

боль, тошнота то предпочтительнее ИАПФ и (или) мочегонные препараты.

#### **Эукинетическая гипертензия.**

При эукинетическом типе сердечный выброс существенно не способен изменяться, а общее периферическое сопротивление повышается умеренно. Характер эукинетической гипертензии чаще стойкий, систоло-диастолический, течение доброкачественное. Характерен для 1-3 стадий АГ. Признаки сердечной недостаточности могут возникать при нагрузке. Ретинопатия обычно выражена. Довольно часто наблюдаются признаки ИБС. Клиника может быть самой разнообразной. Рекомендуется использование ИАПФ, мочегонных препаратов.

Для всех гемодинамических форм АГ в лечении очень важны и немедикаментозные методы. К основным методам немедикаментозного лечения артериальной гипертензии относятся:

1. диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении;
2. ограничение употребления алкоголя;
3. регулярные физические упражнения;
4. прекращение курения;
5. снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

Рекомендуемое больным с артериальной гипертензией ограничение соли направлено на снижение АД за счет уменьшения ОЦП. Самостоятельным гипотензивным эффектом обладает лишь резкое снижение ее потребления - до 10-20 ммоль в сутки, что мало реально. Умеренное ограничение соли (до 70-80 ммоль в сутки) слабо влияет на уровень АД, но потенцирует действие всех антигипертензивных препаратов. В этих целях больным рекомендуют прекратить досаливать пищу и избегать продуктов с высоким содержанием соли. Нормализация массы тела оказывает умеренное независимое гипотензивное действие, возможно, вследствие уменьшения симпатической активности. Оно способствует также снижению уровня холестерина в крови, уменьшению риска развития ИБС и сахарного диабета.

Такой же эффект дают регулярные физические тренировки (Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group и др.).

Алкоголь в умеренном количестве не оказывает вреда, так как обладает релаксирующим свойством. В больших дозах он, однако, вызывает вазопрессорное действие и может приводить к повышению уровня триглицеридов и развитию аритмий.

Курение и артериальная гипертензия оказывают аддитивное влияние на вероятность летального исхода от сердечно-сосудистых заболеваний. Курение не только повышает заболеваемость ИБС, но и является независимым фактором риска внезапной смерти, особенно при наличии гипертрофии левого желудочка и сопутствующей ИБС. Больным с артериальной гипертензией следует настоятельно рекомендовать бросить курить.

Различные методы релаксации (психотерапия, аутотренинг, йога, увеличение продолжительности отдыха) улучшают самочувствие больных, но не влияют существенно на уровень АД. Их можно использовать в качестве самостоятельного метода лечения только при пограничной артериальной гипертензии, а при наличии показаний к медикаментозной терапии эти методы не могут ее заменить. Больным с артериальной гипертензией противопоказана работа, связанная с такими профессиональными факторами, способствующими повышению АД, как шум, вибрация и др.

В данной статье приведен лишь незначительный опыт в лечении артериальной гипертензии, который мы надеемся, окажется полезным для врачей всех специальностей.

#### **Литература:**

1. Шхвацабая И.К. Внутрисердечная геодинамика и клинко-патогенетические варианты течения гипертонической болезни / Кардиология. - 1977. - №10. - С. 8-18.
2. Шхвацабая И.К., Константинов Е.Н., Гундаров И.А. / О новом подходе к пониманию гемодинамической нормы / Кардиология. - 1981. - № 3. - С. 10-14.

УДК 616.12-008.331-08

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**А.С. Дюсюкенова, Р.Е. Кулубеков**

**КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей,  
РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей»**

*Режим дозирования и применение лекарственных средств при артериальной гипертензии разделяет их в соответствии с регуляторными зонами или механизмами, на которые они действуют.*

#### **Тұжырым**

**Рационалдық қан қысымының гипертензиясының рационалдық фармакотерапиясы**

*Мөлшер тәртібі және дәрілік заттарды қолдану қан қысымының гипертензиясының әсер ету механизмінің сәйкестігіне солардың әсер етуіне байланысты бөледі.*

#### **Summary**

### **THE RATIONAL PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION**

*Regime of dosage and application remedies by arterial hypertension divided theirs accordingly with regulation zones and mechanisms, on which they acted.*

Все антигипертензивные средства действуют на одну или несколько анатомо-физиологических структур, участвующих в регуляции АД и оказывают эффект путем вмешательства в механизмы повышения АД. Рабо-

чая классификация гипотензивных препаратов разделяет их в соответствии с регуляторными зонами или механизмами, на которые они действуют (таблица 1).

**Таблица 1. - Препараты, точки приложения антигипертензивных препаратов.**

Препараты выбора и др. препараты	Точки приложения
Метилдопа, клонидин, гуанабес, гуанфацин	Вазомоторный центр
Гуанетидин, гуанадрел, резерпин	Симпатические нервные окончания
Триметафан	Симпатические ганглии
Пропранолол и др. бета –блокаторы	Бета-рецепторы сердца, проводящей системы сердца, сосудов, бронхов
Празозин и др. альфа-блокаторы	Альфа-рецепторы сердца
Гидралазин, миноксидил, нитропруссид, диазоксид	Гладкая мускулатура сосудов
Верапамил и др. блокаторы кальциевых каналов	Гладкая мускулатура сосудов
Пропранолол и др. бета –блокаторы	Бета-рецепторы юкстагломерулярных клеток, высвобождающих ренин
Тиазиды и др.	Канальцы почек
Каптоприл и др. ингибиторы АПФ	Блок превращения АТ1 в АТ2.

*Стандарт лечения гипертонической болезни II стадии.*

*Вариант 1. Средний возраст, умеренное питание.*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 80-120 мг в сутки в 3 приема.
- 2) Антагонисты кальция – нифедипин 90-120 мг в сутки в 2-3 приема

*Вариант 2. Средний возраст, повышенное питание*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 90 – 120 мг в сутки в 2 – 3 приема.
- 2) Диуретики – гидрохлортиазид – 50 – 75 мг в сутки в первой половине дня.

*Вариант 3. Артериальная гипертензия с кардиальной симптоматикой.*

- 1) Антагонисты кальция – нифедипин 40-60 мг в сутки в 2-3 приема
- 2) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема
- 3) Диуретики – гидрохлортиазид – 50 – 75 мг в сутки в первой половине дня.

*Вариант 4. У пожилых людей.*

- 1) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема
- 2) Диуретики – гидрохлортиазид – 25 – 50 мг в сутки в первой половине дня.
- 3) Препараты центрального действия – метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.

*Стандарт лечения гипертонической болезни III стадии.*

*Вариант 1. Повышение АД с выраженными проявлениями активизации симпато – адреналовой системы: тремор рук, слабость, сердцебиение, раздражительность, потливость, плохой сон и т.д.:*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 60-100 мг в сутки в 2- 3 приема.
- 2) Антагонисты кальция – нифедипин 80 мг в сутки в 2-3 приема
- 3) Диуретики – гидрохлортиазид – 75 мг в сутки в первой половине дня.
- 4) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема

*Вариант 2. Избыточная масса тела.*

- 1) бета – адреноблокаторы – атенолол по 50 – 100 мг в сутки в 1 – 2 приема.
- 2) Диуретики – фуросемид – 80 мг в сутки 2 – 3 раза в неделю.
- 3) Препараты центрального действия – метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.
- 4) Антагонисты кальция – нифедипин 120 мг в сутки в 2-3 приема.

Вышеуказанные схемы должны оказать эффект на 2- 3 сутки. При эффекте лечение может длиться 2 – 3 недели. В случае неэффективности: изменение режима дозирования указанных препаратов; замена недостаточно эффективного препарата или отсутствующего лекарственного средства другим этой же группы; вызов на консультацию кардиолога или госпитализация в специализированное кардиологическое отделение.

УДК 616.12-008.331.1-053.88

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.М. Шулепова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Павлодар

### Резюме

Освещение результатов доказательной медицины, международных рекомендаций в лечении пожилых пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией.