

ных расстройств следует отдавать предпочтения препаратам с многонаправленным действием. Несомненно, таким препаратом является танакан, зарегистрированный в 12 странах мира, в том числе в Германии, Австрии, Бельгии, влияющий как на перфузию головного мозга, так и на стабилизацию и оптимизацию его метаболизма. В дозе менее 200 мг\сутки, уже на 12 неделе приема, достоверно улучшает когнитивные функции, повседневную активность, настроение и эмоциональный фон. [9]

Танакан (EGb 761) активизирует ремоделирование синапсов и повышает их плотность, осуществляет защиту синапсов от патогенного воздействия окислительного стресса, в том числе и на митохондриальном уровне. Танакан стимулирует нейрогенез, оказывает нейропротекторное и нейротрофическое действие (моделирует пролиферацию и дифференциацию нейронов) [8].

По данным проспективного когортного исследования RAQUID 3 534 амбулаторных пациентов с когнитивными расстройствами без деменции, проведенного во Франции в период с 1988 по 2001 годы, длительный прием танакана достоверно увеличил продолжительность жизни пациентов [10]. По данным проспективного многоцентрового рандомизированного исследования EPIDOS (Франция, Тулуза) в течение 4 лет с последующим 3х летним наблюдением 1 462 амбулаторных пациентки, прием танакана достоверно снижает риск возникновения БА [7].

Литература

1. Голубева Л.В., Левин О.С., Ахметов В.В. // Российская конференция с международным участием «Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения». Сборник тезисов. М.: 2005. - С. 39-40.
2. Горбунов А.В. // Российская конференция с международным участием «Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения». Сборник тезисов. М.: 2005. - С. 42-43

3. Медведев А.В. // Рус. Мед. Журн. — 1998.- Т.1, №4. — С. 20-23
4. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии.: СПб.: ВМедА, 2006. — 158 с.
5. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В.. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 256 с., илл.
6. Яхно Н.Н.// Неврологический журнал. — 2006. — Т.11 — Приложение №1. — С. 4-12.
7. Andrieu et al., J Gerontol. 2003; 58(4): 372-7
8. Bertoni C., Didier., Sastre J. et. al. Cellular and molecular biology 2002, Volume 48, Number 6
9. Birks J, Grimley Evans. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002, Issue 4
10. Desmond D.W.// J. of the Neurol. Sciences. — 2004.- №.226.-P.3-7.
11. Dartigues et. al. J. Am Ger Soc. 2007; 55(3): 395-399
12. Erkinjuntti T. // J.Neural Transm. Suppl. — 2002. - №.63.- P.91 — 109.
13. Erkinjuntti T., Roman G., Gauthier S. // J. of the Neurol. Sci. — 2004. — N.226. —P.63-66.
14. Esiri M.M.// Annals of the New York Academy of Sciences. — 2000. - №.903. —P.239-243.
15. Galluzzi S, Sheu C-F, Zanetti O et al. // Dement Geriatr Cogn Disord 2005; 19: 196—203.
16. Golomb J., Kluger A., Garrard P., Ferri S. //London: Science Press, 2001
17. Lin J.-H., Lin R.-T., et al. // Neurology. -2003, N. 61. — P. 343-348.
18. Mintun M.A., Landstrom B.N., Snyder A.Z. et al. // Nutl. Acad. Sci. USA. — 2001. — Vol.98. P. 6859-6864
19. Roman G.C. // J. of the Neurol. Sci. — 2004. — N.226. —P.49-52.

Место пролонгированных форм нифедипина в комбинированной терапии тяжелой артериальной гипертензии

О.В. Гайсёнок

ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

В комбинированной терапии резистентных форм артериальной гипертензии большую роль играет вклад антагонистов кальция нифедипинового ряда, использование которых позволяет добиться целевых цифр АД в большинстве случаев. В статье приводятся собственные данные и данные проведенных за прошедшие годы исследований, позволяющие подтвердить вышесказанное с позиций доказательной медицины.

Ключевые слова: резистентная артериальная гипертензия, антагонисты кальция, нифедипин контролируемого высвобождения.

The calcium antagonists of nifedipine row play an important role in the combined therapy of resistant forms of arterial hypertension. In the majority of cases their prescription allows to get desired AP values. The authors use their own findings as well as findings of other recent researches so as to confirm the above-mentioned statement from the point of view of evidence-based medicine.

Key words: resistant arterial hypertension, calcium antagonists, nifedipine-controlled release.

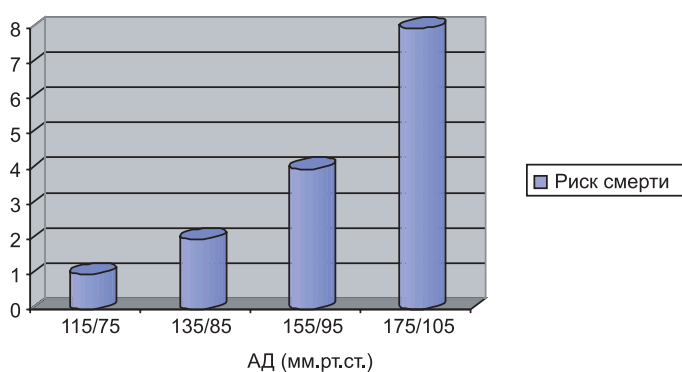
Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смертности основной массы населе-

ния не только в нашей стране, но и во всем мире. Около 7,1 млн ежегодных случаев смерти в мире так или иначе связаны с артериальной гипертензией (АГ) [2, 4]. Это

Таблица 1

Риск смерти от сердечнососудистой патологии удваивается с увеличением АД на каждые 20/10 мм.рт.ст.



JNC VII. JAMA. 2003 [6]

требует максимального внимания со стороны врачей на проведение первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Одним из частых поводов для госпитализации в кардиологическое отделение являются гипертонические кризы и обострения течения гипертонической болезни. Основной задачей врача в достижении клинической цели терапии артериальной гипертонии является достижение целевого уровня АД, в том числе путем коррекции модифицируемых факторов риска, и как следствие, снижение персонального 10-летнего риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО), таких как инсульт и инфаркт миокарда.

Цель работы

Оценить эффективность нифедипина контролируемого высвобождения SR/GITS в лечении плохо контролируемых форм артериальной гипертонии.

Материалы и методы

В группу наблюдения включались пациенты разного возраста (от 30 до 78 лет) и пола, поводом для госпитализации которых в стационар послужило ухудшение течения гипертонической болезни на фоне плановой терапии (при измерении АД при госпитализации зарегистрирован уровень АД, соответствующий II и III степени АГ). Все пациенты имели тяжелую гипертонию в анамнезе, без явно подтвержденного её симптоматического генеза, некорректируемую базисной амбулаторной терапией (как правило иАПФ и в-блокатор). Большинство из них имели отягощенный анамнез по ССЗ, многие курили.

Всем пациентам к терапии был добавлен нифедипин контролируемого высвобождения SR/GITS (Нифекард-XL) в суточной дозе 30 мг для однократного приема, с последующим увеличением дозы до 60 мг в сутки при необходимости. В том числе пациенты, которые уже получали АК в плановой терапии (ретардная форма нифедипина 20 мг, амлодипин 2,5–5 мг), и увеличение дозы препарата у которых до максимальной терапевтической, не позволило достичь целевых цифр АД (нифедипин-ретард 20 мг 2 раза в день, амлодипин до 10 мг 1 раз в сутки). Они были переведены на прием нифедипина SR/GITS, который был назначен в дозе 60 мг 1 раз в сутки, в замен первоначально принимаемых АК. (см.таблицы № 2–3).

Всем пациентам были проведены стандартные клиничко-лабораторные и инструментальные обследова-

Таблица 2

Исходная медикаментозная терапия у наблюдаемых пациентов

| Ингибиторы АПФ | 26 (81,2%) |
|---------------------------|------------|
| В-адреноблокаторы | 27 (84,3%) |
| БРА | 6 (18,8%) |
| Диуретики | 17 (53,1%) |
| Аспирин | 13 (40,6%) |
| Статины | 11 (34,3%) |
| АК (но не нифедипин GITS) | 9 (28,1%) |

Таблица 3

Клиническая характеристика отобранных пациентов (n=32)

| Возраст (усредненный показатель), годы | 64,3 (от 30 до 78) |
|--|------------------------------|
| Пол: мужчины Женщины | 20 (62,5%) 12 (37,5%) |
| II степень АГ, уровень АД, мм.рт.ст | 24 (75%) 165±4,2/102,3±5,9 |
| III степень АГ, уровень АД, мм.рт.ст | 8 (25%) 191,5±12,5/114,1±5,6 |
| ИБС, стабильная стенокардия напряжения | 13 (40,6%) |
| Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий | 6 (18,75%) |
| ПИКС, АКШ в анамнезе | 4 (12,5%) |
| Дисциркуляторная энцефалопатия | 14 (43,7%) |
| ХОБЛ | 5 (15,6%) |
| Сахарный диабет | 9 (28,1%) |

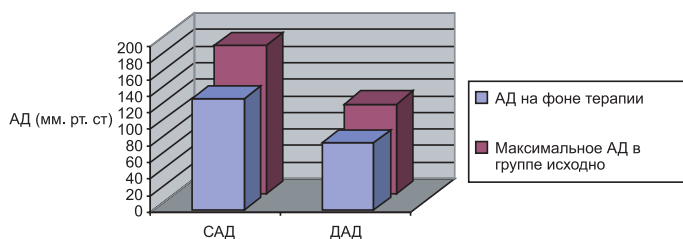
ния (ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов, РЭГ, УЗДГ б/ц артерий, у пациентов с ИБС – холтеровское мониторирование ЭКГ, а по показаниям, по мере стабилизации АД – нагрузочная проба). Контроль АД осуществлялся при первой встрече с пациентом, в период его пребывания в стационаре, перед выпиской, через 1 месяц после этого. Через 3 и 6 месяцев вновь осуществлялся контроль АД, оценивалась приверженность к терапии и её эффективность.

Результаты

В рамках анализа эффективности комбинированной гипотензивной терапии, включающей в себя использование антагонистов кальциевых каналов, получены хорошие результаты по использованию в комплексной терапии тяжелых форм гипертонической болезни нифедипина контролируемого высвобождения SR/GITS (Нифекард XL). Эта лекарственная форма представляет собой сложную трехфазную таблетку, гелевый компонент которой позволяет контролировать концентрацию нифедипина в течение 24 часов. После добавления этого препарата к терапии удалось добиться стабилизации АД и поддержанию его на целевых цифрах у всех наблюдаемых пациентов (лишь в 2 случаях – 1 мужчина и

Таблица 4

Достигнутые результаты на фоне лечения:
 снижение уровня АД с исходного 178/108 мм.рт.ст.
 (в среднем в группе), до целевых цифр – 135/82 мм.рт.ст.
 (в среднем в группе)



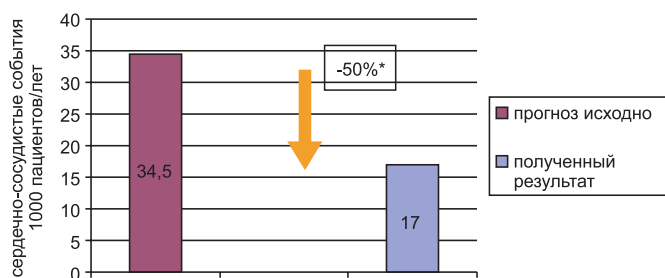
И женщины, отмечены побочные эффекты, характерные для антагонистов кальция [3] – гиперемия лица и выраженные отеки нижних конечностей – что послужило причиной для отмены препарата). Полученные результаты лечения сохранялись в течение 6 месяцев динамического наблюдения.

Обсуждение

Антагонисты кальция (в частности нифедипин SR/GITS контролируемого высвобождения) обладают рядом полезных фармакологических свойств, которые следует принимать во внимание при выборе гипотензивных препаратов для длительной терапии. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда оказывают антигипертензивный и антиангинальный эффект, расширяют коронарные артерии, уменьшают потребность миокарда в кислороде за счет снижения постнагрузки на сердце. При приеме пролонгированных антагонистов кальция у пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с ИБС снижается частота болевых приступов и ишемии миокарда по данным холтеровского мониторирования ЭКГ. При длительном приеме этих препаратов также уменьшается степень выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка, улучшается качество жизни больных, снижается риск сердечно-сосудистых осложнений (по данным исследований STONE, INSIGHT, ACTION), снижается риск появления новых атеросклеротических бляшек, по крайней мере, в периферических и сонных артериях. Вазопротекция, предотвращение и торможение прогрессирования атеросклероза для нифедипина SR/GITS подтверждены в исследованиях INTACT, INSIGHT, ENCORE [1,5]. Лекарственные формы нифедипина пролонгированного действия существенно уменьшают вероятность возникновения побочных эф-

Таблица 5

Результаты исследования INSIGHT:
 нифедипин контролируемого высвобождения SR/GITS
 снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний



*снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с предполагаемым прогнозом, основанном на результатах Фрамингемского исследования

Brown MG et al. Lancet 2000 [5]

фектов и более удобны в применении, поэтому именно их рекомендуют использовать при регулярном лечении. А если учитывать их большую доступность в фармакоэкономическом аспекте для пациентов, в сравнении с препаратами АК III поколения, то для практикующих врачей использование этих препаратов в своей повседневной практике представляется еще более актуальным.

Выводы

Использование пролонгированных антагонистов кальция дигидропиридинового ряда в комплексной терапии тяжелых форм артериальной гипертензии позволяет достигнуть целевых цифр АД в большинстве случаев.

Литература

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Доказательная гипертензиология: исторические вехи и основные клинические исследования. М., 2006. С.71,95.
2. Преображенский Д.В. и др. // Consilium medicum. 2004. Т.03. №4.
3. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Лечение артериальной гипертензии. М., 1999. С.111–122.
4. Шулушко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. СПб., 2007. С.13.
5. Brown MG et al // Lancet. 2000. V.356. P.366-372.
6. JNC VII // JAMA/ 2003. V.289. P.2560.