



**КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Тема: Современные подходы к
рациональной фармакотерапии
артериальной гипертензии и
ишемической болезни сердца**

**Проверил: доктор
медицинских наук,
профессор Профессор
Рахимов Х.Д.**

**Выполнили: Врачи-интерны
Велиев Джамаладин
Дя Михаил
Джанаманов Айдос
Группы:03-12**

Алматы 2012 год.

План:

- Введение
- Схема лечения
- Доказательная база препаратов
- Полипрагмазия
- Заключение

1. Введение

Данные эпидемиологического исследования показывают, что в нашей Республике артериальная гипертензия в сочетании ишемической болезнью сердца занимают первое место среди всей заболеваемости и второе место в структуре смертности среди населения.

Сочетанием выше указанных нозологических единиц страдает 38,3% населения республики, при этом имеется стойкая тенденция к росту. Согласно данным, приведенным НЦПФЗОЖ чаще всего страдают данной патологией возрастная группа чаще от 45-ти лет и старше.

Исходя из этого, перед нами встает задача найти адекватные методы фармакологической терапии больных с сочетанием АГ и ИБС. Решение этой задачи поможет осуществить поставленную перед нами цель повысить среднюю продолжительность жизни в нашей республике, о чем говорится в послании Президента РК Н.А.Назарбаева. Именно этой теме и посвящена наша работа.

2.Схема лечения

Бисопролол (2,5 мг, 5 мг, 10 мг) + Амлодипин (2,5 мг, 5 мг, 10 мг/сутки) + Эналаприл (5 мг, 10 мг, 20 мг/сутки)

+

верапамила (40-80 мг 3-4 раза в день)

+

верошпирон (25 мг, 50 мг/сутки) фуросемид (40-120 мг/сутки)

Как правило, этим страдают пожилые люди, которые лечатся от нескольких различных болезней, обусловленных возрастом и вызванных процессом старения организма.

Наша схема лечения отражает рациональность использования лекарственных средств.

Данный подход продиктован тем, что мы исключили такое понимание как полипрагмазия что не редко бывает в практике каждого врача.

3. Доказательная база препаратов

Бисопролол в США было проведено рандомизированное контролируемое исследование TIBBS которое было посвящено сравнению эффективности бисопролола с нифедипином замедленного высвобождения . Было включено 330 пациентов, перенесших по меньшей мере 3 эпизода ишемии миокарда по ЭКГ в течение 48 часов, предшествовавших рандомизации. После 4 недель лечения (бисопрололом, 161 пациент, или нифедипином замедленного высвобождения, 169 пациентов) среднее число эпизодов ишемии снизилось в обеих группах, однако значительно больше в группе бисопролола - 60% против 29%.

Амлодипин

Наиболее важными с позиций доказательной медицины по применению амлодипина при артериальной гипертензии стали исследования:

- TOMHS, в котором сравнивалась эффективность различных классов гипотензивных препаратов у больных с мягкой артериальной гипертензией. При одинаковой эффективности с b-блокаторами, диуретиками, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и α -адреноблокаторами [20] амлодипин обеспечивал наилучшую приверженность пациентов к лечению;

- ALLHAT, которое убедительно продемонстрировало эффективность и безопасность амлодипина у пациентов с артериальной гипертензией при сравнении с диуретиком и ИАПФ;
- VALUE, в которое было включено 15 245 больных артериальной гипертензией старше 50 лет, имевших повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений [21], продемонстрировало, что гипотензивный эффект амлодипина более выражен, особенно в первые месяцы лечения по сравнению с валсартаном;

Эналаприл Имеются экспериментальные данные эффективности гипотензивного действия эналаприла полученные в ходе многоцентрового двойного плацебо-контролируемого исследования в параллельных группах (*Universal Clinical Research Center, Good Samaritan Hospital, Baltimore, 2009*). В ходе исследования случайным образом выбранные пациенты с лёгкой и умеренной артериальной гипертензией после предварительного двухнедельного курса плацебо в течение 4 недель один раз в день получали 10 мг эналаприла или плацебо. Измерения артериального давления проводились на 24-часовом промежутке в начале исследования и после первой и последней доз исследуемого препарата.

- В ходе анализа полученных результатов установлено, что в группах, получавших эналаприл в отличие от пациентов, получавших плацебо, наблюдалось существенное снижение усреднённых показателей систолического и диастолического давления, по сравнению с данными, полученными в начале исследования. При этом было отмечено, что во второй половине суточного интервала после приёма препарата (с 13 до 24 часов) показатели артериального давления в группе приёма эналаприла гипотензивный эффект продолжал оставаться на должном уровне в отличие от группы с применением плацебо.

Полипрагмазия

Полипрагмазия — одновременное (нередко необоснованное) употребление нескольких, а иногда и нескольких десятков (!) выписанных лекарств, чаще всего назначенных несколькими врачами. Это явление наблюдается у людей, которые часто меняют врача и самовольно присоединяют новые лекарственные препараты к уже выписанным ранее, не информируя об этом лечащего врача.

6.3. Заключение

В итоге нам бы хотелось уточнить тот факт, что пациенты с сочетанием АГ и ИБС это группа больных, как правило, среднего и пожилого возраста. Пациенты с данной патологией встречаются в клинической практике каждого терапевта, не зависимо от того, где бы он не работал в стационаре или в поликлинике, важно то, что фармакологическая терапия таких больных должна быть доказательной. И во избежание таких не приятных явлений как полипрагмазия врачу необходимо быть предельно бдительным при назначении лекарственных препаратов. К каждому пациенту должен быть индивидуальный подход.

7. Литература:

- 1. Официальный сайт ФСГС. Заболеваемость населения по основным классам болезней: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-1.xls
- 2. Нестеров Ю.И. Вторичная профилактика инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения. Медицина в Кузбассе. 2009; 1: 3–9.
- 3. Карпов Ю.А. Статины в профилактике и лечении связанных с атеросклерозом заболеваний: эффективность и безопасность. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2005; 1(2): 48–53.
- 4. Гиляревский С.Р. Ингибиторы АПФ в эпоху доказательной кардиологии. Трудный пациент. 2006; 4(12): 16–22.
- 5. Стуров Н.В. Использование эналаприла при ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий. Трудный пациент. 2011; 9 (7): 34–38.
- 6. Маколкин В.И. Бета-адреноблокаторы в лечении стабильной стенокардии: фокус на небиволол. Трудный пациент. 2011; 9 (6): 6–10.
- 7. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: руководство для практикующих врачей/под общ. ред. Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. М.: Литтерра, 2004. 972 с.
- 8. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Т. и др. Результаты международного исследования качества жизни пациентов со стабильной стенокардией на фоне терапии нитратами (IQOLAN). Кардиология. 2003; 9: 4–7.
- 9. Стуров Н.В., Максимкин Д.А. Применение изосорбид-5-мононитрата при ишемической болезни сердца: актуальны ли нитраты сегодня? Трудный пациент. 2008; 6(5–6): 11–4.
- 10. Ольбинская Л.И. Артериальные гипертензии. Москва, «Медицина» 1998, 320.
- 11. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечнососудистый синдром. Русский медицинский журнал 2001, т.9, №2, стр.7175.
- 12. Ольбинская Л.И. Агонисты имидазолиновых рецепторов в практике лечения гипертонической болезни Тер. архив. 1998, №2, стр. 8688



**Благодарим за
внимание!**