

In article clinical markers of efficiency antihypertensive therapies at women are described by chronic heart failure. Use ramipril in the treatment scheme allows reducing degree of diastolic dysfunction of the left ventricle, to improve condition endothelia vessels that are accompanied by tolerance increase to physical activity, decrease in a functional class of chronic

heart failure. Application ramipril is interfaced to a favorable profile of shipping, low frequency of development specific for Inhibitor angiotensin of transforming enzyme collateral action that significantly raises adherence of patients to treatment and, thus, efficiency of spent therapy.

**Key words:** chronic heart failure, women, ramipril.

## ПРИНЦИПЫ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.А. НАУБЕТОВА

*Private clinic, г. Алматы*

**С**тарение населения – одна из важнейших проблем, которая в настоящее время приобретает огромное значение для экономической и социальной политики страны. В соответствии с классификацией ВОЗ возраст 45-59 лет средний, 60-74 лет пожилой, 75-89 лет старый, свыше 90 лет долгожители. Люди пожилого возраста составляют 9,8% населения Республики Казахстан [1], и здоровье этой категории населения составляет одну из основных проблем здравоохранения республики. В связи с чем при оказании медикаментозной помощи лицам пожилого возраста в клинической практике необходимо учитывать передовой опыт стран с развитой структурой гериатрической медицинской помощи.

Вопрос о гипотензивной терапии лиц пожилого возраста продолжает обсуждаться. Однако уже накоплено достаточно научных фактов о необходимости рационального лечения АГ как меры продления активности и жизни больного старшего возраста. Особенности стареющего организма обосновывают некоторые своеобразные подходы к терапии у гериатрического пациента [2]. Лечение артериальной гипертензии необходимо у больных и гипертонической болезнью, и систолической гипертензией, особенно при сочетании их с ИБС, недостаточностью кровообращения и нарушением функции почек. Эпидемиологическими наблюдениями показано, что с повышением артериального давления смертность людей всех возрастных групп растет, хотя среди лиц старше 70 лет она несколько ниже, чем среди лиц моложе 50 лет [2]. Основная задача в современном лечении АГ заключается в необходимости достижения целевого уровня АД, у лиц пожилого возраста с АГ он составляет 140/90 мм рт.ст. с АГ и у лиц с систолической АГ САД 160 мм рт.ст. Основные условия достижения целевого уровня АД – это высокая эффективность терапевтического режима, простая схема лечения и дозировки с хорошим профилем переносимости лечебного препарата для достижения высокой приверженности к лечению.

При проведении антигипертензивной фармакотерапии у лиц старшего возраста необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Общие мероприятия: выработка рационального двигательного режима, организации труда, отдыха и питания, ограничение приема поваренной соли, контроля за массой тела.

2. При эпизодическом повышении только систолического артериального давления, которое имеет место на фоне психоэмоционального стресса, пациентам следует назначать седативные препараты (препараты валерианы, пустырника и т.д.)

3. Одной из характерных черт патологии пожилого возраста является полиморбидность. Поэтому лечение

сопутствующих заболеваний значительно облегчает коррекцию повышенного АД.

4. Правило «малых доз» – необходимо использовать гипотензивные препараты в дозах, составляющих 1/2 общепринятых доз. По достижении лечебного эффекта дозы следует уменьшить и определять поддерживающую дозу, которая, как правило, также является более низкой, чем у людей зрелого и молодого возраста [3, 4].

5. Постепенное и умеренное снижение артериального давления, исключение или тщательно контролируемое ограничение препаратов, могущих резко снизить артериальное давление или вызывать его ортостатические колебания (прежде всего исключение ганглиоблокаторов и резкое ограничение симпатолитиков периферического действия). Чрезмерное снижение давления для пожилого пациента опасно так же как и его подъем. У пациентов пожилого возраста рекомендуется при возможности проводить монотерапию, если она не приводит к желаемой цели, то прибегают к ступенчатым схемам, используя при этом с антигипертензивной целью следующие группы препаратов:

**I ступень.** С мягкой, относительно доброкачественной гипертензией предпочтение отдается монотерапии: ИАПФ, антагонисты кальция,  $\alpha$ -адреноблокаторы (во избежание ортостатической гипотонии начинают с малых доз),  $\beta$ -адреноблокаторы, БРА;

**II ступень.** Гипертензия средней тяжести – сочетание одного из препаратов I ступени с диуретиком;

**III ступень.** Гипертензия, относительно резистентная к гипотензивной терапии, – комбинируются препараты трех групп: ИАПФ/БРА+диуретик+ $\beta$ -адреноблокатор; ИАПФ/БРА+антагонист кальция+диуретик;

**IV ступень.** Тяжело протекающая, плохо контролируемая гипертензия, прибегают к комбинации четырех препаратов крайне редко.

6. В комплексной терапии артериальной гипертензии нужно предусмотреть возможность использования геропротекторов – веществ, нормализующих метаболизм на молекулярном, клеточном, тканевом уровнях, как средств, повышающих терапевтическую активность лекарственных препаратов. Геропротекторы применяются у практически здоровых лиц с целью профилактики и лечения преждевременного старения, у больных как фон основной терапии. Лечение геропротекторами следует рассматривать как фактор, уменьшающий риск развития лекарственной интоксикации и других побочных воздействий. При артериальной гипертензии используются антиоксиданты: витамины А, Е, аскорбиновая кислота, селен, цинк, глутатион, кофермент Qв [5].

7. Учитывать суточные ритмы заболевания, при артериальной гипертензии повышение артериального давления в ранние утренние часы.

8. Широко применять немедикаментозные методы лечения: фитотерапию, массаж, лечебную физкультуру, водолечение и другие виды физиотерапевтического лечения через день в меньших дозах и количествах при отсутствии противопоказаний.

Таким образом, рациональная комплексная гипотензивная терапия, основанная на клиническом опыте, знании закономерностей стареющего организма, особенностей течения артериальной гипертензии у лиц старшего возраста, данных литературы, позволяют снизить риски развития инсультов и инфарктов миокарда, значительно улучшить качество жизни пожилого пациента, способствовать увеличению средней продолжительности жизни [6].

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Агентство РК по статистике: Женщины и мужчины Казахстана 2006-2010. Статистический сборник. Астана, 2011. – С. 11-12; 2. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия. Москва. – Медицина. – 1990. – С. 53-56, С. 83; 3. Чазов Е.И. Болезни сердца и сосудов. Москва. – Медицина. – 1992. – С. 4. – С. 5-33. 4. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Артериальная гипертензия. Киев.- Морион.- 2001.- С. 363-373; 5. Олейник Л.В. Антиоксиданты – это жизнь. 2007. [www.ortho.ru](http://www.ortho.ru) 6. Фрид М., Грайнс С. Кардиология в таблицах и схемах. Москва. – Практика.- 1996. – С. 25, 30.

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

#### ГЕРИАТРИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДАҒЫ ГИПОТЕНЗИВТІ ТЕРАПИЯ ПРИНЦИПТЕРІ

**Г.А. Наубетова**

*Private clinic, Алматы қ.*

Егде және көрі жастағы тұлғаларды рационалды гипотензивтік терапияның қажеттілігі бірнеше қоса жүретін патологияның, олардың мөлшерден ауытқуы, гериатриялық пациенттерде дәрілік препараттарды қабылдауға жауаптың ерекшелігі болуына негізделген. Рационалды гипотензивті терапияның мақсаты артериялық қысымның оңтайлы көрсеткіштеріне жету, артериялық гипертензияның асқынуын алдын ала емдеу, өмір сүру сапасын жақсарту және өмірін ұзарту болып табылады.

#### SUMMARY

#### PRINCIPLES OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN GERIATRIC PRACTICE

**G.A. Naubetova**

*Private clinic, Almaty c.*

Necessity for rational antihypertensive therapy in elderly and old patients is associated with availability of several comorbidities, their atypical course, peculiarities of response to administration of pharmaceuticals in geriatric patients. Purpose of rational antihypertensive therapy is attainment of optimal values of arterial pressure, prevention of arterial hypertension complications, increase in lifetime and life quality improvement.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОЗАРТАНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Г.А. НАУБЕТОВА**

*Private clinic, г. Алматы*

**Х**роническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой клинический синдром, в основе которого лежит нарушение насосной функции сердца, в результате чего ухудшается снабжение органов и тканей кровью в объеме, необходимом для их нормального метаболизма, характеризующийся хронической гиперактивацией нейрогуморальных систем и ремоделированием сердца, проявляющийся одышкой, тахикардией, утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме [1]. Наиболее частая причина сердечной недостаточности (СН) – ИБС, риск СН при стенокардии чаще в 2-3 раза, при перенесенном инфаркте миокарда в 4-5, чем в их отсутствие [2], кроме того, к ХСН приводят артериальная гипертензия, клапанные пороки и некоронарогенные заболевания миокарда [3]. Хроническая сердечная недостаточность чаще встречается в пожилом возрасте и наблюдается у 10% лиц старше 75 лет. В связи с ростом сердечно-сосудистых заболеваний и увеличением продолжительности жизни населения отмечается рост количества пациентов с ХСН, в настоящее время они составляют 2,3-5,5%. Сердечная недостаточность является одной из наиболее частых причин госпитализации и смерти. Поэтому ранней диагностике, составлению правильной лечебной программы этой группе пациентов отводится большое значение. Конечной целью этих мероприятий являются улучшение качества и продолжительности жизни пациентов.

В настоящее время в комплекс лечебных мероприятий при ХСН с целью воздействия на систему ренин-ангиотензин-альдостерон препаратами первого ряда

являются ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов (ИАПФ), а при их непереносимости и наличии противопоказаний к приему – блокаторов рецепторов к ангиотензину 1 (АТ1). Прямой механизм их действия связан с ослабленным эффектом ангиотензина 2, которые опосредуются АТ1 ангиотензиновыми рецепторами. Блокируя АТ1 рецепторы, БРА уменьшают вызываемую ангиотензином 2 артериальную вазоконстрикцию, снижают гидравлическое давление в почечных клубочках, а также уменьшают секрецию альдостерона, аргинин-вазопрессина, эндотелина 1 и норадреналина. При длительном применении БРА ослабляют пролиферативные эффекты ангиотензина 2 в отношении кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток сосудистой стенки, а также мезенгиальных клеток и фибробластов [4]. Одним из представителей группы БРА является лозартан. При приеме внутрь лозартан хорошо всасывается и подвергается метаболизму при «первом прохождении» через печень, в результате чего образуются активный карбоксилированный метаболит и неактивные метаболиты, с двумя путями выведения: с желчью (65%) и почками (35%) [5]. Системная биодоступность лозартана в таблетированной форме составляет 33% [6]. Лозартан и его активный метаболит блокируют все физиологические эффекты ангиотензина 2, независимо от источника и пути его синтеза. Также лозартан обладает натрийуретическим эффектом, который более выражен при малосолевой диете, кроме того, угнетает синтез и высвобождение альдостерона, что способствует некоторому диуретическому эффекту.

Цель нашей работы – оценка эффективности лозартана при хронической сердечной недостаточности.