

УДК 616.12-008.331.1:615.22

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УМЕРЕННЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ

С.А. Ангриевская, С.В. Калинин, В.К. Кротенко, А.Е. Поляков

Областной кардиологический диспансер, Одесса

Ключевые слова: артериальная гипертензия, β -адреноблокаторы, лечение, «Корвазан».

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее массовой патологией среди взрослого населения экономически развитых стран и признана неинфекционной эпидемией XX—XXI столетий в цивилизованном мире. Сложившаяся ситуация с высокой пораженностью населения Украины АГ (до 30% взрослого населения в 2005 г.) требует непрерывного поиска новых форм и методов профилактики и лечения [3, 4].

Большинство современных препаратов, используемых практикующими врачами, обладают примерно одинаковой антигипертензивной активностью, порядка 50—60% при монотерапии. Установлено значительное ослабление их гипотензивного действия через 4—6—8 мес регулярного приема препарата. В современной гипертензиологии появилось понятие «эффекта ускользания», отражающее активизацию прессорных систем организма в ответ на воздействие лекарства на отдельные звенья патогенеза при полигенном механизме развития заболевания [6].

В связи с этим в последние годы внимание ученых и клиницистов привлекают возможности применения комбинированных антигипертензивных средств, что обеспечивает достижение большего клинического эффекта при снижении побочных явлений [7].

Определенные успехи достигнуты и в отечественной фармацевтической промышленности, которая сегодня, несомненно, на подъеме. Специалисты любого профиля успешно используют препараты, произведенные в Украине и не уступающие зарубежным аналогам.

Среди классифицируемых как фиксированные комбинированные формы антигипертензивной терапии можно рассматривать неселективные β -блокаторы с α_1 -блокирующим действием [1].

В настоящее время накоплен огромный клинический и научный опыт использования класса β -блокаторов в лечении и профилактике ишемической болезни сердца (ИБС), ГБ [2]. В многочисленных трайлах, выполненных в соответствии с законами доказательной медицины, получены убе-

дительные данные по повышению уровня выживаемости пациентов с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. Практика обязательного использования β -блокаторов для терапии, первичной и вторичной профилактики указанной категории больных широко экстраполирована и на случаи ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе [3].

Хотя в последние годы целесообразность широкого применения β -блокаторов у пациентов, страдающих АГ (из-за спорных достоинств β -блокатора атенолола, признанного самым неудачным в своем классе), подвержена некоторым сомнениям, практическое значение их в преодолении проблем, связанных с АГ, по-прежнему актуально. Вместе с тем спектр исследований и сообщений по возможностям применения как антигипертензивных средств β -блокаторов со свойствами α_1 -адреноблокады отечественного антигипертензивного препарата «Корвазан» сравнительно небольшой.

С целью возможного внедрения в широкую клиническую практику изучен отечественный антигипертензивный препарат «Корвазан», выпускаемый украинским фармацевтическим предприятием — корпорацией «Артериум».

Задачи исследования:

1. Изучить применение «Корвазана» в качестве антигипертензивного препарата для пациентов, страдающих артериальной гипертензией умеренной формы (30—40% взрослой «гипертензивной» популяции).

2. Исследовать использование «Корвазана» для лечения тяжелых форм гипертензии в комбинации с петлевым диуретиком торасемид.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены больные с артериальной гипертензией умеренной и тяжелой форм (24 и 18 пациентов), у которых патология диагностирована в соответствии с классификационными критериями ВОЗ и Международного общества по АГ (1999 г.). Наблюдением были охвачены 22 мужчины и 20 женщин, средний возраст — $(49,2 \pm 11,5)$ года.

Учитывая сложность наблюдения в амбулаторных условиях, больных для исследования отбирали без серьезных конкурирующих заболеваний, которые могли бы оказать влияние на течение основной патологии, исказить истинные параметры клинико-функционального статуса. С целью повышения уровня достоверности диагноза гипертонической болезни всем наблюдаемым проведен алгоритм исследований, исключивших симптоматическую АГ. Поэтому в исследование не вошли пациенты с отклонениями в лабораторно-функциональных пробах печени, почек, надпочечных желез. Критериями отсева по ИБС являлись анамнестические данные и клинико-функциональные признаки Q и не-Q инфаркта миокарда, указания на преходящие и постоянные расстройства ритма высоких градационных классов по В. Lowne, а также явлений сердечной недостаточности IIБ стадии по классификации Стражеско — Василенко с функциональным классом физической активности, превышающим III по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА).

Структура исследований

Все пациенты, получавшие «Корвазан» в качестве антигипертензивной монотерапии (1-я группа наблюдения), принимали препарат 2 раза/сут в дозе 25 мг утром и вечером. Больным при комбинированной терапии (2-я группа наблюдения) был назначен «Корвазан» в аналогичном режиме с дополнительным приемом тораसेмида 2,5 мг утром. Период наблюдения продолжался 4 мес.

Динамические изменения в течение заболевания верифицировали следующим образом:

1. Оценивали субъективные состояния по количеству приступов головных болей в расчете на единицу времени (1 нед), эпизодов подъема АД выше нормы при трехкратном измерении АД самостоятельно или медицинским персоналом, гипертонических кризов в расчете на единицу времени (1 нед). С этой целью больным предлагалось ведение дневника самочувствия с регистрацией АД, измеренного 3 раза в сутки (домашний мониторинг АД). Фиксировались приступы головных болей, ГК, их характеристики, медицинские мероприятия при купировании кризов.

2. Объективные колебания АД оценивали методом суточного мониторирования АД (СМ АД), которое было выполнено всем пациентам до начала и по окончании исследования с использованием комплекса аппаратуры «Cardiotens-01» фирмы «Meditech» (Венгрия), регистрирующей АД в заданном режиме (был выбран интервал в измерениях: днем — 30 мин, ночью — 1 час), одновременно фиксировалась ЧСС. Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерной программы, предложенной производителем медоборудования. Рассчитывали следующие показатели: среднесуточное, средние — дневное, ночное систолическое и диастолическое АД (СС САД, СС ДАД, СД САД, СД ДАД, СН САД, СН ДАД), индекс времени гипертонии среднесуточный, среднедневной и средненочной САД и ДАД

(ИБ СС САД, ИБ СС ДАД, ИБ СД САД, ИБ СД ДАД, ИБ СН САД, ИБ СН ДАД), вариабельность САД и ДАД среднесуточная, среднедневная и средненочная (В СС САД, В СС ДАД, В СД САД, В СД ДАД, В СН САД, В СН ДАД), суточный индекс (СИ), величина утреннего повышения АД (ВУП САД, ВУП ДАД), скорость утреннего повышения САД и ДАД (СУП САД, СУП ДАД). Значения величин, принятых за норму, представлены в табл. 1.

Изучался суточный профиль АД, так как известно, что нарушения циркадного ритма способствуют развитию сосудистых «катастроф» и требуют коррекции соответствующей терапией. В зависимости от величины СИ выделяли больных «dipper» (с нормальным снижением АД в ночное время, у которых СИ составлял 10—22% и физиологическим типом суточных колебаний АД) и «non-dipper» — пациенты с недостаточным снижением АД в ночное время, у которых СИ превышал 22% и хроноструктура циркадного ритма была патологической, а также «Night-peaker» с показателями АД в ночное время, превышающими дневные и с отрицательным значением СИ.

3. С целью изучения влияния препарата на структурно-геометрические параметры сердца, как основного органа-мишени при развитии АГ, выполняли эхокардиоскопическое исследование в начале и по окончании трайла на приборе «Sim-5000» итальянской компании «Biomedica». Анализировались следующие показатели:

- конечный систолический объем (КСО) и конечный диастолический объем (КДО) по формуле L. Teichholtz и соавт.;

- толщина задней стенки левого желудочка (ТЗС ЛЖ) и толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) во время диастолы;

Таблица 1. Показатели суточного профиля АД у здоровых лиц

Показатель	Сутки	День	Ночь
АД, мм рт. ст.	< 130/80	< 140/90	< 120/70
ИБ САД, %	< 25	< 20	< 10
ИБ ДАД, %	< 25	< 15	< 10
В САД, мм рт. ст.	< 15	< 15	< 14
В ДАД, мм рт. ст.	< 13	< 14	< 12
СИ САД, %	10—22		
СИ ДАД, %	10—22		
ВУП САД, мм рт. ст.	< 56		
ВУП ДАД, мм рт. ст.	< 36		
СУП САД, мм рт. ст. / ч	< 10		
СУП ДАД, мм рт. ст. / ч	< 6		

- масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) по формуле R. Devereux: $\text{ММЛЖ} = 1,04 \times [(\text{ТЗСЛЖ} + \text{ТМЖП} + \text{КДР})^3 - \text{КДР}^3] - 13,6$;

- индекс массы миокарда (ИММ) по формуле: $\text{ИММ} = \text{ММ}/\text{S}$, где S — площадь поверхности тела (м^2).

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с применением компьютерной технологии. Рассчитывали среднюю арифметическую ошибку согласно критерию Стьюдента с корреляционным анализом.

4. Биохимические исследования выполняли по стандартным, общепринятым методикам. Критерием являлись нормативы липидного, углеводного и пуринового обмена, утвержденные Европейским обществом кардиологов, где приняты как оптимальные следующие величины (ммоль/л):

- общий холестерин < 5,2;
- триглицериды < 2,0;
- β -липопротеиды < 3,0;
- α -липопротеиды > 1,0;
- тощачовий сахар < 5,2;
- соли мочевой кислоты < 400.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя жалобы больных обеих групп, клинические проявления болезни на протяжении 4 мес приема «Корвазана» и комплекса «Корвазан» — торасемид, на основании данных опроса и сведений дневников наблюдения пациентов было установлено, что препарат оказывает положительное, стабилизирующее влияние на субъективный статус больных. Основной беспокоящий пациентов синдром болезни, частые цефалгии, регрессировал со значительной статистической разницей в количестве приступов в начале наблюдения и через 4 мес приема «Корвазана» (табл. 2) и комплекса «Корвазан» — торасемид. При этом также с высокой степенью статистической достоверности уменьшилось количество эпизодов подъема АД нормальных величин, носовых кровотечений (0,03%), которые являются симптоматикой неосложненных гипертонических кризов. Случаев развития острых нарушений мозгового или коронарного кровообращения не регистрировались, что также свидетельствует о доброкачественном течении заболевания на фоне применения «Корвазана» и комплекса «Корвазан» — торасемид, а так-

же формировании тенденции стабилизации уровня АД в пределах нормальных величин.

По результатам СМАД установлено, что «Корвазан» обладает способностью не только снижать АД, но и менять хроноструктуру суточного ритма АД. Данные динамики показателей СМАД представлены в табл. 3, 4.

Приведенная динамика показателей СМАД (1-я группа) свидетельствует о достоверном снижении среднесуточных величин САД и ДАД, что коррелирует с данными индивидуального наблюдения пациентов. Со статистически достоверной разницей отмечалось снижение уровня СД, САД и среднесуточных параметров САД и ДАД, что в целом характеризует «Корвазан» как эффективный антигипертензивный препарат. ИВ гипертензии свидетельствовал о снижении нагрузки давлением, что нашло отражение в достоверном уменьшении этого расчетного показателя как для САД, так и для ДАД во всех временных интервалах суток. Причем степень снижения для САД была выше в сравнении с ДАД. Так, для СС САД величина снижения ИВ по сравнению с исходным составила 47,5%, для СД САД — 42,4%, СН САД — 51,7%, для ДАД — соответственно 51,9%; 34,9%; 43,3%.

Колебания показателей вариабельности АД имели четкую тенденцию к снижению в период приема «Корвазана», однако статистически достоверная разница прослеживалась только в среднесуточных величинах и составила 18,2% для СС САД и 15,4% для СС ДАД.

Большое значение для оценки действия назначенного комплекса имели те изменения, которые претерпевал суточный индекс, позволяющий сравнить и оценить динамику АД в период бодрствования и в ночные часы, а также рассмотреть воздействие препарата на циркадные ритмы. Известно, что патологический профиль АД у гипертоников рассматривается как самостоятельный фактор сердечно-сосудистого риска, способствующий не только возникновению острых сосудистых расстройств (инсульт, инфаркт миокарда), но и внезапной смерти [8, 9]. По данным проведенного исследования, наблюдалась положительная динамика СИ САД и СИ ДАД, однако без статистической достоверности. Вместе с тем уменьшилось количество лиц с патологической суточной кривой. Так, до начала лечения группу «dipper» составляли 16

Таблица 2. Динамика субъективного статуса больных, получавших «Корвазан» в течение 4-месячного курса лечения ($M \pm m$)

Количество событий в неделю	1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц	4-й месяц
Приступ головной боли	8,2 ± 1,0	2,8 ± 0,8	2,4 ± 0,8	1,8 ± 0,4
Подъем АД выше нормы	17,2 ± 1,1	15,2 ± 1,15	12,2 ± 0,1	6,0 ± 0,45
Гипертонический криз	0,5 ± 0,2	0,3 ± 0,1	0,01 ± 0,15	0,07 ± 0,02
Госпитализация в профильные стационары	0,7 ± 0,02	0,3 ± 0,02	—	—

Таблиця 3. Показатели суточного моніторингу АД до и после 4-месячного приема «Корвазана» (М ± m)

Показатель	До лечения	Через 4 мес	P
СС САД, мм рт. ст.	147,3 ± 2,6	127,4 ± 3,1	< 0,05
СС ДАД, мм рт. ст.	91,4 ± 1,8	85,1 ± 1,7	< 0,05
СД САД, мм рт. ст.	164,2 ± 2,8	144,2 ± 4,5	< 0,01
СД ДАД, мм рт. ст.	94,1 ± 2,1	89,1 ± 3,3	> 0,05
СН САД, мм рт. ст.	131,1 ± 3,1	111,1 ± 3,4	< 0,05
СН ДАД, мм рт. ст.	79,7 ± 1,1	71,2 ± 2,1	< 0,05
ИВ СС САД, %	41,1 ± 4,2	22,3 ± 2,4	< 0,01
ИВ СС ДАД, %	48,4 ± 3,8	20,1 ± 3,3	< 0,01
ИВ СД САД, %	41,4 ± 5,1	18,1 ± 3,1	< 0,01
ИВ СД ДАД, %	38,2 ± 4,1	18,2 ± 3,2	< 0,05
ИВ СН САД, %	44,1 ± 2,4	31,7 ± 4,8	< 0,01
ИВ СН ДАД, %	39,1 ± 3,3	22,1 ± 4,1	< 0,05
В СС САД, мм рт. ст.	18,2 ± 0,1	14,1 ± 1,4	< 0,05
В СС ДАД, мм рт. ст.	14,3 ± 1,2	12,1 ± 0,1	< 0,05
В СД САД, мм рт. ст.	17,4 ± 2,1	14,1 ± 1,2	< 0,05
В СД ДАД, мм рт. ст.	15,1 ± 1,1	10,2 ± 1,1	> 0,05
В СН САД, мм рт. ст.	16,4 ± 2,4	14,1 ± 1,0	< 0,05
В СН ДАД, мм рт. ст.	10,1 ± 1,7	9,2 ± 0,9	< 0,05
СИ САД, %	25,4 ± 1,1	12,4 ± 0,8	< 0,05
СИ ДАД, %	25,1 ± 0,9	23,4 ± 2,7	> 0,05
ВУП САД, мм рт. ст.	71,0 ± 4,9	55,1 ± 6,4	< 0,05
ВУП ДАД, мм рт. ст.	44,2 ± 5,1	34,7 ± 3,2	< 0,05
СУП САД, мм рт. ст.	11,8 ± 1,2	8,1 ± 0,7	< 0,05
СУП ДАД, мм рт. ст.	7,4 ± 1,1	6,0 ± 1,1	> 0,05

больных и 5 — «non-dipper», 1 больной имел профиль «night-peaker». Через 4 мес регулярного приема препарата соотношение по данным характеристикам изменилось в сторону увеличения количества dipper (20 больных ± 91%), «non-dipper» стало 2 (9%), «night-peaker» отсутствовали.

На фоне лечения «Корвазаном» достоверно снизились величины ВУП САД и ДАД, а также СУП САД; при абсолютном сравнении наблюдалось также снижение СУП ДАД, однако без статистической достоверности.

Динамика данных СМАД для 2-й группы больных повторяла аналогичные тенденции (см. табл. 4). Однако снижение среднесуточных величин САД и ДАД было более выражено, что можно объяснить, с одной стороны, исходно высоким уровнем АД, а также усилением антигипертензивного эффекта «Корвазана», назначенным в комбинации с диуретическим препаратом. Это сопровождалось также более выраженным снижением нагрузки давлением, причем одинаково как для САД, так и для ДАД. Увеличился процент лиц, отнесенных к категории dipper (54% — до начала, 82% — по окончании исследования).

Чрезвычайно важным для данного трайла явилась оценка влияния «Корвазана» на структур-

но-геометрические параметры сердца и внутрисердечную гемодинамику, так как известно, что незначительное изменение массы миокарда даже в пределах нормальных величин может быть существенным прогностическим признаком снижения или роста сердечно-сосудистого риска [5]. Многочисленные исследования показали, что увеличение массы миокарда ЛЖ является более частым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности, чем уровень АД.

Была изучена и проанализирована динамика эхокардиографических показателей во 2-й группе больных (табл. 5), где исходно наблюдались более выраженные отклонения анатомо-геометрических показателей.

Исходя из приведенных данных следует, что под влиянием «Корвазана» формировалась тенденция к регрессированию гипертрофированного миокарда ЛЖ, что нашло отражение в достоверном снижении КСО на 25,1% и КДО на 10,1%. При этом регистрировалось уменьшение ТЗС ЛЖ и ТМ ЖП в абсолютном сравнении без статистической достоверности (P > 0,01).

Эхолокация сердца позволила проследить снижение ММ ЛЖ и ИММ ЛЖ, что лежит в основе

Таблиця 4. Показатели суточного мониторования АД до и после 4-месячного приема комплекса «Корвазан» — тораемид ($M \pm m$)

Показатель	До лечения	Через 4 мес	P
СС САД, мм рт. ст.	164,3 ± 2,3	137,2 ± 2,6	< 0,05
СС ДАД, мм рт. ст.	102,4 ± 2,1	88,5 ± 2,4	< 0,05
СД САД, мм рт. ст.	195,2 ± 3,7	139,1 ± 1,8	< 0,05
СД ДАД, мм рт. ст.	117,3 ± 2,6	93,2 ± 2,3	> 0,05
СН САД, мм рт. ст.	174,0 ± 3,8	147,3 ± 2,6	> 0,05
СН ДАД, мм рт. ст.	98,3 ± 2,6	88,5 ± 1,6	> 0,05
ИВ СС САД, %	71,1 ± 3,7	34,3 ± 2,9	< 0,05
ИВ СС ДАД, %	57,4 ± 3,6	29,1 ± 3,7	< 0,05
ИВ СД САД, %	67,2 ± 4,4	32,7 ± 3,4	< 0,05
ИВ СД ДАД, %	68,7 ± 2,7	27,2 ± 3,6	< 0,05
ИВ СН САД, %	74,3 ± 3,8	37,3 ± 2,6	< 0,01
ИВ СН ДАД, %	48,7 ± 4,6	27,7 ± 3,5	< 0,05
В СС САД, мм рт. ст.	27,3 ± 1,7	17,7 ± 1,3	< 0,05
В СС ДАД, мм рт. ст.	19,7 ± 2,8	15,1 ± 0,7	< 0,01
В СД САД, мм рт. ст.	27,4 ± 1,4	14,3 ± 1,5	< 0,05
В СД ДАД, мм рт. ст.	17,1 ± 1,3	12,7 ± 1,5	< 0,05
В СН САД, мм рт. ст.	19,3 ± 2,5	12,9 ± 1,5	< 0,05
В СН ДАД, мм рт. ст.	13,8 ± 1,8	11,3 ± 0,5	> 0,05
СИ САД, %	25,9 ± 1,7	13,4 ± 0,7	< 0,01
СИ ДАД, %	29,8 ± 0,5	18 ± 2,3	< 0,05
ВУП САД, мм рт. ст.	81,3 ± 1,7	61,1 ± 5,5	< 0,05
ВУП ДАД, мм рт. ст.	49,7 ± 5,4	37,9 ± 3,4	< 0,05
СУП САД, мм рт. ст.	13,9 ± 1,7	9,9 ± 0,5	< 0,05
СУП ДАД, мм рт. ст.	9,9 ± 0,7	6,5 ± 1,7	< 0,05

Таблиця 5. Динамика показателей ультразвукового исследования сердца до и после 4-месячного приема комплекса «Корвазан» — тораемид ($M \pm m$)

Показатель	До лечения	Через 4 мес	P
КСО, мл	72,9 ± 3,1	54,8 ± 2,7	< 0,01
ҚДО, мл	168,4 ± 2,8	151 ± 3,2	< 0,05
ТЗС ЛЖ, см	0,97 ± 0,04	0,89 ± 0,01	> 0,05
ТМ ЖП, см	1,12 ± 0,07	1,09 ± 0,2	> 0,05
ММ ЛЖ, г	147,1 ± 2,4	133,4 ± 2,5	< 0,05
ИММ ЛЖ, г/м ²	129,1 ± 2,8	105,4 ± 3,1	< 0,05
ФВ, %	67,5 ± 2,1	61,4 ± 1,9	< 0,05

уменьшения степени выраженности диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ). Так, ММ ЛЖ после проведенного 4-месячного курса приема «Корвазана» уменьшилась на 9,5%, а ИММ ЛЖ — на 18,6%, без существенных различий определялась ФВ, что свидетельствовало об отсутствии значимых изменений в сократительной способности миокарда.

Результаты лабораторных тестов в процессе лечения не претерпевали существенных изменений. В среднем по группам значительные колебания параметров основных видов обмена не отмечены, что доказывает метаболический нейтралитет «Корвазана», несмотря на известные данные о негативном влиянии неселективных β-блокаторов.

Побочные действия препарата в целом по группам наблюдались у 4 больных (9,7%) (табл. 6).

ВЫВОДЫ

1. Препарат «Корвазан» является высокоэффективным антигипертензивным средством, гиподинамическое действие которого отмечено у 88,4% больных с умеренной артериальной гипертензией.

2. Антигипертензивное действие препарата сопровождалось формированием четкой тенденции

Таблиця 6. Побочные эффекты терапии «Корвазаном» и комплексом «Корвазан» — торагемид

Побочный эффект	«Корвазан»	«Корвазан» — торагемид
Головокружение	—	1 (5,5%)
Заложенность носа	—	—
Сонливость	1 (4,5%)	1 (5,5%)
Тошнота	1 (4,5%)	—
Головная боль	—	—

снижения частоты эпизодов обострений ГБ и субъективного ухудшения состояния, имевшей статистическую достоверность.

3. По данным суточного мониторирования АД, «Корвазан» снизил за 16 нед приема средневременные показатели САД и ДАД на 35,2% (53,9% от исходных) и улучшил систолическую гемодинамику, улучшив вариабельность и скорость повышения АД.

4. «Корвазан» отличается положительным действием на суточный профиль, при этом восстанавливается физиологический тип суточной кривой у 78% больных.

5. «Корвазан» при 4-месячном приеме вызывает умеренный регресс гипертрофированного миокарда и улучшает внутрисердечную гемодинамику, проявляя кардиопротективные свойства.

6. «Корвазан» эффективен при тяжелых формах артериальной гипертензии в комбинации с диуретическим препаратом торагемид — оказывает положительное воздействие на снижение артериального давления и нормализацию хроноструктуры колебаний давления, демонстрирует органопротекторные свойства.

7. Прием «Корвазана» сопровождается развитием незначительного количества побочных эффектов, что не препятствует его широкому применению.

8. Учитывая низкую стоимость, оптимальное соотношение цена/качество отечественного препарата «Корвазан», целесообразно его широкое внедрение в клиническую практику для больных, страдающих артериальной гипертензией.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воронков Л.Г. Карведилол — уникальная молекула с уникальными клиническими возможностями // Здоров'я України.— 2004.— № 86 (<http://www.health-ua.com>).
2. Подзолков В.И., Павлов В.И., Булатов В.А. β -адреноблокаторы и периферический кровоток // *Cardiologia*.— 2004.— № 4.— С. 4—13.
3. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та артеріальної гіпертензії.— 2004.— 83 с.
4. Сиренко Ю.Н. Артериальная гипертензия: какова наша главная цель? // *Therapia*.— 2006.— № 3.— С. 12—16.
5. Carlson W., Oberg K. Clinical pharmacology of carvedilol // *J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.*— 1999.— Vol. 4.— P. 205—218.

6. Expert consensus document on β -adrenergic receptor blockers. The task force on β -blockers of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.*— 2004.— Vol. 25.— P. 1341—1362.

7. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertens.*— 2003.— Vol. 21.— P. 1011—1053.

8. Geshi E., Saimoh T., Katagiri T. The role of autonomic nervous system in the target organ damages of the hypertensive patients: comparison of dippers and non-dippers // *J. Hypertens.*— 2002.— Vol. 20.— P. 213S.

9. White W. Blood pressure monitoring in cardiovascular medicine and therapeutics.— New Jersey: Humana Press, 2001.— 308 p.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОМІРНИХ І ТЯЖКИХ ФОРМ

С.О. Андрієвська, С.В. Калинчук, В.К. Кротенко, А.Є. Поляков

Вивчено дію «Корвазану» як антигіпертензивного препарату в пацієнтів із артеріальною гіпертензією помірної форми, а також у комплексі з петльовим діуретиком торагемідом при тяжких формах цієї хвороби. Гіподинамічна дія препарату спостерігалася у 88,4% хворих із помірною АГ, що супроводжувалося формуванням чіткої тенденції зниження частоти епізодів загострень та суб'єктивного погіршення стану. «Корвазан» спричиняє помірний регрес гіпертрофованого міокарда і поліпшує внутрішньосерцеву гемодинаміку, виявляючи кардиопротективні властивості. Незначна кількість побічних ефектів, а також оптимальне співвідношення ціна/якість препарату дають підстави рекомендувати його для широкого впровадження у клінічну практику.

PERSPECTIVES OF β -ADRENOBLOCKERS USE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MODERATE AND SEVERE ARTERIAL HYPERTENSION

S.A. Andrievska, S.V. Kalinchuk, V.K. Krotenko, Ye. Polyakov

The study of Korvazan has been held as antihypertensive preparations in patients with moderate arterial hypertension as well as a part of complex therapy with loop diuretic Torasemid in patients with severe forms of the disease. Hypodynamic effects of the drug were observed in 88.4 % of patients with moderate AG, which were accompanied with formation of a clear trend to the decrease of the incidence of the episodes of exacerbation and subjective recrudescence. Korvazan resulted in the moderate regression of myocardial hypertrophy and improved intracardiac hemodynamics, revealing cardioprotective properties. The development of insignificant side effects as well as optimal cost-effectiveness ratio gives the ground for its wide introduction in the clinical practice.