

Динамика снижения АД на этапах подбора гипотензивной терапии (n=34)

Динамика снижения АД	Количество пациентов на каждом этапе (n)		
	I этап (хинаприл 10 мг/сут)	II этап (хинаприл 20 мг/сут)	III этап (хинаприл 20 мг/сут+индапамид 1,5 мг/сут)
Достигнуто целевое АД ниже 140/90 мм рт. ст.	8	14	8
Снижение уровня ДАД на 10 мм рт. ст. и более	14	8	2
Снижение уровня ДАД менее чем на 10 мм рт. ст.	12	4	2
Всего	34	26	12

та хинаприл в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертонией и целесообразности комбинации с индапамидом у больных с высокой степенью артериальной гипертонии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов, Р.Г.* Профилактическая кардиология: от гипотез к практике / Р.Г.Оганов // Кардиология.—1999.—№ 2.—С.4—9.

2. *Жданова, О.Н.* Изолированная систолическая артериальная гипертония у пожилых людей / О.Н.Жданова // Артериальная гипертония.—2002.—Т. 8, № 5.—С.181.

3. *Карпов, Ю.А.* Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертонии / Ю.А.Карпов // Практикующий врач.—2002.—№ 4.—С.23.

4. *Остроумова, О.Д.* Возможности применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента хинаприла для лечения артериальной гипертонии / О.Д.Остроумова, А.А.Зыкова, М.В.Смирнов // Кардиология.—2001.—№ 9.—С.87.

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2(Епросартан)

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПРОСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТЕПЕНЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Н.Б.Амиров**

*Кафедра общей врачебной практики КГМУ, Казань, Россия  
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

**Реферат.** Цель исследования. Оценить гипотензивную активность эпросартана в дозе 600 мг в сут на начальном этапе подбора терапии больным с различными степенями артериальной гипертонии.

**Методы исследования.** В исследование включено 33 пациента с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ). Средний возраст пациентов — (48,9±10,3) года. Среди них было 12 женщин, средний возраст которых составил (47,6±6,5) года и 21 мужчина со средним возрастом (49,2±10,8) года. Средняя длительность заболевания составила (7,4±6,4) года. Пациенты комплексно обследованы до и после лечения. Оценка качества жизни пациентов проводилась с использованием стандартизованной анкеты, созданной на основе The Goeteborg Quality of Life Instrument (GQL). Продолжительность наблюдения составила 2 нед.

**Результаты.** Гипотензивная терапия, проведенная в течение 14 дней, позволила снизить уровень САД со (157,6±14,1) мм рт. ст. до (135,6±10,4) мм рт. ст. ( $p<0,001$ ), а уровень диастолического АД (ДАД) с (94,1±16,6) мм рт. ст. до 86,1±6,7 мм рт. ст. ( $p<0,05$ ).

Удалось добиться целевого уровня АД у 24 (72,7%) пациентов, а у 8 (24,2%) был получен хороший гипотензивный эффект со снижением уровня ДАД на 10 мм рт. ст. и более. У 1 (3%) пациента гипотензивный эффект препарата был неудовлетворительным и ему был продолжен дальнейший подбор терапии. Переносимость препарата была хорошей. На фоне терапии улучшились показатели качества жизни, о чем свидетельствует уменьшение суммы баллов, набранных при анкетировании с 22,1±6,2 до 17,7±5,82.

**Заключение.** Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности препарата эпросартан в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертонией уже на начальном этапе подбора гипотензивной терапии и о позитивном влиянии эффективно-го снижения АД на показатели качества жизни.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, эпросартан, качество жизни.

## STUDY OF EFFICIENCY EPROSARTAN AT THE PATIENTS WITH VARIOUS DEGREES OF ARTERIAL HYPERTENSION

**N. B. Amirov**

*Department of General Practice of Kazan State Medical University, Kazan, Russia  
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

**Abstract.** The purpose of research. To estimate eprosartan hypotensive activity in a doze 600 mg per day at the initial stage of therapy selection by the patient with various degrees of arterial hypertension.

**Methods of research.** In research it is included 33 patients with essential arterial hypertension (AH). Middle age of patients ( $48,9 \pm 10,3$ ) years. Among them 12 women which middle age has made ( $47,6 \pm 6,5$ ) years and 21 man with middle age ( $49,2 \pm 10,8$ ) years. Average duration of disease has made ( $7,4 \pm 6,4$ ) year. All patients were complexly surveyed before and after treatment. The estimation of patients life quality was carried out with the use of the standardized questionnaire created on basis of the Goeteborg Quality of Life Instrument (GQL). Duration of supervision has made 2 weeks.

**Results.** Hypotensive therapy which has been carried out within 14 days has allowed to lower a level the SBP from ( $157,6 \pm 14,1$ ) mm Hg down to ( $135,6 \pm 10,4$ ) mm Hg ( $p < 0,001$ ), and a diastolic BP level (DBP) from ( $94,1 \pm 16,6$ ) mm Hg down to ( $86,1 \pm 6,7$ ) mm Hg ( $p < 0,05$ ).

It was possible to achieve a target BP level at 24 patients (72,7%), and at 8 (24,2%) was received good hypotensive effect with reduction of DBP level on 10 mm Hg and more. At 1 patient (3%) hypotensive effect of a preparation was unsatisfactory, so that for him the further selection of therapy was continued. Bearableness of a preparation was good. On a therapy background parameters of life quality grew up, to what testifies the reduction of the score, typed at questionnaire from  $22,1 \pm 6,2$  down to  $17,7 \pm 5,82$ .

**The conclusion.** Results of clinical supervision allow to draw a conclusion on good bearableness and high hypotensive activity of a preparation eprosartan in monotherapy at patients with a soft and moderate hypertension already at the initial stage of hypotensive therapies selection, and about positive influence of effective BP reduction on life quality parameters.

**Key words:** arterial hypertension, eprosartan, quality of life.

По данным научных исследований, в последние 20 лет артериальная гипертония является одним из самых распространенных заболеваний в мире. В России среди мужчин ею страдает 39,2%, а среди женщин — 41,1%. Это заболевание является ведущим фактором риска возникновения инфаркта миокарда и инсульта, которые занимают более 40% в структуре причин смерти населения страны и около 86% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, Россия имеет самый высокий среди развитых стран Европы показатель по смертности от названных болезней [1]. Артериальная гипертония требует постоянного лечения индивидуально подобранными препаратами или их комбинацией. Однако, несмотря на широкий выбор имеющихся лекарственных средств, терапия гипертонии оказывается неэффективной более чем у 70% пациентов. Сегодня выбор антигипертензивных препаратов достаточно велик — от диуретиков и  $\beta$ -блокаторов до препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензиновой системы (РАС) на разных уровнях. Однако наиболее привлекательны препараты, обладающие, помимо снижения АД, дополнительными органопротективными свойствами, что в конечном итоге должно обеспечить улучшение прогноза у больных с АГ при их длительном применении [2]. Ангиотензин II вносит существенный вклад в патогенез сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертонии. Будучи ключевым гормоном РАС, он взаимодействует со специфическими клеточными рецепторами, широко представленными в организме, и дает множество эффектов, включая следующие:

- активация моноцитов;
- угнетение апоптоза;
- повышение захвата холестерина липопротеинов низкой плотности;
- стимуляция пролиферации и миграции гладкомышечных клеток;
- повышение агрегации тромбоцитов;
- ухудшение дисфункции эндотелия;
- повышение тромбообразования.

Практически все эффекты, имеющие негативные последствия для сердечно-сосудистой системы, реализуются через стимуляцию ангиотензиновых

рецепторов I типа (АТ1). Таким образом, блокада этих рецепторов является логичным подходом не только к лечению артериальной гипертонии, но и профилактике сердечно-сосудистых осложнений, являющихся следствием дисбаланса между ангиотензином II и оксидом азота [3]. Блокада гормона на трех уровнях — органном (регуляция АД), тканевом (ток кальция) и клеточном (рост сосудистых и гладкомышечных клеток) — обеспечит успешное решение краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных задач антигипертензивной терапии. Тевентен (эпросартан) является одним из представителей данной группы препаратов. Как и другие представители своего класса, эпросартан блокирует рецепторы к ангиотензину II на поверхности кровеносного сосуда. Дополнительным принципиальным свойством препарата является его способность подавлять воздействие ангиотензина II на симпатические нервные окончания, тем самым снижая выработку норадреналина. Таким образом, усиливается гипотензивный эффект эпросартана и реализуется двойной подход к терапии гипертонической болезни. Практическому врачу, в арсенале которого очень большой выбор гипотензивных препаратов, подчас бывает очень трудно сделать выбор в пользу определенного средства. Поэтому выбор многих врачей определяется собственным опытом, наблюдениями, результатами, полученными при лечении больных тем или иным препаратом.

**Целью** нашей работы было изучение эффективности эпросартана на начальном этапе подбора гипотензивной терапии больным с мягкой и умеренной артериальной гипертонией. Изучалось также влияние проводимой гипотензивной терапии на качество жизни пациентов, так как лечение артериальной гипертонии требует долгосрочного регулярного приема препаратов, и основополагающим в приверженности пациентов к лечению является улучшение их самочувствия и отсутствие побочных эффектов терапии.

**Материал и методы.** В исследование включено 33 пациента с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ). Средний возраст пациентов — ( $48,9 \pm 10,3$ ) года. Среди них было 12 женщин, средний возраст которых составил ( $47,6 \pm 6,5$ ) года и 21 мужчина со средним возрастом ( $49,2 \pm 10,8$ ) года. Средняя

длительность заболевания составила (7,4±6,4) года. Все пациенты комплексно обследованы до и после лечения. Алгоритм обследования включал: ЭКГ, ЭхоКС на аппарате «Sonos 5500» фирмы «Philips» производства США, консультация окулиста (осмотр глазного дна). Степень артериальной гипертензии определялась при динамическом контроле артериального давления и при суточном мониторинговании артериального давления (СМАД). СМАД осуществлялось на аппарате «Spaselabs medicals» производства США. По дизайну исследования на время обследования прием гипотензивных препаратов отменялся. Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1  
Стадии и степень артериальной гипертензии у обследованных больных (n=33)

Показатели	Количество больных (n)	%
АГ I степени	15	45,5
АГ II степени	15	45,5
АГ III степени	3	9,0
I стадия (без поражения органов-мишеней)	13	39,4
II стадия (ГЛЖ, ангиопатия сосудов сетчатки, атеросклероз)	20	60,6

Из исследования исключались пациенты с симптоматической артериальной гипертензией, нестабильной стенокардией и стенокардией напряжения выше II ФК, наличием в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения в ближайшие 6 мес, заболеваниями печени, почек, онкологическими заболеваниями в течение 5 лет. Оценка качества жизни пациентов проводилась с использованием стандартизованной анкеты, созданной на основе The Goeteborg Quality of Life Instrument (GQI). Результат оценивался до лечения и через 2 нед на фоне терапии по сумме баллов. В анкете отражалась степень влияния повышенных цифр АД на общее самочувствие, трудоспособность, возможность самореализации. Анкета состояла из 15 вопросов, на каждый из которых в зависимости от выраженности симптомов можно было дать ответ в баллах от 1 до 5. Наилучшему качеству жизни соответствовала сумма в 15 баллов, наихудшему — в 75 баллов. Результаты оценки качества жизни пациентов до лечения свидетельствовали о негативном влиянии повышенных цифр АД на общее самочувствие из-за головных болей, головокружения, снижения трудоспособности, ухудшения памяти и внимания. Положительным считалось уменьшение суммы баллов на фоне терапии. Продолжительность наблюдения составила 2 нед. У 15 пациентов (45,5%) была определена I степень АГ, у 15 (45,5%) — II степень, а у 3 (9,0%) — III степень АГ по классификации ВОЗ (табл. 1). Исходный средний уровень систолического артериального давления (САД) составил (157,7±14,1) мм рт. ст., средний уровень диастолического АД (ДАД) — (94,1±10,4) мм рт. ст.

Всем пациентам были даны рекомендации по режиму, диете, здоровому образу жизни. С гипотензивной целью был назначен эпросартан в начальной дозе 600 мг/сут. Оценка гипотензивного эффекта проводилась через 14 дней. Гипотензивный эффект считался высоким при достижении целевого уровня АД ниже 140/90 мм рт. ст., хорошим — при снижении уровня ДАД на 10 мм рт. ст. и больше, удовлетворительным — при снижении уровня ДАД на 5—9 мм рт.ст. от исходного уровня. При обработке результатов использовались стандартные методы статистики (Excel 97). Для оценки достоверности использовали t-критерий Стьюдента для парных измерений и показатель достоверности (p). Различия считали статистически достоверными при p<0,05.

**Результаты и их обсуждение.** Гипотензивная терапия, проведенная в течение 14 дней, позволила снизить уровень САД с (157,6±14,1) мм рт. ст. до (135,6±10,4) мм рт. ст. (p<0,001), а уровень диастолического АД (ДАД) с (94,1±16,6) мм рт. ст. до (86,1±6,7) мм рт. ст. (p<0,05) (табл. 2).

Таблица 2  
Уровень артериального давления до и после лечения (n=33)

Уровень артериального давления (мм рт. ст.)	До лечения	После лечения	p
Систолическое АД	157,6±14,1	135,6±10,4	<0,001
Диастолическое АД	94,1±16,6	86,1±6,7	<0,05

Удалось добиться целевого уровня АД у 24 (72,7%) пациентов, а у 8 (24,2%) был получен хороший гипотензивный эффект со снижением уровня ДАД на 10 мм рт. ст. и более. Для достижения целевого уровня АД этим пациентам была назначена комбинированная терапия с добавлением индапамида в дозе 2,5 мг и продолжено дальнейшее наблюдение. У 1 (3%) пациента гипотензивный эффект препарата был неудовлетворительным и ему был продолжен дальнейший подбор терапии с назначением препарата из группы β-блокаторов. Переносимость эпросартана была хорошей. Побочные эффекты на фоне лечения в течение 2 нед не наблюдались. Было отмечено улучшение показателей качества жизни, о чем свидетельствует уменьшение суммы баллов, набранных при анкетировании с 22,1±6,2 до 17,7±5,82.

**Заключение.** Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности препарата эпросартан в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертензией уже на начальном этапе подбора гипотензивной терапии и о позитивном влиянии эффективного снижения АД на показатели качества жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Новый препарат фармацевтической компании «Солвей Фарма»: [Электронный ресурс].—http://www.solvay
2. Карпов, Ю.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертензии / Ю.А.Карпов // Практикующий врач.—2002.—№4.—С.23.
3. Кабалава, Ж.Д. Эпросартан мезилат — новый блокатор рецепторов АТ II. Клинические достижения и перспективы / Ж.Д.Кабалава: [Электронный ресурс].—http://www.solvay