

ственных групп (антиагреганты, липо- и психотропные препараты). Все выше представленные схемы лечения были адаптированы по дозам, возрасту пациентов и поддерживали (или были близки) целевой уровень артериального давления при отсутствии приступов стенокардии и хорошем общем самочувствии пациентов. Проводя фармакоэпидемиологический анализ различных схем фармакотерапии артериальной гипертензии и сравнивая полученные данные с национальными рекомендациями по лечению артериальной гипертензии 2010 г. (4-й пересмотр) можно отметить, что оптимально лучшей оказалась антигипертензивная терапия ИАПФ и диуретика (1 схема). Однако следует заметить, что пациенты, получающие комбинирован-

ную множественную терапию (40%), оставались в поиске рациональной фармакотерапии, подборе доз, сочетабельности, переносимости лекарственных средств. У этих пациентов были фоновые и сопутствующие заболевания, которые не позволяли назначить им рекомендуемые лекарственные средства, или эти препараты давали нежелательные лекарственные реакции.

Выводы. Из проведенного анализа фармакотерапии по историями болезни больных наиболее часто назначались и были результативными сочетания ИАПФ с диуретиком и β -адреноблокаторов с диуретиком, что составило 32% от всех лечившихся пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА И МЕТОПРОЛОЛА ПРИ КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ТОЛКАЧЕВ И.М.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Введение. Сегодня отмечается неуклонное возрастание количества пациентов с сахарным диабетом, само наличие которого уже предрасполагает к артериальной гипертензии, зачастую имеющей кризовое течение, характеризующейся более частыми осложнениям в виде инсульта и инфаркта миокарда, а также поражением органов-мишеней. Одним из показателей поражения левого желудочка является увеличение массы миокарда левого желудочка, увеличивающей риск смерти в несколько десятков раз выше, чем у больных с нормальной массой миокарда. В качестве препаратов, используемых в лечении гипертонической болезни, чаще стали применяться агонисты имидазалиновых рецепторов – моксонидин, наряду с которыми сохраняется и преобладает применение бета-блокаторов, одним из которых является метопролол.

Цель исследования. Изучить сравнительное влияние моксонидина и метопролола на эхокардиографические параметры левого желудочка, степень их влияния на суточное мониторирование артериального давления. Для этого были поставлены задачи: изучение динамики толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, а также массы миокарда левого желудочка по данным эхокардиографии, а также параметров систолического и диастолического артериального давления по данным суточного мониторирования на фоне лечения моксонидином и метопрололом.

Материал и методы. Объектом нашего изучения стали 14 пациентов мужского пола с сахарным диабетом и имеющих кризовое течение артери-

альной гипертензии, получающих в качестве антигипертензивной терапии: эналаприл 40 мг, амлодипин 10 мг, индапамид 1,5 мг, инсулинотерапию по сахару крови. Пациенты первой группы в качестве антигипертензивного препарата получали моксонидин 0,4 мг в сутки, второй группы – метопролола тартрат в дозировке 50 мг в сутки. Помимо изучения динамики суточного мониторирования артериального давления были изучены вышеперечисленные эхокардиографические параметры левого желудочка.

Результаты. Как моксонидин, так и метопролол достоверно снижали толщину межжелудочковой перегородки с $1,3 \pm 0,1$ см до $1,1 \pm 0,1$ см ($p < 0,05$) и с $1,2 \pm 0,2$ см до $1,1 \pm 0,2$ см ($p < 0,05$) соответственно. Подобная направленность показателей отмечалась и при изучении динамики задней стенки левого желудочка, которая достоверно уменьшалась ($p < 0,05$) с $1,2 \pm 0,1$ см до $1,0 \pm 0,1$ см в группе моксонидина; метопролол обладал чуть меньшим влиянием на динамику МЖП, снижая ее толщину с $1,2 \pm 0,2$ см до $1,1 \pm 0,2$ см. Индекс массы левого желудочка достоверно ($p < 0,05$) уменьшался в группе моксонидина – с $34,3 \pm 3,8$ кг/м² до $32,2 \pm 3,7$ кг/м²; в группе метопролола сукцината – с $34,1 \pm 6,8$ кг/м² до $33,9 \pm 6,8$ кг/м². Динамика трендов заключалась в уменьшении изучаемого параметра в группе моксонидина – на 6,1%, а в группе метопролола – на 1,8% ($p < 0,05$). При сравнении трендов по снижению артериального давления были выявлены достоверные изменения ($p < 0,05$), заключающиеся в снижении систолического артериального давления группы «моксонидина» – на 19% (со $131,1 \pm 14,6$ мм рт.ст. до $131,1 \pm 14,6$ мм рт.ст.),

а группы метопролола – на 9 % (со $157,9 \pm 31,6$ мм рт.ст. до $103,4 \pm 20,68$ мм рт.ст.). Цифры диастолического артериального давления в этих группах снижались на 17,5 % (со $104,8 \pm 11,6$ мм рт.ст. до $86,5 \pm 9,6$ мм рт.ст.) и на 8 % (со $103,4 \pm 20,7$ мм рт.ст. до $95,1 \pm 19,0$ мм рт.ст.) соответственно ($p < 0,05$). Следует упомянуть, что в группе моксонидина мы наблюдали и большее количество побочных эффектов, одним из которых была сухость во рту (около 30 % обследуемых больных), в отличие от метопролола.

Заключение. Метопролол и моксонидин благоприятно влияют на такие эхокардиографические параметры, как масса миокарда левого желудочка, степень гипертрофии межжелудочковой перегородки, а также показатели суточного мониторинга: среднее систолическое и диастолическое артериальное давление. Моксонидин, несмотря на большее количество встречающихся побочных эффектов, более эффективен в отношении выше-названных изучаемых параметров.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Трибрат Т.А.¹, Шуть С.В.¹, Гончарова Е.О.¹, Рудич А.И.²

¹Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава;

²«КП 3-я ГKB ПГС». Украина

Введение. Повышение эффективности лечения артериальной гипертензии (АГ) – один из ключевых вопросов современной медицины. АГ следует рассматривать как ведущий фактор риска развития кардиальной и цереброваскулярной патологии, который существенно влияет на продолжительность жизни населения Украины. Летом 2018 года Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейское общество гипертензии (ESH) подали новые рекомендации по менеджменту артериальной гипертензии (АГ), где делается акцент на важность оценки комплаенса пациентов, потому что именно недостаточная приверженность пациентов к лечению считается основной причиной неудовлетворительного контроля артериального давления.

Цель работы. Оценка уровня комплаенса пациентов с АГ и коморбидной ишемической болезнью (ИБС).

Материал и методы. С целью выполнения исследования были обследованы 166 пациентов в возрасте от 41 до 88 лет. Больным с гипертонической болезнью сердца I–II стадии, стенокардией напряжения стабильной, функциональный класс I–III, в сочетании с недостаточностью кровообращения I–II стадии, диффузным кардиосклерозом для изучения суточного профиля АД проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) для выявления признаков нарушения процессов реполяризации. Для определения уровня комплаенса использовали разработанный нами опросник, который включал 20 тестовых вопросов, при интерпретации оценивается сумма баллов всех вопросов: 51–60 соответствуют вы-

сокому уровню комплаенса, 41–50 – среднему уровню комплаенса, 40 и менее баллов – низкому уровню комплаенса, после чего врач, в зависимости от уровня комплаенса, выбирает оптимальные пути его улучшения, в составе базовой комплексной терапии назначает рациональную комбинацию лекарственных средств и рекомендаций. Математическая обработка данных осуществлена на персональном компьютере с использованием статической программы «Statistica» 6,0.

Результаты. Проведенное исследование показало, что осведомленность о заболевании и его осложнениях среди больных АГ с коморбидной ИБС остается недостаточной, в связи с чем многие пациенты недооценивают серьезность заболевания и соответственно не выполняют в полном объеме рекомендации врача. По данным анкетирования в начале исследования выявлены 33,6 % пациентов с высоким уровнем комплаенса, 23,4 % – средним, 43 % – низким. Приверженность больных к лечению была тесно связана с уровнем АД как в начале исследования, так и на этапах лечения. Пациенты с высокой приверженностью имели наиболее низкий уровень САТ и ДАТ на всех этапах лечения. То есть, с одной стороны, в начале исследования более высокая приверженность была у пациентов с более низким АД, с другой стороны, высокая приверженность к лечению могла способствовать лучшему контролю АД на фоне терапии. При проведении стандартизации по возрасту, полу, этиологии АГ, длительности АГ, сердечно-сосудистым рискам и факторам, которые характеризуют образ жизни (индекс массы тела, курение, злоупотребление алкоголем, уровень образования, регулярные физические заня-