 mg per day) with bisoprolol (10 mg per day).

Key words: hemorrhagic stroke, hypertensive illness, arterial pressure, hypotensive therapy, antagonists of receptors of angiotensin-2, brain MRT.