

Комбіноване лікування артеріальної гіпертензії

М.Г. ІЛЛЯШ, О.Є. БАЗИКА, Н.В. ТХОР, О.С. СТАРШОВА, Л.І. ЗЕЛЕНЕНЬКА, Н.В. ДОВГАНІЧ

/ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, Київ/

Однією з оптимальних комбінацій, запропонованих для лікування гіпертонічної хвороби (ГХ), є комбінація антагоністу рецепторів ангіотензину (АРА) II валсартану у дозі 160 мг і дигідропіридинового антагоніста кальцію (АК) амлодипіну у дозі 10 мг 1 раз на добу, що знижує систолічний (САТ) та діастолічний (ДАТ) артеріальний тиск, зменшує гіпертрофію міокарда лівого шлуночка, позитивно впливає на стан судинної стінки, покращує коронарний кровотік. Комбінація цих компонентів має адитивний антигіпертензивний ефект, знижуючи АТ більшою мірою, ніж кожен із них окремо. Дане дослідження проведено з метою підтвердження ефективності застосування даної комбінації.

Методи дослідження. Авторами було обстежено 23 пацієнти з ГХ II ст., яким протягом 6 тижнів проводили офісне вимірювання САТ і ДАТ, добовий моніторинг АТ (ДМАТ), доплерЕхо-КГ. Середньодобовий рівень САТ був $149,3 \pm 10,2$ мм рт.ст.; ДАТ – $89,6 \pm 7,3$ мм рт.ст., за даними ДМАТ на фоні СН I-II ФК за NYHA. Контрольне обстеження виконували через 6 тижнів спостереження, оцінювали лікування та моніторинг переносимості препарату за стандартними критеріями. Призначення комбінації протягом

перших 7 днів забезпечило достатнє зниження САТ та ДАТ у всіх 16 пацієнтів, що отримували дозу 10/160 мг. У 3 хворих із 7, що отримували дозу 5/80 мг і наприкінці першого тижня не досягли цільового рівня АТ (САТ <140 мм рт.ст., ДАТ <90 мм рт.ст.), дозу збільшили до 10/160 мг.

Отримані результати. За даними офісного вимірювання АТ та ДМАТ протягом наступних 5 тижнів дослідження у всіх хворих відзначали стійку стабілізацію АТ на рівні, підтримання якого протягом тривалого часу є доцільним для мінімізації ризику розвитку судинних катастроф, а отже – для збереження працездатності та підвищення якості життя хворих (середньодобовий рівень САТ – $119,9 \pm 10,4$ мм рт.ст.; ДАТ – $79,3 \pm 8,1$ мм рт.ст.).

Висновки. Відповідно до отриманих даних можна стверджувати, що комбінація валсартану та амлодипіну за ефективністю та безпечністю відповідає вимогам до антигіпертензивних препаратів, завдяки чому досягається стабільний антигіпертензивний ефект, що надає можливість підібрати оптимальну індивідуальну дозу препаратів для тривалого застосування.

Показники добового монітування артеріального тиску у хворих з гіпертонічною хворобою

М.Г. ІЛЛЯШ, Л.І. ЗЕЛЕНЕНЬКА, О.Є. БАЗИКА, Н.В. ДОВГАНІЧ

/ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, Київ/

Мета дослідження – визначити особливості добового монітування артеріального тиску (ДМАТ) у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії та гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ) з мітральною регургітацією (МР) I та II ступеня.

Методи дослідження. Хворим з ГХ II стадії та ГЛШ проводилося ДМАТ на 7–10-ту добу на фоні антигіпертензивного лікування. Пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від ступеня МР за даними доплер-ЕхоКГ. До першої групи увійшли пацієнти з ГХ II ст. та МР I ст., до другої – хворі з ГХ II ст. та МР II ст.

Таблиця. Показники ДМАТ у групах хворих

Групи хворих	САТ доб., мм рт.ст.	ДАТ доб., мм рт.ст.	ДІ, %	Dipper, %	Non-dipper, %	Night-peaker, %
Група з МР I ст. (n=30)	$129,68 \pm 2,95$	$80,4 \pm 2,34$	$9,2 \pm 1,4^*$	29,6	69,2*	3,9*
Група з МР II ст. (n=12)	$129,57 \pm 3,77$	$76,14 \pm 3,31$	$3,7 \pm 4,45$	22,2	33,33	44,4

Примітка: * – $p < 0,05$.

Отримані результати. Систолічний офісний АТ (САТоф.) в 1-й групі був достовірно ($p < 0,05$) меншим – $153,8 \pm 3,29$ мм рт.ст. порівняно з показниками САТоф. в 2-й групі – $171,5 \pm 9,35$ мм рт.ст. Значення діастолічного офісного АТ були: $94,92 \pm 1,99$ мм рт.ст. проти $99,25 \pm 2,45$ мм рт.ст. у 1-й та 2-й групах відповідно ($p > 0,05$).

Аналіз показників ДМАТ: середньодобового САТ та ДАТ (САТ сер. доб. та ДАТ сер. доб.), (таблиця) не показав достовірних відмінностей. Значення добового індексу (ДІ) АТ у 1-й групі були достовірно ($p < 0,01$) вищими порівняно з 2-ю групою. Кількість осіб із добовим профілем АТ – «dipper» становила однакову частку в обох групах, проте в 1-й групі пацієнтів основна кількість осіб були з ДІ – «non-dipper», у 2-й групі – вдвітьє більша кількість хворих мала найбільш прогностично несприятливий тип добового профілю АТ – «night-peaker».

Висновки. Отримані дані вказують, що у хворих на ГХ II ст. ступінь МР зумовлює добовий профіль АТ, що, в свою чергу, впливає на прогноз життя у пацієнтів з тривалим перебігом ГХ.