

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ





Лечение

Основной целью лечения больных ГБ является максимальное снижение риска развития осложнений АГ и смертности больных. Это достигается путем длительной пожизненной терапии, направленной на:

- Снижение повышенного уровня АД до оптимальных значений;
- «Защиту» органов-мишеней, по меньшей мере предупреждающую их дальнейшее повреждение;
- Активное воздействие на неблагоприятные факторы риска, способствующие прогрессированию АГ и развитию её осложнений (ожирение, гиперлипидемия, нарушения углеводного обмена, избыточное потребление соли, гиподинамия и т. п.)

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Направлено в первую очередь на устранение или уменьшение действия факторов риска. Это:

- снижение избыточной массы тела;
- коррекция дислипотеинемий;
- ограничение употребления соли до 5-6 г в сутки,;
- повышение употребления продуктов, богатых калием и магнием (калий: печеный картофель, морская капуста, говядина, треска, овсяная крупа, персики и абрикосы,, бананы, чернослив, фасоль, тыква, апельсины и др.;
- магний: фасоль, соя, горох, хлеб из муки грубого помола);
- ограничение алкоголя (до 30 мл абсолютного алкоголя у мужчин и до 15 мл – у женщин);
- прекращение курения;
- увеличение физической активности, причем за счет умеренных динамических физических нагрузок.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Начинать с минимальных доз выбранного препарата, постепенно увеличивая дозу до достижения терапевтического эффекта.
2. Выбор препарата должен быть патофизиологически обоснованным, препарат должен обеспечивать стабильный эффект в течение суток и хорошо переноситься больным.
3. Наиболее целесообразно использовать препараты длительного действия для достижения 24-часового эффекта при однократном приеме. Такие препараты удобнее и лучше защищают органы-мишени.
4. При малой эффективности монотерапии целесообразно использование оптимальных сочетаний для достижения максимального действия и минимальных побочных эффектов.
5. Следует ориентировать больного на длительный (практически пожизненный) прием лекарственных препаратов с целью поддержания оптимального уровня АД и предотвращения осложнений.



ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ

- **β -адреноблокаторы**
- **диуретики**
- **антагонисты кальция**
- **ингибиторы АПФ**
- **блокаторы рецепторов ангиотензина II**
- **α -адреноблокаторы**
- **α_2 -агонисты центрального действия и др.**

β-адреноблокаторы: блокируют взаимодействие рецепторов с катехоламинами, предотвращая многие нежелательные эффекты последних. Они: 1. устраняют симпато-адреналовые влияния на сердце, способствуя снижению СВ, прежде всего за счет уменьшения ЧСС и сократимости миокарда. 2. Даже в небольших дозах подавляют секрецию ренина почками за счет блокады β-рецепторов ЮГА почек. 3. Длительное применение их восстанавливает чувствительность барорецепторов дуги аорты и каротидного синуса, нормализуя рефлекторную регуляцию АД. Выбор БАБ зависит от конкретной ситуации, но чаще всего используются кардиоселективные БАБ: метопролол 25-100 мг х 2 р./сут.; бетаксолол (локрен) 10-20 мг х 1 р/сут.; атенолол 25-100 мг х 2 р/сут.; бисопролол (конкор) 5-10 мг х 1 р./сут. или БАБ с вазодилатирующими свойствами: карведилол (дилатренд) 12.5-50мг х 2 р/сут., небиволол (небилет) 2.5-5 мг/сут.

диуретики: механизм а/гипертензивного действия определяется их диуретическим и Na-уретическим действием, что приводит к уменьшению ОЦК, преднагрузки и снижению содержания Na в сосудистой стенке. Но, учитывая значительные побочные эффекты (электролитные нарушения, рефлекторное повышение ренина, АII и альдостерона; рефлекторная активация САС; увеличение содержания мочевой кислоты; нарушения липидного обмена), диуретики чаще применяются в малых дозах в комбинированной терапии. Известны фиксированные сочетания: тенорик, капозид, ко-ренитек, энап Н и др. Наиболее часто используются тиазидовые диуретики: гидрохлортиазид 12.5-25 мгх 1 р/сут.; хлорталидон – дозы те же, индапамид (арифон) в дозах 2.5 или 1.5 (ретард)/сут. Петлевые диуретики (фуросемид) используются лишь при неотложных состояниях.



антагонисты кальция: используются все 3 группы:
дигидропиридины (нифедипин), бензотиазепины (дилтиазем). фенилалкиламины (верапамил). Механизм: 1- снижение сократимости миокарда, 2-вазодилатирующий эффект, 3-электрофизиологический эффект, 4-снижение агрегации тромбоцитов. Нифедипины короткого действия используются в неотложных состояниях: нифедипин (кордипин и др.) по 10-20 мг п/я; для планового лечения используются ретардные формы по 20 мг x 2 р/сут. или кордипин XL 40 мг/сут., а лучше всего амлодипин (норваск, нормодипин и др.) или фелодипин по 5-10 мг/сут. x 1 раз. Верапамил 3-хкратно или верапамил-ретард 240-360 мг/сут.




ингибиторы АПФ: Осн. механизмы: 1-системная вазодилатация артериол и вен, 2-снижение реабсорбции натрия, 3-уменьшение активности САС, 4-замедление и обратное развитие ГЛЖ и гипертрофии мышечной оболочки сосудов, 5- увеличение синтеза вазодилатирующих факторов (NO). Осн. представители: каптоприл (капотен) 25-100 мг х 2-3 р/сут.; эналаприл (ренитек, энап и др.) 5-40 мг х 1-2 р/сут.; лизиноприл (синоприл, диротон) 5-40 мг х 1 р/сут.; периндоприл (престариум) 2-8 мг /сут. х 1 р.; фозиноприл (моноприл) 10-40 мг х 1 р./сут. и др.



блокаторы рецепторов ангиотензина II: осн. механизм — блокада образования АТ II в тканях с помощью тканевой химазы и др. соединений. Этот процесс не контролируется иАПФ, поэтому и создана группа АРАII. Гемодинамические эффекты аналогичны ингибиторам АПФ, но не вызывают сухого кашля. Представители: Лозартран (козаар) 25-50 мг х 1 р/сут., диован, теветен.

α -адреноблокаторы: механизм основан на блокаде α 1-адренорецепторов ГМК, что ведет к артериолярной и венозной вазодилатации, оказывают благоприятное действие на липидный профиль. Празозин 1-10 мг х 2-3 р/сут., доксазозин — отн. новый препарат 1-4 мг х 1 р/сут. Однако: ортостатические реакции, головокружение, отеки ног, сонливость, сухость во рту, неблагоприятное воздействие на прогноз ограничивают применение их в осн. у мужчин при сочетании с ДГПЖ.



α 2-агонисты центрального действия: стимулируют имидазолиновые рецепторы и α 2-адренорецепторы нейронов, расположенных в продолговатом мозге, которые оказывают тормозящее влияние на сосудодвигательный центр и тем самым снижают активность САС. Метилдопа (применяется у беременных) и клонидин (клофелин, применяется при кризах) известны давно. Современные препараты: моксонидин (цинт), физиотенз, альбарел применяются однократно в сутки. Наиболее показаны при метаболическом сд-ме.



Выбор лекарственных средств

На первом этапе медикаментозного лечения рекомендуется монотерапия препаратом, относящимся к одной из основных групп антигипертензивных лекарственных средств: β -адреноблокаторам, блокаторам медленных кальциевых каналов, ингибиторам АПФ и/или блокаторам ангиотензиновых рецепторов, диуретикам и α 1-адреноблокаторам. Препарат подбирается индивидуально с учетом противопоказаний к его назначению и побочных эффектов, в том числе влияния лекарственного средства на липидный, углеводный обмен, состояние церебрального, коронарного и почечного кровотока систолическую и диастолическую функцию ЛЖ и т.д. Во всех случаях следует стремиться к назначению пролонгированных форм основных антигипертензивных препаратов, исходя из принципа: «один день – одна таблетка». Наиболее общие рекомендации по выбору лекарственного средства для лечения больных АГ представлены в табл. 7.



Если через 3 месяца от начала монотерапии желаемый антигипертензивный эффект не достигнут (при условии адекватного подбора суточных доз и продолжения активной немедикаментозной терапии), целесообразно: либо продолжить монотерапию, назначив препарат, относящийся к другой группе антигипертензивных средств; либо перейти к комбинированной терапии, добавив к выбранному ранее препарату антигипертензивное лекарственное средство из другой группы.

