

У мужчин и женщин в количестве ЛПВП ХС в определенной степени было повышение. В начале лечения у женщин ЛПВП ХС  $1,03 \pm 0,08$  ммоль/л, а в конце  $1,0 \pm 0,12$  ммоль/л, у мужчин повышаясь до  $0,89 \pm 0,09$  ммоль/л стало  $0,75 \pm 0,09$  ммоль/л. В начале количество глюкозы в крови было  $6,01 \pm 0,35$  ммоль/л, затем уменьшилось до  $5,93 \pm 0,39$  ммоль/л.

Таким образом, у 87% больных за 7 недель лечения достигли нужного уровня АД. Препарат не оказывал отрицательного действия на глюкозу в крови и уровень липидов, напротив, возникло определенное улучшение. Незначительное понижение глюкозы в крови может быть связано с облегчением доставки глюкозы в ткани, периферическим вазодилаторным действием компонентов препарата, увеличение чувствительности тканей к инсулину и более хорошим контролем диеты в период наблюдения.

Проведенное нами исследование показало эффективность и безопасность препарата фиксированной комбинации амлодипина+лизиноприла (Амлипин) для лечения артериальной гипертензии у больных МС.

Артериалды гипертензиямен наукастарды сәтті емдеуге қосарланған гипотензивті дәрілер кеңінен қолданылады. Олардың бірі Амлипін (Са антогонисті амлодипін 5 мг+ АПФ ингибиторы лизиноприл 5 мг) болып табылады. Осы дәрі артериалды қан қысымын төмендетеді, липидті спектрге оң әсер етеді.

For successful treatment of patients with arterial hypertension are applied combined ant-hypertensive drugs. Amlipin (amlodipin is antagonist of calcium 5 mg & lisinopril is inhibitor ACE 5 mg) is one of them. Medicine decreases blood pressure, does positive using to cholesterol of blood.

#### Литература:

1. Карпов Ю.А., Соболева Г.Н. Антагонисты кальция – препараты первой линии в кардиологии. Тер. Архив 1997 №1 стр. 74-76
2. Ольбинская Л.И., Морозов Т.Е. Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента эналаприл в лечении больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью. Кардиология. 1994 №8
3. Мамедов М.Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома. М.2004.
4. Гуревич М.А. Особенности патогенеза и лечения ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом. Клин. Мед. 2005; 1; 4-9.
5. Чазова И.Е., Мычка В.Б. "Метаболический синдром" М.2004-168 с.
6. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. "Метаболический синдром" М.2004.
7. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. "Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы" Consilium medicum №9, 2005.

УДК 616.12-008.331.1

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

М.Ш. Карасаева

*Актауская городская поликлиника №1, г.Актау*

Наибольшие трудности в определении принципов и методов первичной профилактики артериальной гипертензии (АГ) среди детей и подростков связаны с необходимостью четкой дифференциальной диагностики ювенильной формы АГ и нейроциркуляторной астении с лабильной артериальной гипертензией. Предлагая схемы методов первичной профилактики АГ среди подростков, мы исходим из разработанных нами принципов диспансерного наблюдения за этими группами высокой степени риска.

Необходимо учесть, что диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по АГ, высоким нормальным АД, с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью. При соблюдении этих условий диспансеризация должна включать в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по АГ, высоким нормальным АД;
- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по АГ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование

ограничивается антропометрией и трехкратным измерением АД). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска АГ ребенок должен быть проконсультирован кардиоревматологом (при АГ - 1 раз в 6 месяцев, при ГБ - 1 раз в 3 месяца). По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и невропатологом. Обязательные исследования проводятся не реже 1 раза в год, дополнительные - по показаниям.

Все данные вносятся в историю болезни ребенка и медицинскую карту ребенка. Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

У подростков может быть использовано установление группы риска по адаптированным нами критериям для подросткового возраста, опубликованным в Рекомендациях экспертов ВНОК по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии 2009 года [1].

Группы риска АГ I степени:

- Низкий риск - нет факторов риска и нет поражения органов - мишеней.
- Средний риск - 1-2 фактора риска без поражения органов-мишеней.
- Высокий риск - 3 и более факторов риска и/или поражения органов - мишеней.

Пациенты с АГ II степени относятся к группе высокого риска.

Целью лечения АГ является достижение устойчивой нормализации АД для снижения риска развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний и летальности.

Задачи лечения АГ:

- достижение целевого уровня АД для данного возраста, пола и роста;
- улучшение качества жизни пациента;
- профилактика поражения органов-мишеней или обратное развитие имеющихся в них изменений;
- профилактика гипертонических кризов.

Исходя из вышеизложенного, для медицинских работников нами определены общие принципы ведения подростков с АГ:

- при выявлении у подростка АД, соответствующего понятию "высокое нормальное АД", медикаментозная терапия не проводится. Рекомендуется немедикаментозное лечение и наблюдение;
- при выявлении у подростка АД, соответствующего понятию "артериальная гипертензия I степени", медикаментозная терапия назначается при неэффективности в течение 6-12 месяцев немедикаментозного лечения;
- при выявлении у подростка артериальной гипертензии II степени, медикаментозное лечение назначается одновременно с немедикаментозной терапией;
- если подросток 16 лет и старше относится к группе высокого риска, медикаментозная терапия назначается одновременно с немедикаментозной независимо от степени АГ;
- перед началом медикаментозного лечения желательное проведение суточного мониторирования АД;
- выбор препарата осуществляется с учётом индивидуальных особенностей пациента, возраста, сопутствующих состояний (ожирение, сахарный диабет, состояние вегетативной нервной системы, гипертрофия миокарда левого желудочка, функциональное состояние почек и др.);
- лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом, чтобы уменьшить возможные побочные эффекты. Если отмечается недостаточный гипотензивный эффект при хорошей переносимости препарата, целесообразно увеличить дозировку данного лекарственного средства;
- при отсутствии гипотензивного эффекта или плохой переносимости лекарственного средства проводится замена на препарат другого класса;
- желательно использование препаратов длительного действия, обеспечивающих контроль АД в течение 24 часов при однократном приеме;
- при неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов, желательно в малых дозах;
- оценка эффективности гипотензивного лечения проводится через 8-12 недель от начала лечения;
- оптимальная продолжительность медикаментозной терапии определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Минимальная продолжительность

медикаментозного лечения - 3 месяца, предпочтительнее - 6-12 месяцев;

Показанием к немедикаментозному лечению детей и подростков следует считать наличие у них высокого нормального АД или АГ. Немедикаментозное лечение АГ должно быть рекомендовано всем детям и подросткам вне зависимости от необходимости лекарственной терапии. Немедикаментозное лечение включает в себя следующие компоненты:

- мероприятия по снижению избыточной массы тела (МТ) проводятся после оценки МТ с помощью определения индекса Кетле. Рекомендации по контролю за МТ включают оптимизацию физической активности и рационализацию питания (уменьшение калорийности суточного рациона).

В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации кардиологов (American Heart Association) для поддержания хорошего состояния здоровья подросткам необходимо ежедневно уделять как минимум по 30 минут умеренным динамическим (аэробным) нагрузкам и по 30 минут 3-4 дня в неделю - интенсивным физическим нагрузкам [2]: АГ I степени при отсутствии органических поражений или сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний не может быть препятствием для занятий спортом. Необходимо каждые два месяца измерять АД для оценки влияния физических упражнений на уровень АД.

Диетотерапия АГ является необходимым компонентом комплексного лечения и направлена на нормализацию АД с помощью понижения возбудимости центральной нервной системы, улучшения функционального состояния почек и коры надпочечников и, тем самым, нормализации водно-солевого баланса и тонуса сосудов. При этом основными принципами лечебного питания должны служить физиологическая полноценность рациона, который должен содержать все необходимые факторы питания в количествах, соответствующих физиологической потребности детей и подростков в основных пищевых веществах и энергии; ограничение потребления натрия и свободной жидкости в сочетании с повышенным содержанием в рационе калия и магния; оптимальный жирно-кислотный состав с содержанием растительных жиров в диете не менее 30% от общего содержания жиров.

- Лечение вегетативных нарушений
- Физioterапeвтичeские процедуры: гальванизация, диатермия синокаротидной зоны; электрофорез по Вермелю (с 5% раствором бромистого натрия, 4% сульфата магния, 2% раствором эуфиллина, 1% раствором папаверина); электросон с частотой импульсов 10 Гц; массаж; иглорефлексотерапия; водные процедуры.
- Психофизиологический тренинг.
- Фитотерапия курсами продолжительностью 1 месяц 3-4 раза в год.: седативные травы (сбор из 6 трав: шалфей, боярышник, пустырник, валериана, зверобой, багульник; настой листьев эвкомии и шлемника; настой сушеницы болотной); мочегонные травы (брусничный лист, толокнянка, березовые почки). Широко внедрение мероприятий медицинской профилактики в деятельность врачей практического здравоохранения, развитие системы целенаправленного применения этих мер может рассматриваться как шаг к переходу служб практического здравоохранения на реальное профилактическое направление. Результаты комплексных профилактических мероприятий определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы. Дело только за ее реальным осу-

ществлением, активизацией резервов служб практического здравоохранения.

#### Литература:

1. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Комитет экспертов Всероссийского науч-

ного общества кардиологов. Секция артериальной гипертензии ВНОК. - М., 2009 г. - 128 с.

2. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of Stroke by antihypertensive Drug Treatment in Older Persons With isolated Systolic Hypertension / Final Results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) // J. Amer. Med. Ass. -2004. -V. 265, N 23. -P.3255-3264.

#### Основные принципы и методы первичной профилактики артериальной гипертензии среди подростков.

В статье приводятся основные принципы и методы первичной профилактики артериальной гипертензии среди подростков. Описаны методы диспансерного наблюдения, комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, включающего медикаментозное и немедикаментозное лечение.

#### The main principles and methods for primary prevention of arterial hypertension in teenagers.

In the paper we have presented the main principles and methods for primary prevention of arterial hypertension in adolescents. It was described the methods for clinic centre system monitoring, complex sanitary and therapy measures including medicamentous and non-medicamentous treatment.

УДК 616.12-008.

### ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КО-ДИРОТОНОМ

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.Е. Мансарина,  
С.М. Сагайдачный, А.Г. Абдыкаримова, З.Г. Кездыкбаева  
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Изучение вопроса о влиянии малых доз ИАПФ на сердечнососудистую систему у лиц, страдающих артериальной гипертензией, является весьма актуальной проблемой. В настоящее время отмечено увеличение заболеваемости артериальной гипертензии в Казахстане, ВКО.

**Цель исследования.** Изучение сравнительной эффективности Ко-Диротона (фирма «Гедеон Рихтер») у лиц, страдающих артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Обследовано 62 больных с артериальной гипертензией, из них 35 мужчин, 27 - женщин, в возрасте от 32 до 65 лет, средний возраст больных составил  $45,2 \pm 1,2$  лет. Все больные распределены на 2 группы: Первая группа - 31 больных, которым назначался Ко-Диротон 10-20 мг/сут однократно. Вторая группа - 31 больных, которым назначался Ко-Диротон в дозе 40 мг/сут.

Ко-Диротон - комбинированный препарат, состоящий из лизиноприла и гидрохлоротиазиды. Ко-Диротон применялся: 1) как первый препарат с последующим добавлением при необходимости других антигипертензивных средств, 2) после отмены неэффективного предшествующего лечения, 3) в случае непереносимости предшествующей антигипертензивной терапии, 4) в качестве дополнения к предшествующей недостаточно эффективной антигипертензивной терапии. Ко-Диротон назначали в начальной дозе 10-20 мг/сут однократно, максимальная-40 мг/сут. Коррекция эффективности лечения в зависимости от дозы проводилась на основании измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений, общего периферического сопротивления (ОПСС), минутного (МО) и ударного (УО) объемов сердца по данным рео - и эхокардиографии. Дан-

ные наблюдения обрабатывались статистическими программами SPSS.

#### Результаты исследования и обсуждение

К наиболее характерным жалобам больных обеих групп следует отнести повышение артериального давления до 170/100 мм.рт.ст. (92% и 98% соответственно), головные боли различной выраженности (82% и 79% соответственно). Длительность заболевания в первой группе составила в среднем 18,6 лет, во второй группе 19,2 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечено: ИБС. Стабильная стенокардия 54% и 62% соответственно, ИБС. Кардиосклероз - 12% и 8% соответственно, сахарный диабет 11 тип, средней степени тяжести - 6% и 9% соответственно.

У всех больных обеих групп исходно оказались достоверно повышены систолическое и диастолическое артериальное давление. Группы обследованных больных сопоставимы по основным показателям.

Больным, получавшим Ко-Диротон, он был назначен в качестве первого в дозе 40 мг - 47%, как дополнительный в дозе 20 мг - 53%.

На 3 сутки у больных, получавших Ко-Диротон в дозе 20 и 40 мг/сут, САД, ДАД, ЧСС имели достоверную тенденцию к снижению, при дальнейшей тенденции к снижению на 10 сутки, особенно выраженному во 2-ой группе.

Отмены Ко-Диротона в связи с побочными эффектами во время лечения в обеих группах не наблюдалось. После проведенной терапии Ко-Диротонотом отмечена положительная динамика в обеих группах.

Проведенное исследование показало, что для достижения адекватного снижения артериального давления в условиях стационара показано обязательное назначение Ко-Диротона.