

УДК 616.12-008.331.1-085:616.379-008.9-056.7

Куласць Н.М.

Роль олмесартану в лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів з високим та дуже високим ризиком серцево-судинних ускладнень

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університету»,
м. Івано-Франківськ, Україна
E-mail: nadiyakul@mail.ru

Резюме. Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань. Пандемічний характер АГ останніми роками істотно зумовлений способом життя населення, наявністю супутніх факторів ризику, що погіршує перебіг АГ, підвищує ризик появи ранніх ускладнень з боку органів-мішеней, стає основною причиною інвалідизації та смертності цієї категорії пацієнтів. **Метою дослідження** було вивчення клінічної ефективності використання олмесартану в хворих на АГ на підставі аналізу впливу цього препарату на показники добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ). **Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 50 хворих на АГ II ст., 1-2-го ступеня, яких поділено на дві групи. Пацієнтам однієї з них додатково призначали олмесартан (препарат Кардосал). Вивчали динаміку параметрів ЕКГ, ехокардіографії та показників ліпідного спектра сироватки крові. Проводили ДМАТ за допомогою системи амбулаторного моніторингу АТ протягом 24 годин. **Результати.** Встановлено, що олмесартан вірогідно знижує середньодобові, середньоденні та середньонічні рівні систолічного і діастолічного АТ, навантаження тиском протягом усієї доби, варіабельність АТ та величину і швидкість ранкового підйому АТ у цих хворих. Олмесартан нормалізує патологічний профіль АТ — non-dipper. Спостерігали зменшення об'ємних та метричних показників лівого шлуночка, рівнів ліпідів сироватки крові наприкінці другого місяця лікування в обох групах. **Висновок.** Таким чином, олмесартан проявляє значну антигіпертензивну дозозалежну ефективність у вигляді монотерапії в даній категорії хворих, що належать до груп високого та дуже високого серцево-судинного ризику.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, блокатор рецепторів ангіотензину II, артеріальний тиск, ішемічна хвороба серця, добове моніторування артеріального тиску.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

На сьогоднішній день АГ є одним із найпоширеніших хронічних захворювань. За даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано більше 11 млн. осіб із підвищеним АТ [1,2]. У людей із високим АТ у 2-4 рази частіше розвивається ішемічна хвороба серця (ІХС), у 7 разів — порушення мозкового кровообігу. За результатами епідеміологічних досліджень Національного наукового центру «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска», у 35 % дорослого населення діагностують АГ. Пандемічний характер АГ останніми роками істотно зумовлений способом життя населення та наявністю супутніх факторів ризику, що погіршує перебіг АГ, підвищує ризик появи ранніх ускладнень з боку органів-мішеней, що стає основною причиною інвалідизації та смертності цієї категорії пацієнтів [3,4].

Наприкінці XX століття з'явився принципово новий клас антигіпертензивних засобів — блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА II), або сартани [5,6]. Препарати цієї групи, блокуючи специфічні рецептори (АТ1-рецептори), сприяють системній вазодилатації, інгібуванню клітинного росту, в тому числі за рахунок зменшення проліферації ендотеліальних та гладком'язових клітин судинної стінки, фіброblastів, гальмуванню гіпертрофії кардіоміоцитів.

За останні роки до клінічної практики увійшов новий представник БРА II — олмесартан. Олмесартан, на відміну від усіх інших БРА II, зв'язується з двома типами рецепторів 1-го типу для АП, що зумовлює його найбільш тривалу інгібуючу дію, має виражені органопротекторні ефекти при АГ — ренопротекторний і кардіопротекторний, проявляє дозозалежну дію, і його антигіпертензивна ефективність вірогідно вища за таку в деяких інших сартанів [1-8]. Важливими особливостями олмесартану є його суттєвий анти-

атерогенний ефект і найбільш виражена серед інших сартанів протизапальна дія [5-7]. З урахуванням наведених даних олмесартан викликає дуже великий науковий і практичний інтерес у плані його застосування для лікування хворих на АГ із різними клінічними особливостями й варіантами перебігу та можливості більш ефективної профілактики серцево-судинних і ниркових ускладнень.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності використання олмесартану в хворих на АГ на підставі аналізу впливу цього препарату на показники ДМАТ.

Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 50 хворих на АГ II стадії 1-2-го ступеня (м'яка та помірної форми). Серед обстежених пацієнтів домінували особи жіночої статі — 30 хворих (60%). Середній вік склав $49,5 \pm 3,83$ років. Хворі належали до груп високого та дуже високого ризику. Пацієнти були рандомізовані на дві групи: хворим першої групи (n=25) призначали базове лікування АГ (діуретик, інгібітор АПФ, бета-адреноблокатор, ацетилсаліцилову кислоту, статин); хворим другої групи (n=25) замість інгібітора АПФ, бета-адреноблокатора призначали препарат олмесартан (Кардосал, лабораторія Berlin-Helm, Німеччина) у вигляді монотерапії, одноразово на добу, вранці, у дозі 20 мг протягом 4 тижнів. При неефективності початкової дози її збільшували до 40 мг/добу з тривалістю прийому ще 4 тижні. Обстеження проводили на момент рандомізації, через 4 та 8 тижнів після початку терапії. Терапію вважали ефективною при зниженні САТ менше 140 мм рт.ст., ДАТ — нижче 90 мм рт.ст. Тривалість лікування становила 8 тижнів. У 30 хворих (60%) захворювання перебігало з ознаками серцевої недостатності I стадії за класифікацією М.Д. Стражеска, В.Х. Василенка, а у 20 хворих (40%) - з ознаками СН ІІА. Обстежені хворі були стратифіковані за ступенем ризику серцево-судинних ускладнень відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів 2008 року [3,4]. За ступенем вказаного ризику ускладнень хворі розподілялись наступним чином: високий ризик виявлявся у 38 хворих (76 %), дуже високий ризик — у 12 хворих (24 %). Хворих із низьким та помірним ризиком серед обстежених осіб не виявлено. Серед обстежених хворих АГ I-го ступеня діагностована у 20 хворих (40 %), 2-го ступеня — у 30 (60 %). Середня тривалість захворювання в групі хворих становила $10,5 \pm 1,2$ роки. У 22 хворих (44 %) виявлена обтяжена спадковість за АГ. У досліджуваних групах хворих на АГ у 35 пацієнтів (70%) виявлена ІХС. Серед них у 27 (54%) хворих була діагностована стабільна стенокардія I—II функціональних класів.

Проводили електрокардіографічне обстеження (ЕКГ) в дванадцяти стандартних відведеннях, із записом не менше 4 серцевих комплексів PQRST, із обчисленням ЧСС, величини гіпертрофії лівого шлуночка, депресії сегменту ST, інверсії зубця T. Проводили ДМАТ за допомогою системи амбулаторного моніторингу АТ (АВРМ-4) фірми Meditech (Угорщина). Вивчали середньодобові, середньоденні, середньонічні САТ та ДАТ, варіабельність САТ і ДАТ за стандартом відхилення від середньої за добу, ступінь зниження нічного САТ і ДАТ за добовим індексом (ДІ САТ, ДІ ДАТ). Інтерпретацію даних проводили з урахуванням існуючих рекомендацій. Серцеву гемодинаміку та морфофункціональні параметри лівого шлуночка вивчали методом ехокардіографії на апараті "SONOACE-4800" ("Medison", Корея) у режимі М-сканування за загальноприйнятою методикою. Вивчалися такі показники: кінцево-сistolічний розмір (КСР), кінцево-діастолічний розмір (КДР), кінцево-сistolічний об'єм (КСО), кінцево-діастолічний об'єм (КДО) лівого шлуночка, фракцію викиду лівого шлуночка. Визначали показники ліпідного спектра сироватки крові: рівні загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької, дуже низької густини (ХС ЛПНН, ХС ЛПДНН) та холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС

Таблиця 1. Динаміка показників АТ у процесі проведеного лікування

Показник	Групи обстеження	
	Перша група, n=25	Друга група, n=25
САТ, мм.рт.ст.		
Перед л-нням	170,5±5,0	175,3±5,2
Через 4 тижні	160,0±4,3	150,5±4,0*
Через 8 тижнів	150,3±4,2	130,0±2,3**
ДАТ, мм.рт.ст.		
Перед л-нням	110,2±3,0	110,5±4,3
Через 4 тижні	100,3±2,2	85,0±3,2*
Через 8 тижнів	90,5±2,0	70,3±2,0**

Примітки: * $p < 0,05$ різниця показників вірогідна порівняно з показниками до лікування; ** $p < 0,01$ різниця показників вірогідна порівняно з показниками через 4 тижні

ЛПВГ). Статистичний аналіз здійснювали із використанням стандартного пакету програм Statistica 6.1. Вірогідність розходження середніх величин визначали за допомогою парного t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті дослідження встановлена висока антигіпертензивна ефективність монотерапії олімесартаном у добових дозах 20–40 мг у хворих на АГ, порівняно із групою хворих, які отримували базове лікування. Так, виявлене вірогідне зниження середніх по групі рівнів САТ і ДАТ в обстежених хворих після завершення курсу терапії олімесартаном (табл.1). Результати дослідження свідчили про те, що середнє зниження рівня САТ у хворих, які отримували олімесартан було $23,5 \pm 2,5\%$, рівня ДАТ – $14,8 \pm 2,3\%$, а у хворих, які отримували базове лікування, – САТ $15,8 \pm 2,0\%$, ДАТ $11,4 \pm 2,2\%$.

Встановлено, що монотерапія олімесартаном дозволила досягнути цільових рівнів офісного АТ в більшості обстежених хворих при добовій дозі як 40 мг, так і 20 мг. Зокрема, частота досягнення цільових рівнів офісного АТ у хворих при добовій дозі олімесартану 20 мг становила $75,5\%$, при збільшенні добової дози до 40 мг – $87,0\%$. При цьому не було встановлено вірогідної різниці в ефективності олімесартану залежно від статі, віку хворих, наявності спадкової схильності до АГ та ступеня серцево-судинного ризику ускладнень. Однак, слід відзначити певну особливість у вираженості антигіпертензивної дії препарату у хворих із тривалістю АГ понад 10 років (таких у дослідженні було 15 осіб). У таких хворих цільові рівні офісного АТ досягались тільки при добовій дозі олімесартану 40 мг.

При аналізі даних ДМАТ в динаміці 8-тижневого лікування у хворих на АГ після завершення курсу монотерапії олімесартаном у добових дозах 20–40 мг виявлено вірогідне зниження середньодобових, середньоденних та середньонічних рівнів САТ та ДАТ у цілому по групі, порівняно з групою, що отримувала базове лікування (табл. 2). Цільові рівні середньодобових рівнів САТ і ДАТ під впливом монотерапії олімесартаном у добовій дозі 40 мг досягались у $90,0\%$ хворих при 8-тижневій терапії.

Встановлено, що за абсолютними значеннями зниження рівнів САТ було вірогідно вищим за ДАТ як у цілому за добу (САТ – $25,5 \pm 3,5$ мм. рт. ст., ДАТ – $12,5 \pm 2,5$ мм. рт. ст., $p < 0,05$), так і за денні години (САТ – $29,5 \pm 3,2$ мм. рт. ст., ДАТ – $15,3 \pm 2,4$ мм. рт. ст., $p < 0,05$), і за нічні (САТ – $13,0 \pm 2,3$ мм. рт. ст., ДАТ – $10,4 \pm 2,2$ мм. рт. ст., $p < 0,05$) уже через 4 тижні лікування, порівняно з вихідними даними. Крім того, наведені дані свідчать про те, що абсолютні середні значення зниження АТ (САТ, ДАТ) у денні години були вірогідно вищі за такі вночі уже через 4 тижні лікування.

Окремо слід відзначити зміни в ДМАТ у хворих на АГ, які до початку лікування належали до групи циркадного ритму non-dipper (недостатнє зниження АТ в нічні часи).

Терапія олімесартаном у таких хворих сприяла нормалізації порушень добового профілю в $93,0\%$ випадків і вірогідного підвищення добового індексу САТ і ДАТ, що свідчить про суттєве й вірогідне зниження нічних рівнів САТ і ДАТ під впливом терапії олімесартану. Дані про динаміку показників ДМАТ у хворих на АГ під впливом 8-тижневої монотерапії олімесартаном наведені в таблиці 2.

У результаті дослідження встановлено, що лікування олімесартаном сприяло статистично значимому зменшенню показників навантаження тиском у хворих другої групи.

Зниження показників навантаження тиском у хворих на АГ, у динаміці монотерапії олімесартаном вказує не тільки на те, що цей препарат призводить до вірогідного зниження середніх значень САТ і ДАТ у цілому по групі хворих, але й нормалізує в першу чергу АТ у періоди його найбільшого підвищення. При цьому такий вплив олімесартану простежується і в денні, і в нічні години.

Важливим показником ДМАТ, збільшення якого пов'язане з підвищенням ризику серцево-судинних ускладнень, є збільшення ступеня вираженості ранкового підйому АТ. У проведеному дослідженні під впливом олімесартану ступінь ранкового підйому САТ зменшився з $37,5 \pm 4,9$ мм. рт. ст. до $17,4 \pm 3,3$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$), ДАТ – з $33,8 \pm 2,8$ мм. рт. ст. до $18,3 \pm 3,0$ мм. рт. ст. ($p < 0,01$). При цьому відмічене і паралельне зниження швидкості ранкового підйому САТ з $15,8 \pm 1,2$ мм. рт. ст. на годину до $8,5 \pm 1,1$ мм. рт. ст. на годину ($p < 0,001$) і ДАТ – з $12,2 \pm 1,0$ мм. рт. ст. на годину до $6,3 \pm 0,9$ мм. рт. ст. на годину ($p < 0,05$). У цілому

Таблиця 2. Динаміка показників ДМАТ у хворих на артеріальну гіпертензію в процесі лікування

Показник	Групи обстеження	
	Перша група, n=25	Друга група, n=25
САТ (24), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	175,4 ± 6,0	180,5 ± 5,5
Через 4 тижні	160,2 ± 4,0	160,5 ± 3,3*
Через 8 тижнів	145,0 ± 2,0*	140,0 ± 2,5**
ДАТ (24), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	99,5 ± 4,0	105,5 ± 3,0
Через 4 тижні	90,0 ± 4,0	80,0 ± 2,0*
Через 8 тижнів	75,5 ± 3,0*	60,0 ± 2,0**
САТ (Д), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	170,3 ± 3,4	180,5 ± 3,3
Через 4 тижні	160,2 ± 3,3	155,3 ± 2,3*
Через 8 тижнів	145,0 ± 3,3*	130,2 ± 2,0**
ДАТ (Д), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	100,0 ± 3,6	105,5 ± 3,6
Через 4 тижні	95,2 ± 3,5	75,0 ± 2,0*
Через 8 тижнів	75,0 ± 2,0*	60,2 ± 1,0**
САТ (Н), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	155,8 ± 4,2	160,2 ± 3,2
Через 4 тижні	140,5 ± 3,2	135,2 ± 3,0*
Через 8 тижнів	120,0 ± 2,2*	115,0 ± 1,0**
ДАТ (Н), мм.рт.ст.		
Перед л-нням	95,0 ± 3,9	90,3 ± 3,2
Через 4 тижні	85,0 ± 2,2	70,2 ± 1,0*
Через 8 тижнів	65,0 ± 1,0*	55,5 ± 1,0**
ДІ САТ, %		
Перед л-нням	9,2 ± 2,8	10,2 ± 2,3
Через 4 тижні	8,1 ± 1,7	7,5 ± 1,3*
Через 8 тижнів	6,3 ± 1,0*	5,0 ± 1,0**
ДІ ДАТ, %		
Перед л-нням	8,5 ± 1,8	8,0 ± 1,7
Через 4 тижні	7,0 ± 1,6	6,5 ± 1,0*
Через 8 тижнів	5,5 ± 1,6*	5,0 ± 1,0**

Примітка: * $p < 0,05$ різниця показників вірогідна порівняно з показниками до лікування; ** $p < 0,01$ різниця показників вірогідна порівняно з показниками через 4 тижні

по групі зниження величини ранкового підвищення САТ і ДАТ до нормальних показників виявлено у 75,0 % хворих.

Аналізуючи показники варіабельності САТ і ДАТ за добу, встановлено вірогідне зниження варіабельності і САТ, і ДАТ під впливом тривалої терапії олімесартаном. Так, в обстежених хворих на АГ у другій групі в динаміці лікування олімесартаном показник варіабельності САТ вірогідно знизився з $19,2 \pm 2,0$ мм. рт. ст. до $12,2 \pm 1,0$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$), а показник варіабельності ДАТ — з $17,2 \pm 3,6$ мм. рт. ст. до $10,5 \pm 2,5$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$), а у першій групі показник варіабельності САТ з $15,1 \pm 2,0$ мм. рт. ст. до $11,2 \pm 1,0$ мм. рт. ст., а показник варіабельності ДАТ — з $16,0 \pm 2,6$ мм. рт. ст. до $8,5 \pm 2,0$ мм. рт. ст.

Аналізуючи показники ЕКГ, встановлено, зменшення ішемічних змін з боку серцевого м'язу, гіпертрофії лівого шлуночка в обох групах. Так, практично більш, ніж у 2/3 осіб кожної дослідної групи спостерігали зменшення випадків депресії сегменту ST, інверсії зубця T, гіпертрофії лівого шлуночка. Наприклад, у групі хворих, які приймали олімесартан депресію сегменту ST було зафіксовано у 60% осіб на початку лікування, у 50% хворих через 4 тижні терапії і лише в 25,0% — через 8 тижнів лікування ($p < 0,05$). У групі хворих, які отримували базове лікування, вказана ознака мала місце відповідно у 50,0%, 35,0% і 20,0% хворих ($p < 0,05$).

При вивченні параметрів гемодинаміки зауважено, що у виділених групах хворих спостерігався поступовий перебіг процесів гіпертрофії ЛШ, а використання олімесартану забезпечувало стримання надмірної дилатації порожнини серця, покращення скоротливої функції, зростання фракції викиду тощо. Слід відзначити наявність вказаних позитивних ефектів у першу чергу в пацієнтів, які отримували олімесартан. Позитивна динаміка показників гемодинаміки може бути зумовлена гіпотензивним ефектом вказаного препарату, зменшенням симпатичних впливів, корекцією АТ. Застосування олімесартану супроводжувалось зменшенням розмірів об'ємних характеристик ЛШ, його КДО та КСО. Так, зокрема, величина КДО, складаючи на початку терапії олімесартаном ($173,75 \pm 7,33$) мл, через 8 тижнів склала — ($145,89 \pm 7,74$) мл ($p < 0,05$).

Оцінюючи показники ліпідного спектру крові, констатовано, що в процесі лікування у двох групах хворих спостерігалася поступове зниження рівня у крові загального холестерину та тригліцеридів як через 4 тижні лікування, так і через 8 тижнів терапії ($p < 0,05$). Більше того, описана динаміка не залежала від застосованого гіпотензивного лікування і була вірогідною як при застосуванні базового лікування, так і у хворих, що отримували олімесартан. За таких умов мало місце поступове зниження концентрації в крові ХС ЛПНГ, ХС ЛПДНГ і зростання рівня ХС ЛПВГ.

Слід відзначити, що під час 8-тижневої монотерапії олімесартаном не виявлено будь-яких побічних ефектів чи непереносимості даного препарату.

Таким чином, олімесартан проявляє суттєву антигіпертензивну ефективність у лікуванні хворих на АГ у вигляді монотерапії. Спостерігається дозозалежний ефект олімесартану в межах добових доз від 20 до 40 мг.

У результаті проведеного дослідження можна зробити висновок про виражений позитивний та нормалізуючий вплив олімесартану на показники ДМАТ. За отриманими даними, олімесартан вірогідно знижує середньодобові, середньоденні та середньонічні рівні і САТ, і ДАТ, зменшує навантаження тиском протягом усієї доби, варіабельність АТ та зменшує величину ранкового підйому АТ. У цілому олімесартан здатний нормалізувати патологічні добові профілі АТ, зокрема один із найбільш небезпечних — профіль non-dipper.

Встановлені дані про значне й вірогідне зниження середніх добових, денних і нічних показників САТ і ДАТ, показників навантаження тиском у денні та нічні години під-

тверджують результати досліджень, які свідчать про тривалу 24-годинну дію цього препарату [4-7]. Той факт, що олімесартан вірогідно більш виражено знижував середньоденні показники АТ і навантаження тиском у денні години порівняно з нічними, може бути обумовлений досягненням його максимальної антигіпертензивної дії через 6—8 годин після прийому [6-8].

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про великі перспективи олімесартану в довготривалому лікуванні хворих на АГ із різними факторами серцево-судинного ризику ускладнень без погіршення в цілому якості життя.

Висновки

1. У хворих на АГ 1-2-го ступеня олімесартан проявляє виражену дозозалежну антигіпертензивну активність. Цільові рівні офісного АТ у групі хворих на АГ 1-2-го ступеня досягаються в 75,5 % при добовій дозі олімесартану 20 мг та в 87,0 % при добовій дозі 40 мг.

2. Олімесартан у хворих на АГ 1-2-го ступеня за даними ДМАТ вірогідно знижує середньодобові, середньоденні та середньонічні рівні САТ і ДАТ, показники навантаження тиском як для САТ, так і для ДАТ, нормалізує патологічний добовий профіль АТ — non-dipper. Цільові рівні середньодобових рівнів САТ і ДАТ під впливом монотерапії олімесартаном у добовій дозі 40 мг досягались у 90,0 % хворих при 8-тижневій терапії.

3. Застосування монотерапії олімесартаном у хворих на АГ 1-2-го ступеня у цілому по групі дозволило вірогідно знизити показники варіабельності САТ і ДАТ, а також зменшити величину та швидкість ранкового підвищення АТ у групі хворих із його надмірним підйомом.

4. Монотерапія олімесартаном у хворих на АГ 1-2-го ступеня не призводила до негативних змін у показниках ліпідного спектру крові, супроводжувалась зменшенням розмірів об'ємних характеристик ЛШ, його КДО та КСО.

Перспективи подальших досліджень: роль олімесартану в лікуванні АГ у пацієнтів з хронічною хворобою нирок.

Література

- Березин А.Е. Клиническая эффективность и безопасность применения олімесартана — нового антагониста рецепторов к ангиотензину II — у пациентов с артериальной гипертензией / А.Е. Березин // Український медичний часопис. — 2009. — №3(71). — С. 1-6.
- Митченко Е.И. Метаболический синдром, диабет и сердечно-сосудистые заболевания / Е.И. Митченко // Руководство по кардиологии — К: МОРИОН, 2008. — С. 228-243.
- Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — Київ — 2008. — 86с.
- Сиренко Ю.Н. Роль олімесартана в ліченні артеріальної гіпертензії / Ю.Н. Сиренко, О.Л. Рековец // Артеріальна гіпертензія. — 2009. — №2(4). — С.48-58.
- Brunner H.R. Antihypertensive efficacy of olmesartan medoxomil and candesartan cilexetil assessed by 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in patients with essential hypertension / H.R. Brunner, K.O. Stumpe, A. Junuszewicz // Clin. Drug. Invest. — 2003. — Vol. 23. — P.419-430.
- Oparil S. Role of angiotensin II receptor blocker as monotherapy in reaching blood pressure goals / S. Oparil, T. Sylfani // Am. J. Hypertension. — 2005. — Vol.18. — P.287- 294.
- Puchler K. Blood pressure response, but not adverse event incidence, correlates with dose of angiotensin II antagonist / K. Puchler, P. Laies, K.Stumpe // J. Hypertens. Suppl. — 2001. — Vol.19. — P.41-48.
- Scholze J. Olmesartan medoxomil for the treatment of hypertension under daily-practice condition — results of patients with severe hypertension / J.Scholze, S. Ewald // J. Clin. Hypertens — 2005. — Vol.6. — P. 614-620.
- Smith D.H. Comparison of angiotensin II receptor blocker in the treatment of essential hypertension / D.H. Smith // Drugs. — 2008.

Кулаєць Н.М.

Роль ольмесартана в лечении артериальной гипертензии у пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно - сосудистых осложнений.

Кафедра внутренней медицины №2 и медсестринства
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

г. Ивано- Франковск, Украина

E-mail : nadiyakul@mail.ru

Резюме. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных хронических заболеваний. Пандемический характер АГ последние годы существенно обусловлен образом жизни населения, наличием сопутствующих факторов риска, ухудшает течения АГ, повышает риск появления ранних осложнений со стороны органов - мишеней, становится основной причиной инвалидизации и смертности этой категории пациентов. **Целью исследования** было изучение клинической эффективности использования ольмесартана у больных АГ, на основании анализа влияния этого препарата на показатели добового мониторинга артериального давления (ДМАТ). **Материалы и методы исследования.** Было обследовано 50 больных на АГ II ст., 1-2-й степени, которых было разделено на две группы. Пациентам одной из них дополнительно назначали ольмесартан (препарат Кардосал). Изучали динамику параметров ЭКГ, эхокардиографии и показателей липидного спектра сыворотки крови. Проводили суточный мониторинг артериального давления (СМАД) с помощью системы амбулаторного мониторинга АГ в течение 24 часов. **Результаты.** Установлено, что ольмесартан достоверно снижает среднесуточные, среднедневные и средненочные уровни систолического и диастолического АГ, нагрузки давлением в течении суток, вариабельность АГ, величину и скорость утреннего подъема АГ у этих больных. Ольмесартан нормализует патологический профиль АГ- non-dipper. Наблюдали уменьшение объемных и метрических показателей левого желудочка, уровней липидов сыворотки крови в конце второго месяца лечения в обеих группах. **Вывод.** Таким образом, ольмесартан проявляет значительную антигипертензивную дозозависимую эффективность в виде монотерапии у данной категории больных, относящихся к группам высокого и очень высокого сердечн -сосудистого риска.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, блокатор

рецепторов ангиотензина II, артериальное давление, ишемическая болезнь сердца, суточное мониторирование артериального давления.

N.M. Kulaiets

The Role of Olmesartan in the Treatment of Hypertension in Patients with High and Very High Risk of Cardiovascular Complications

Department of Internal Medicine No.2 and Nursing
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: nadiyakul@mail.ru

Abstract. Arterial hypertension (AH) is one of the most common chronic diseases. For the recent years pandemic nature of hypertension is significantly caused by the way of life, the presence of associated risk factors, that affects the course of hypertension, increases the risk of early complications in the target organs, and is a major cause of morbidity and mortality in this category of patients. **The objective of the study** was to investigate the clinical efficacy of the use of Olmesartan in hypertensive patients, based on the analysis of the influence of this drug on on the index of daily monitoring of blood pressure (DMHT). **Materials and methods.** There were examined 50 patients with hypertension of II., 1st-2nd degree, who were divided into two groups. Olmesartan was additionally administered to patients from one of those groups (drug Kardosal). We studied the dynamic parameters of ECG, echocardiography and lipid spectrum of blood serum. Daily monitoring of blood pressure (DMHT) with the help of ambulant monitoring BP for 24 hours was conducted. **Results.** It was established that Olmesartan significantly reduced the average daily, the average diurnal and the average night systolic and diastolic BP, load by pressure throughout the day, and the variability of BP magnitude and the rate of morning rise of BP in those patients. Olmesartan normalized pathological profile of BP-non-dipper. There was a decrease in volume and metrics of the left ventricle, serum lipid levels at the end of the second month of treatment in both groups. **Conclusion.** Thus, Olmesartan showed a significant dose-dependent antihypertensive efficacy as monotherapy in the patients belonging to groups of high and very high cardiovascular risk.

Keywords: arterial hypertension, angiotensin receptor blockers II, blood pressure, coronary heart disease, ambulatory blood pressure monitoring.

Надійшла 12.05.2014 року

УДК 616.31+616.314.18-002.4

Купчак О.І.

Мікрофлора порожнини рота в осіб з тривало нелікованим хронічним апікальним періодонтитом

Івано-Франківський національний медичний університет
olga.kupchak@gmail.com

Резюме. Мета дослідження полягала у вивченні впливу мікрофлори кореневих каналів на мікробіоценоз порожнини рота в осіб з тривало нелікованим хронічним апікальним періодонтитом.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні взяли участь 27 осіб у віці 18-20 років.

Для адекватної оцінки впливу мікрофлори кореневих каналів на мікробіоценоз порожнини рота були сформовані 3 групи: перша - особи з інтактними зубами (9 чол.); друга - особи із санованими зубами, в тому числі і після лікування хронічного періодонтиту (8 чол.); третя - особи з хронічним періодонтитом і відкритими кореневими каналами (10 чол.). В осіб третьої групи хронічний періодонтит раніше не лікували, і кореневі канали були відкриті протягом від 3-х місяців до 1 року.

Для дослідження збирали ротову рідину (натще до чистки зубів) в кількості 1 мл, поміщали в стерильну пробірку і доправляли в бактеріологічну лабораторію протягом години.

Мікробіологічне дослідження проводили шляхом бактеріологічного посіву ротової рідини (0,1 мл) на селективні середовища. Ідентифікацію виділених штамів мікроорганізмів здійснювали на основі морфологічних, культуральних і біохімічних ознак відповідно з визначником бактерій Д. Бергі.

Результати дослідження мікробного пейзажу ротової рідини показали, що не лікований хронічний апікальний періодонтит є вогнищем інфікування ротової порожнини і сприяє зміщенню мікробіоценозу у бік дисбактеріозу, про що свідчить збільшення змісту в ротовій рідині таких мікроорганізмів, як *Actinomyces*, *Peptostreptococcus micros*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Fusobacterium nucleatum* і *Porphyromonas endodontalis*, а також зменшення сапрофітної мікрофлори-*Lactobacillus*, *Enterococcus bacillus* і *Bacillus brevis*.

Ключові слова: хронічний апікальний періодонтит, мікрофлора порожнини рота.