

Эбрантил препараты енгізілген 14 науқаста гипертониялық криз мүлде жойылмады. Бұл жағдайларда гипертониялық криз жойылмауына науқастардың ауыр психоэмоционалды жағдайы себеп болды. Науқастар стационарға жеткізілді.

12 науқаста эбрантил препаратының жағымсыз әсерлері байқалды.

7 науқаста жүрек айнуы, артериалды гипотензия, әлсіздік.

5 науқаста бас айналуы, артериалды гипотензия.

Жағымсыз әсерлері негізінен препаратты көк тамырға жылдам енгізген кезде байқалды.

Эбрантил препараты қолданылған 4 жағдайда жағысыз әсеріне байланысты жедел жәрдемді қайталап шақырту болды.

2 жағдайда ортостатикалық коллапс.

2 жағдайда артериалды гипотензия, әлсіздік.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Турланов К.М., Воднев В.П., Мухамбетьярова С.А. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии и гипертонических кризов на догоспитальном этапе. Алматы, 2011; 2. Верткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях. Руководство для врачей; 3. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В. Рекомендации

по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. 2008.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭБРАНТИЛ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СРОЧНОЙ ПОМОЩИ

А.Р. Сурамбекова

Станция экстренной и скорой медицинской помощи, г. Талдыкорган

Быстрый эффект при гипертонических кризах, при тяжелых случаях артериальной гипертонии, в случаях, устойчивых к лечению артериальной гипертонии, артериальное давление постепенно снижается при медленном внутривенном введении. Побочные явления встречаются редко.

SUMMARY

EFFICIENT ADMINISTRATION OF EBRANTIL FOR DELIVERY OF MEDICAL EMERGENCY CARE

A.R. Surambekova

First-Aid Station, Taldykorgan c.

Immediate effect in case of hypertensive crisis, hard hypertension cases, in cases of tolerance to treatment of hypertension, arterial pressure declines slowly through slow intravenous administration. Side effects are rare.

УДК 616.12-008.64-036.12-085.224-055.2

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Ш.К. КАРАШУКЕЕВ

Сельская больница, с. Куйган, Балхашский район, Алматинская область

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является заболеванием, ассоциированным с высоким уровнем смертности, несмотря на несомненные достижения в диагностике и лечении. Более 22 миллионов человек во всем мире страдает ХСН при ежегодной заболеваемости 2 миллиона случаев [1].

Американским институтом статистики заболеваний сердца и мозга в 2003 г. были опубликованы данные о том, что уровень сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) в течение последних 20 лет среди мужчин снижается, а среди женщин устойчиво повышается [2]. Известно, что у женщин сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) манифестируют в среднем на 10 лет позже в связи с кардиопротективным действием эстрогенов в предменопаузальный период [3]. При этом распространенность факторов риска ХСН в женской популяции остается достаточно высокой, а по ряду из них наблюдается неуклонный рост.

Ведущую роль в этиологии ХСН играет артериальная гипертензия (АГ), которая в три раза увеличивает риск развития сердечной недостаточности у женщин и в два раза у мужчин [4]. Избыточный вес повышает риск возникновения ССЗ в 3,5 раза [5], причем известно, что зависимость уровня артериального давления (АД) от массы тела у лиц женского пола выражена в большей степени, чем у мужчин. На фоне сахарного диабета (СД) ХСН развивается в 5,1 раза чаще у женщин и в 2,4 раза чаще у мужчин [6]. У курящих женщин риск ССЗ выше в 1,57 раза по сравнению с курящими мужчинами. Это связывают с более высокой восприимчивостью женского организма к никотину и его антиэстрогенным эффектом [7].

Следует отметить также наличие гендерных различий в патогенезе ХСН: по-разному протекает ремоделирова-

ние сердца у мужчин и женщин. Левый желудочек (ЛЖ) у женщин меньше по массе и объему в среднем на 20%. В ответ на перегрузку миокарда у них чаще развивается концентрическая гипертрофия [8]. Имеющиеся половые различия в этиологии, патогенезе ХСН ведут к появлению гендерных особенностей, выражающихся в клинических исходах и ответе на фармакотерапию. У женщин, страдающих ХСН, эффект терапии ИАПФ ниже по сравнению с мужчинами. Это обусловлено особенностями функционирования ангиотензинпревращающего фермента в женском организме и особенностями формирования выборки в исследованиях.

Таким образом, выбор эффективного препарата для улучшения клинической симптоматики и качества жизни пациенток ХСН представляется весьма актуальной задачей.

Цель исследования – выявление клинических маркеров эффективности антигипертензивной терапии у женщин с ХСН.

Материал и методы

Обследовано 60 женщин, страдающих ХСН неклапанной этиологии, находящихся в постменопаузе. В исследование включались женщины до 75 лет, в менопаузе, как минимум, 1 год, страдающие ХСН II-III функционального класса по NYHA, подписавшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании. При выявлении клапанного порока сердца, иной клинически значимой патологии, способной повлиять на результаты исследования, и противопоказаний к ИАПФ пациентки в исследование не включались. При возникновении в ходе исследования сухого кашля, артериальной гипотонии, требующей отмены препарата, клинически значимых

изменений со стороны печени, почек, аллергических реакций больные из исследования исключались.

До включения в исследование пациентки получали стандартную терапию ХСН (бета-блокаторы, антагонисты альдостерона, диуретики, сердечные гликозиды, статины, блокаторы медленных кальциевых каналов, антиаритмические средства, аспирин, нитраты).

Первичному обследованию больных предшествовал двухнедельный период «вымывания» препаратов ИАПФ, в случае, если они использовались в качестве антигипертензивных средств.

Пациентки методом простой рандомизации разделялись на две группы по 30 человек. Исходно группы пациенток были однородны и сопоставимы по клиническим характеристикам. Первой группе больных, помимо стандартной терапии ХСН, был назначен рамиприл в начальной дозе 2,5 мг, второй группе – эналаприл 5 мг в сутки. Титрование дозы препаратов происходило каждые 2 недели по стандартной схеме под контролем врача при многократном измерении АД до максимально переносимых доз. При титровании дозы ИАПФ учитывалось сочетание препаратов с диуретиками, нитратами во избежание развития неконтролируемой гипотензивной реакции. Период амбулаторного наблюдения составил 6 месяцев.

За время исследования оценивались клиническое течение ХСН на фоне лечения, прогрессирование заболевания, частота госпитализаций, изменение толерантности к физической нагрузке, частота возникновения нежелательных явлений, контролировалось состояние печени, почек на фоне терапии ИАПФ, данных ЭхоКГ. Методы исследования включали оценку клинического состояния больных, осмотр, физикальное обследование с измерением АД, подсчетом частоты сердечных сокращений (ЧСС). В рамках рутинного обследования проводились общий и биохимический анализ крови, определение глюкозы крови, рентгенография органов грудной клетки, регистрация ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях.

Определение функционального класса (ФК) ХСН проводилось согласно рекомендациям Нью-Йоркской ассоциации кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности.

В рамках эхокардиографического исследования определялись следующие параметры: конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, фракция выброса (ФВ), толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в диастолу, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) в диастолу.

Статистический анализ проводился с использованием статистического пакета программ «SPSS 11.0». Из методов параметрической статистики применялся критерий t Стьюдента для оценки количественных непрерывных величин при нормальном распределении. Значение р считалось достоверным при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

По основным клинико-демографическим характеристикам каких-либо статистически достоверных межгрупповых различий не наблюдалось.

Из этиологических причин ХСН у женщин в менопаузе ведущее место занимала АГ (по 93,3% в обеих группах), доля ИБС была незначительной (10% в группе рамиприла и 13,3% в группе эналаприла, в среднем 11,7%). Почти у каждой третьей пациентки выявлялся СД (40% в группе рамиприла и 33,3% в группе эналаприла, в среднем 36,7%), частота фибрилляции предсердий была невысокой (6,7 и 10%, соответственно). Обращали на себя внимание высокая частота избыточной массы тела, довольно высокое распространение курения

(16,7% и 20% в группах рамиприла и эналаприла). В обеих группах наиболее часто определялся II ФК ХСН по классификации NYHA (70% в группе рамиприла и 66,7% в группе эналаприла), частота постоянной формы фибрилляции предсердий была невысокой (6,7% в группе рамиприла, 10% в группе эналаприла). До включения в исследование больные обеих групп получали стандартную терапию ХСН.

По окончании титрации препаратов средняя конечная доза рамиприла составила 11,4 мг (26 пациенток получали по 10 мг/сут, 4 – по 20 мг/сут; максимальных дозировок достигли все пациентки из группы рамиприла). Средняя конечная доза эналаприла составила 34,2 мг (20 пациенток получали по 40 мг/сут, 8 – по 20 мг/сут, 2 пациентки были соответственно критериям исключения; максимальных дозировок достигли 20 пациенток из группы эналаприла).

В ходе исследования оценивалась частота нежелательных явлений при приеме ИАПФ. Преходящие явления – тошнота, головная боль, покраснение лица были нивелированы коррекцией дозы препаратов. Сухой кашель развился у 2 пациенток в группе рамиприла (6,7%) и у 11 пациенток в группе эналаприла (36,7%, $p < 0,01$). Этот побочный эффект удалось скорректировать в группе рамиприла уменьшением дозы препарата, в группе эналаприла потребовались временная отмена и коррекция дозы. Две пациентки исключены из дальнейшего исследования, им была подобрана соответствующая доза блокаторов рецепторов ангиотензина II.

Полный курс лечения закончили все пациентки из группы рамиприла и 28 пациенток из группы эналаприла.

В процессе терапии ИАПФ у женщин с ХСН оценивалась функция почек по уровню концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови, особенно у пожилых больных и страдающих СД. Контролировался уровень лейкоцитов в клиническом анализе крови во избежание развития лейкопении. Оценивался уровень печеночных трансаминаз для коррекции дозы рамиприла с двойным путем выведения. У больных СД, принимающих противодиабетические препараты, измерялся уровень сахара крови во избежание гипогликемии. В ходе исследования клинически значимого повышения в отношении трансаминаз, креатинина, мочевины не выявлено. Эти показатели не превышали 2-3-х норм, что могло бы потребовать отмены препаратов и исключения пациентов из исследования. В рамках наблюдения также не выявлено значимых изменений в клиническом анализе крови, равно как и каких-либо статистически достоверных различий по этим показателям между группами рамиприла и эналаприла. За 6 месяцев наблюдения случаев госпитализации среди обследуемых пациенток не было.

Исследование сравнительного влияния препаратов рамиприла и эналаприла на показатели гемодинамики проведено у всех пациенток ХСН. АД исходно составляло $147 \pm 32 / 87 \pm 12$ мм рт. ст. в группе рамиприла и $149 \pm 37 / 86 \pm 10$ мм рт. ст. в группе эналаприла, ЧСС – соответственно 84 ± 6 и 88 ± 4 уд/мин. На фоне 6 месяцев терапии не выявлено достоверных различий между группами по показателям систолического и диастолического АД (САД, ДАД), а также ЧСС. В группах рамиприла и эналаприла временной отмены препаратов вследствие развития артериальной гипотонии не было. Оба ИАПФ (рамиприл и эналаприл) эффективно снижали САД (-22% и -16,1% в группах, соответственно, $p > 0,05$), ДАД (-9,4% и -6%, $p > 0,05$) относительно исходного АД, немного лучше данные показатели были в группе рамиприла, которые, однако, не достигали степени статистической достоверности. На фоне лечения наблюдали снижение ЧСС (-9,9% и -9,6% в группах рамиприла и эналаприла,

соответственно, $p > 0,05$), что можно объяснить улучшением функционального состояния сердца и снижением активности РААС.

Эхокардиографические показатели систолической функции – ФВ ЛЖ, КДР ЛЖ, КСР ЛЖ были нормальными практически у всех больных (ФВ $> 45\%$, КДР ЛЖ $< 5,5$ см, КСР ЛЖ < 4 см). У 1 пациентки из группы рамиприла и 2 пациенток из группы эналаприла (5% из общей выборки), имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, определялась низкая ФВ $< 45\%$, но при этом соотношение Е/А было меньше 1, что не являлось критерием исключения. На фоне 6-месячной терапии ИАПФ наблюдалась динамика эхокардиографических показателей: в обеих группах привело к незначительному уменьшению относительной толщины стенок ЛЖ в диастолу и его размеров, увеличению ФВ ЛЖ на 6,4% в группе рамиприла и 5,5% при приеме эналаприла ($p > 0,05$) за счет улучшения сократимости миокарда. На фоне терапии рамиприлом происходило достоверное уменьшение признаков диастолической дисфункции на ЭхоКГ. Соотношение максимальных скоростей в фазу быстрого диастолического наполнения (Е) и систолу предсердий (А) уменьшилось на 16,7% ($p = 0,049$) в группе рамиприла, на 13,3% в группе эналаприла. Кроме того, наблюдалась тенденция к различиям в частоте диастолической дисфункции в конце исследования между группами рамиприла и эналаприла ($p = 0,062$). Показано благоприятное влияние рамиприла на изученные параметры гемодинамики у женщин с ХСН. Выявлено, что рамиприл в большей степени, чем эналаприл, уменьшает признаки диастолической дисфункции. Терапия как рамиприлом, так и эналаприлом ведет к недостоверному улучшению систолической функции ЛЖ.

Переносимость физической нагрузки женщинами с ХСН оценивалась по результатам шестиминутного теста ходьбы. Средняя дистанция 6-минутного теста ходьбы исходно составила 341 ± 21 м в группе рамиприла и 345 ± 28 м в группе эналаприла. Через 6 месяцев терапии в обеих группах выявлено достоверное улучшение данного показателя: 496 ± 21 м в группе рамиприла ($p = 0,04$) и 459 ± 33 м в группе эналаприла ($p = 0,117$). Наблюдалась тенденция к увеличению дистанции теста в группе рамиприла $+155$ м ($p = 0,062$). Улучшение толерантности к физической нагрузке, выявленное в тесте 6-минутной ходьбы, соотносилось с уменьшением функционального класса ХСН в обеих группах. Средний функциональный класс ХСН в исследуемых группах исходно составлял 2,4. На фоне назначенного лечения произошло изменение данного показателя до 1,5 в группе рамиприла ($p = 0,033$) и до 1,8 в группе эналаприла ($p = 0,047$).

В группе рамиприла уменьшение функционального класса ХСН зарегистрировано у 12 пациенток (40%), отсутствие динамики ФК ХСН – у 16 больных (53,3%), нарастание ФК ХСН – у 2 пациенток (6,7%). В группе эналаприла эти результаты выявлены соответственно у 9 (32,1%), 16 (57,1%), 3 (10,8%) пациенток.

Повышение толерантности к физической нагрузке и уменьшение ФК ХСН сопровождалось уменьшением одышки, сердцебиения, утомляемости на фоне привычной физической активности. Эта динамика клинических проявлений была достоверно более выражена в группе рамиприла.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что использование рамиприла в схеме лечения женщин, страдающих ХСН, позволяет уменьшить степень диастолической дисфункции левого желудочка, улучшить состояние эндотелия сосудов, что сопровождается повышением толерантности к физической нагрузке, снижением функционального класса ХСН. Применение

рамиприла сопряжено с благоприятным профилем переносимости, низкой частотой развития специфического для ИАПФ побочного действия (кашель), что значительно повышает приверженность пациенток к лечению и, таким образом, эффективность проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Терещенко С.Н., Жиров И.В. Хроническая сердечная недостаточность у женщин // Журнал сердечная недостаточность, 2008. Т. 9. №6. – С. 295-299;
2. Гуревич М.А., Архипова Л.В. Некоторые особенности клиники и фармакотерапии хронической сердечной недостаточности у женщин // Российский кардиологический журнал, 2009. №3. – С. 96-98;
3. Савина Н.М., Гладких А.С., Сидоренко Б.А. Клинические особенности хронической сердечной недостаточности у госпитализированных мужчин и женщин пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология, 2010. Т. 16. №9-10. – С. 77-77;
4. Атрощенко Е.С., Кадочкина Н.Г., Соловей С.П. Факторы сердечно-сосудистого риска у женщин и мужчин с сахарным диабетом 2-го типа, госпитализированных в стационар // Проблемы женского здоровья, 2010. Т. 5. №1. – С. 29-34;
5. Maejima Y, Nobori K, Ono Y, Adachi S, Suzuki J, Hirao K, Isobe M, Ito H. Synergistic effect of combined HMG-CoA reductase inhibitor and angiotensin-II receptor blocker therapy in patients with chronic heart failure: the HF-COSTAR trial // Circ J. 2011;75(3):589-95;
6. Sweileh WM, Sawalha AF, Rinno TM, Zyoud SH, Al-Jabi SW. Optimal dosing of angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with chronic heart failure: a cross-sectional study in Palestine // Ann Saudi Med. 2009 Mar-Apr;29(2):119-22;
7. Nessler J, Nessler B, Kitli ski M, Libionka A, Kubinyi A, Konduracka E, Piwowska W. Sudden cardiac death risk factors in patients with heart failure treated with carvedilol // Kardiol Pol. 2007 Dec;65(12):1417-22;
8. Sharman DC, Morris AD, Struthers AD. Gradual reactivation of vascular angiotensin I to angiotensin II conversion during chronic ACE inhibitor therapy in patients with diabetes mellitus // Diabetologia. 2007 Oct;50(10):2061-6.

ТҰЖЫРЫМ

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕКТІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ ЕМДЕУІНІҢ ҚАЗІРГІ ТҰРҒЫЛАРЫ ӘЙЕЛДЕРДЕ

Ш.К. Қарашөкеев

Алматы облысының Балқаш ауданының Құйған ауылының ауылшаруашылық ауруханасы

Бапта гипертензияға қарсы терапиясының тиімділігінің клиникалық таңбалағыштары созылмалы жүректің жеткіліксіздігінің әйелдерінде сипатталған. Емдеуді схемадағы қолдану рамиприлалар сол асқазанның диастолалық дисфункциясының дәрежесін кішірейтіп, дене күш жүктемеге толеранттықтың жоғарылатуымен жарысайтын ыдыстардың эндотелиясы күй созылмалы жүректің жеткіліксіздігінің функционалдық сыныбының төмендетуімен жақсартуға мүмкіндік береді. Өткізілетін терапияның тиімділігі емдеуге емделуші әйелдерінің жолын ұстаушылығын мағыналы жоғарылататын және қосымша әсердің ИАПФ үшін кездесіп отыр тасымалданғыштықтың қолайлы профилісі, дамытуды аласа жиілікпен рамиприла қолдану ерекше сайып келгенде.

Негізгі сөздер: созылмалы жүректің жеткіліксіздігі, әйелдер, рамиприл.

SUMMARY

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE AT WOMEN

S.K. Karashukееv

Rural hospital of village Kujgan of Balkhash area of Almaty c.

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

Старение 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, α -адреноблокаторы (во избежание ортостатической гипотонии начинают с малых доз), β -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+ β -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.