

УДК 616.12-008.331.1:615.015

ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА (КОРВИТОЛА) НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.М. Пырочкин, д.м.н., профессор;

В.А. Снежидкий, д.м.н., профессор;

Е.В. Мирончик, к.м.н., доцент; Ю.С. Кузьмицкая

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Под наблюдением в амбулаторных условиях находилось 480 больных с артериальной гипертензией I-III ст. Длительность артериальной гипертензии колебалась от 2 до 15 лет. Применение корвитола в суточной дозе 65 мг у пациентов с артериальной гипертензией I ст. в виде монотерапии позволило достигнуть целевой уровень артериального давления у 80% случаев. Комбинированная терапия больных с артериальной гипертензией II ст. с добавлением корвитола в суточной дозе 60 мг снизила артериальное давление до целевого уровня у 62% пациентов, а у больных с артериальной гипертензией III ст. с применением корвитола в дозе 65 мг снизила систолическое артериальное давление до целевого уровня у 28%, диастолическое артериальное давление – у 48% больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение, антигипертензивные препараты, корвитол.

480 patients with arterial hypertension of stages I-III were observed in out-patient conditions. The history of arterial hypertension ranged from 2 to 15 years. Corvitolum intake in a daily dose of 65 mg as a monotherapy in patients with stage I arterial hypertension has allowed to reach the target level of blood pressure in 80 % of the cases. The combined therapy of the patients with stage II arterial hypertension with Corvitolum addition in a daily dose of 60 mg has lowered blood pressure to the target level in 62 % of the patients, and in the patients with stage III arterial hypertension with Corvitolum intake in a dose of 65 mg has lowered systolic blood pressure to the target level in 28 %, diastolic blood pressure – in 48 % of the patients.

Keywords: arterial hypertension, treatment, anti-hypertensive drugs, Corvitolum.

Лечение больных артериальной гипертензией (АГ) уже давно стало проблемой государственного масштаба, так как повышенное артериальное давление (АД) является одним из основных факторов риска развития атеросклероза, возникновения инфаркта миокарда и инсульта. Многоцентровые исследования, посвященные антигипертензивной терапии у больных АГ, показали, что адекватно проводимое лечение в среднем снижает частоту мозгового инсульта на 42%, а острого инфаркта миокарда – на 14%. Снизить риск развития этих грозных сердечно-сосудистых осложнений можно только путем снижения АД до целевого уровня, т.е. снижение давления до 140/90 мм рт.ст., если ориентироваться на популяцию больных в целом. Эффективность лечения АГ зависит от ряда факторов: возраста, пола, стадии заболевания, адекватности применяемой фармакотерапии, комплаентности и др. [3, 8, 9]. Современная тактика терапии АГ должна принимать во внимание все факторы, которые могут повлиять на развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Разнообразие механизмов повышения АД и формирования АГ подразумевает использование разных препаратов для контроля за течением заболевания. В арсенале врача в настоящее время имеется достаточно большое количество эффективных препаратов – это β-адреноблокаторы, диуретики,

антагонисты кальция (АК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II и λ-блокаторы и агонисты имидазолиновых рецепторов [4, 14].

Несмотря на то, что в последнее время подвергается сомнению возможность назначения β-блокаторов в первую очередь при АГ, в рекомендациях экспертов Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов от 2007 г. указывается: «Назначение β-адреноблокаторов, как доказано, полезно у пациентов с ИБС, хронической недостаточностью кровообращения, инфарктом миокарда, которые являются важнейшими осложнениями АГ. Поэтому β-адреноблокаторы могут считаться одним из возможных классов антигипертензивных препаратов для начальной и поддерживающей терапии. Их не рекомендовано использовать в качестве препаратов первой линии у больных с риском развития сахарного диабета, т.е. у больных АГ и множественными метаболическими факторами риска, включая метаболический синдром и его главные компоненты». Тем более не приветствуется сочетание β-адреноблокаторов с тиазидными диуретиками у этой категории больных. На самом деле комбинация β-адреноблокаторов с тиазидными диуретиками успешно использовалась в ряде крупных контролируемых исследований, и ограничивать ее использование у

всех больных АГ нет серьезных оснований.

В рекомендациях JNC – VI бета-адреноблокаторы (БАБ) рассматриваются в качестве препаратов первого ряда при лечении неосложненных форм АГ, т.к. в контролируемых клинических исследованиях в отношении БАБ и диуретиков была доказана способность уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность [7].

Преимущество БАБ перед диуретиками доказано в ходе многоцентрового исследования MAPHY (Metoprolol Atherosclerosis Prevention in Hypertensives, 1991), где смертность от коронарных осложнений и инсульта среди больных с АГ была достоверно ниже после лечения метопрололом, чем диуретиками.

Кроме того, β -блокаторы обладают способностью постепенно снижать АД и предотвращать его повышение и учащение ЧСС, индуцированные стрессом, вызывают снижение повышенной активности ренина в плазме крови, не приводят к ортостатической гипотонии.

В нашем исследовании применялся кардиоселективный БАБ метопролол (корвитол, 50 мг; корвитол, 100 мг), не обладающий внутренней симпатической активностью. В многоцентровых исследованиях было показано, что метопролол (корвитол, 50 мг; корвитол, 100 мг) является эффективным антиангиальным препаратом, обладающим антиангиальной активностью и кардиопротекторными свойствами, улучшает прогноз у больных с АГ и ИБС, а также обладает хорошей переносимостью при длительном применении [11].

Цель нашей работы состояла в изучении влияния метопролола (корвитол, 50 мг; корвитол, 100 мг) на уровень АД, ЧСС у больных АГ I, II, III степени в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Продолжительность контролируемого амбулаторного исследования составила 1 месяц. Обследовано 480 больных с АГ I-III ст. (в соответствии с классификацией ВОЗ, 1999) в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст $58,4 \pm 0,64$ лет). Из них мужчин – 182 (38%), средний возраст – $56,2 \pm 0,45$ лет, женщин – 298 (62%), средний возраст – $58,3 \pm 0,38$ лет. Продолжительность АГ у них составила от 2 до 15 лет.

В зависимости от степени АГ, тяжести течения заболевания, все больные были распределены на 4 группы. Данные заносили в анкеты и протоколы обследования: 1-я группа – 56 больных в возрасте от 30 до 51 года (средний возраст $40,6 \pm 0,88$ лет) мужского – 23 человека и женского пола – 33 человека, страдающих АГ I степени, риск 1-2. Продолжительность АГ у них составила в среднем $4,5 \pm 1,8$ лет. До включения в исследование все больные 1-й группы принимали лечение: 40 пациентов метокард, 15 – эгилок. Средняя суточная доза метокарда составляла 80 мг, эгилока – 85 мг.

2-я группа – 127 больных с АГ II ст., риск 2-3,

средний возраст – $53,1 \pm 0,75$ лет. Из них мужчин – 41 человек, женщин – 86. Все больные принимали комбинированную гипотензивную терапию. Из них 58 пациентов получали метокард (средняя суточная доза 91 мг) и эгилок (средняя суточная доза 68 мг). Комбинированная терапия включала: эналаприл (берлиприл) в суточной дозе от 10 до 20 мг – 67 человек, гидрохлортиазид (дисалунил – 12,5 мг) – 25 человек, диротон 10 мг – 15 человек, амлодипин 5 мг – 9 человек и 21 человек – комбинацию из трех препаратов (БАБ, иАПФ и диуретик).

3-я группа – 170 больных с АГ II ст., риск 4. Мужчины составили 77 пациентов, женщины – 93. Средний возраст – 62, 50, 75 лет. Из них в сочетании с ИБС – 162 человека, с сахарным диабетом – 8, перенесших инфаркт миокарда – 25, инсульт – 6 человек. До включения в исследования пациенты получали комбинированную терапию, включающую эгилок – 92 больных (средняя суточная доза 70,5 мг), метокард – 88 больных (средняя суточная доза – 77,5 мг), эналаприл (берлиприл) в дозе 10-20 мг (130 человек), лизиноприл – 10-20 мг (25 человек), гипотиазид (дисалунил) – 25 мг – 15 человек. Комбинированную терапию из трех препаратов (β -адреноблокатор + ингибитор АПФ + диуретик) получали 34 пациента. Часть больных принимали кардиомагнил, изосорбит-5-мононитрат и статины.

4-я группа – 127 больных с АГ III ст., риск 3-4 (мужчин – 36 и женщин – 86 человек); средний возраст $63,4 \pm 0,62$ лет. Из них в сочетании с ИБС – 111 человек, сахарным диабетом – 10 человек, перенесших инфаркт миокарда – 15 и инсульт – 8 человек. Пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию; метокард – 116 больных (средняя суточная доза 116,0 мг), эгилок – 62 больных (средняя суточная доза 78,0 мг), эналаприл (берлиприл) – 25 человек, БАБ + иАПФ + диуретик – 48 человек, БАБ + амлодипин – 15 человек, БАБ + АК + иАПФ – 34 человека. Часть больных принимали нитраты, кардиомагнил, статины.

Критериями исключения явились: симптоматическая АГ, клапанные пороки сердца, наличие заболеваний соединительной ткани, выраженные функции печени, почек, азотемия, стеноз устья аорты, бронхиальная астма, атриовентрикулярная блокада II-III ст., брадикардия (ЧСС < 50 уд./мин.), недостаточность кровообращения III-IV класса (NYHA), стеноз устья аорты, беременность, лактация, детский возраст, гиперчувствительность к метопрололу и другим β -адреноблокаторам.

У всех пациентов, включенных в исследование, отменяли принимаемые ранее β -адреноблокаторы (метокард и эгилок), оставляя прием гипотензивных препаратов других групп. Отмывочный период составлял 7 дней. В этот период при необходимости для снижения АД больные принимали короткодействующие антагонисты кальция сублингвально. Затем назначали корвитол в дозе от 50 до 100 мг 1 раз в сутки утром всем группам. Наблю-

дение за больными и лечение, включающее корвитол, проводилось в течение 28 дней. На всех этапах наблюдения (исходно, через 7 дней после отмены принимаемых ранее β -адреноблокаторов, на 7, 14, 21 и 28 день приема корвитола, контролировали АД систолическое (САД), АД диастолическое (ДАД) и число сердечных сокращений (ЧСС). Оценивали эффективность лечения по данным офисного измерения АД. Офисное среднее АД измеряли на обеих руках трехкратно с интервалом 2 минуты в покое в положении сидя. ЧСС определяли после третьего измерения АД. Целевым считалось АД < 140/90 мм рт.ст. Эффективность корвитола считали отличной при снижении САД < 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст. от исходного уровня, хорошей – при снижении САД более чем на 15% и ДАД – более чем на 10%, удовлетворительной – при снижении САД менее чем на 15% и ДАД – менее чем на 10%.

Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета стандартных статистических программ.

Результаты и обсуждение

Исследование было закончено у всех 480 пациентов. В настоящем сообщении представлены результаты 480 обработанных анкет, полученных из разных регионов. Наблюдение за больными и лечение проводили участковые врачи-терапевты.

Динамика САД, ДАД, ЧСС в течение 28 дней лечения корвитолом больных с АГ I степени представлена в таблице 1.

Из представленных в таблице данных видно, что имеет место повышенный исходный уровень САД и ДАД на фоне предшествующей медикаментозной терапии. В течение 7 дней «отмывочного» периода достоверно увеличились САД и ЧСС. На 7-й день монотерапии корвитолом в средней суточной дозе 60,5 мг достоверно снизились САД, ДАД и ЧСС. Отличный гипотензивный результат наблюдался у 30 (54,6%) больных, у 25 (45,5%) больных не был достигнут целевой уровень АД, что послужило основанием увеличить индивидуальную дозу

корвитола (средняя суточная доза составила $65,0 \pm 1,32$ мг). На 14-й день лечения отличный гипотензивный результат получен у 40 (72,7%) больных. Целевой уровень АД не был достигнут у 15 (27,3%) больных. В дальнейшем доза препарата подбиралась у больных индивидуально от снижения до увеличения, но в среднем она составляла 60,5 мг в сутки. К концу 28-го дня лечения целевой уровень САД достигнут у 87,3%, а ДАД – у 85,5% больных. Отмечено достоверное снижение ЧСС.

За время исследования нами не зарегистрировано серьезных нежелательных побочных эффектов, требующих отмены препарата. У 5 больных (9%) была отмечена брадикардия, что послужило основанием уменьшения дозы препарата.

К окончанию 28 дневного наблюдения за больными и монотерапии корвитолом у большинства больных (87% случаев) отмечалось улучшение общего самочувствия и исчезновение ряда клинических симптомов. Жалобы на сердцебиение исчезли полностью у всех пациентов, головные боли регрессировали в 83% случаев. В результате месячного применения препарата корвитол все 56 пациентов сохранили приверженность к дальнейшему применению препарата.

В таблице 2 представлена динамика САД, ДАД, ЧСС в течение 28 дней приема корвитола больным с АГ II степени, риском 2-3.

Из представленных в таблице 2 данных видно, что во второй группе на фоне предшествующей комбинированной терапии отмечается повышенный уровень САД и ДАД. После отмены β -адреноблокаторов через 7 дней «отмывочного» периода достоверно увеличились САД, ДАД и ЧСС.

На 7-й день после добавления корвитола к проводимой терапии, средняя суточная доза которого составляла 58 мг, достоверно снизились САД, ДАД и ЧСС. Целевой уровень САД был достигнут у 47 пациентов (37%), ДАД – в среднем во всей группе. Это послужило основанием индивидуально увеличить дозу корвитола у тех больных, у которых не был достигнут целевой уровень. В среднем суточ-

Таблица 1 – Динамика САД, ДАД, ЧСС у больных с АГ I степени на фоне приема корвитола

Показатель / число пациентов (n)	Исходный уровень	Отмывочный период	7-й день	14-й день	21-й день	28-й день
САД, мм рт.ст.; n=56	147 \pm 0,62	152,7 \pm 1,16*	138,4 \pm 1,57**	132,4 \pm 1,42***	128,9 \pm 1,16****	128,0 \pm 0,94*****
ДАД, мм рт.ст.; n=56	91,2 \pm 0,60	92,3 \pm 0,53	82,8 \pm 0,47**	82,3 \pm 1,0***	80,9 \pm 1,16****	80,0 \pm 0,56****
ЧСС, уд./мин.; n=56	79,8 \pm 1,19	84,1 \pm 1,57*	73,6 \pm 1,0**	69,6 \pm 2,36***	67,8 \pm 0,88****	67,2 \pm 0,54****

* - P<0,05 по сравнению с исходными данными в конце отмывочного периода;

** , ***, ****, ***** - P<0,05 по сравнению с отмывочным периодом на 7, 14, 21 и 28 день лечения.

Таблица 2 – Динамика САД, ДАД, ЧСС у больных с АГ II степени, риск 2-3 на фоне приема корвитола

Показатель / число пациентов (n)	Исходный уровень	Отмывочный период	7-й день	14-й день	21-й день	28-й день
САД, мм рт.ст.; n=127	153,87 \pm 1,09	161,31 \pm 0,59*	146,42 \pm 0,99**	140,20 \pm 0,79***	135,4 \pm 0,68****	133,13 \pm 0,78*****
ДАД, мм рт.ст.; n=127	92,67 \pm 0,59	95,84 \pm 0,39*	87,35 \pm 0,59**	85,0 \pm 0,49***	84,2 \pm 0,57****	82,74 \pm 0,58****
ЧСС, уд./мин.; n=127	78,80 \pm 0,87	83,69 \pm 0,51*	73,88 \pm 0,55**	70,54 \pm 0,58***	69,2 \pm 0,57****	68,23 \pm 0,32****

* - P<0,05 по сравнению с исходными данными в конце отмывочного периода;

** , ***, ****, ***** - P<0,05 по сравнению с отмывочным периодом на 7, 14, 21 и 28 день лечения.

ная доза корвитола в группе составила 60 мг.

На 14-й день наблюдения за больными отмечена положительная динамика снижения САД, ДАД и урежение ЧСС. САД снизилось ниже 140 мм рт.ст. у 59% пациентов, ДАД – ниже 90 мм рт.ст. у 58% больных. В дальнейшем доза корвитола подбиралась индивидуально от снижения до увеличения, но в среднем она составляла 60 мг в сутки.

К концу 28 дня комбинированной терапии САД стало ниже 140 мм рт.ст. у 62%, ДАД – у 73% больных. Не достигнут целевой уровень САД у 10 больных, ДАД – у 7 больных. У 12 больных (9,4%) была отмечена брадикардия, что послужило основанием уменьшения дозы препарата.

Динамика САД, ДАД и ЧСС в течение 28 дней лечения корвитолом больных АГ II степени, риском 4 представлена в таблице 3.

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что в третьей группе на фоне предшествующей проводимой терапии отмечается повышенный уровень САД. После отмены β-адреноблокаторов через 7 дней «отмывочного» периода достоверно увеличились САД, ДАД и ЧСС.

На 7-й день после добавления к проводимой терапии корвитола в средней суточной дозе 60 мг, достоверно снизились САД, ДАД и ЧСС. Целевой уровень САД был достигнут у 50 пациентов (29,4%), ДАД – в среднем во всей группе. У больных, у которых не был достигнут целевой уровень дозу корвитола увеличили, средняя суточная доза препарата составила 65 мг.

На 14, 21 день наблюдения за пациентами отмечена положительная динамика снижения САД, ДАД и урежение ЧСС. Средняя индивидуально подобранная доза корвитола составила 63 мг в сутки.

К концу 28 дней комбинированной терапии больных с АГ II степени, риском 4 снижение САД < 140 мм рт.ст. было достигнуто у 60%, ДАД < 90 мм рт.ст. у 61% больных. У 10% пациентов была отмечена брадикардия, что послужило основанием для уменьшения дозы препарата. Динамика

САД, ДАД и ЧСС в течение 28 дней лечения корвитолом больных с АГ III степени, риском 3-4 представлена в таблице 4.

Из представленных в таблице 4 данных видно, что на фоне проводимой терапии сохраняется высокий уровень САД, ДАД, что свидетельствует о недостаточно эффективной проводимой терапии больных с АГ III ст. После отмены β-адреноблокаторов через 7 дней «отмывочного» периода достоверно увеличились САД, ДАД и ЧСС.

На 7-й день после добавления к проводимой терапии корвитола в средней суточной дозе 60 мг достоверно снизились САД, ДАД и ЧСС. Целевой уровень САД был достигнут у 5,5%, ДАД – у 14,2% больных. Больным, у которых не был достигнут целевой уровень АД, дозу корвитола увеличили. В среднем она в группе составила 65 мг. В последующие 2 недели наблюдения отмечалась положительная динамика по снижению АД и урежению ЧСС. Доза корвитола менялась индивидуально (от уменьшения до увеличения), но в среднем суточная доза составляла 65 мг. К концу 4-недельной комбинированной терапии больных АГ III степени, риском 3-4 снижение САД < 140 мм рт.ст. было достигнуто у 28,3%, ДАД < 90 мм рт.ст. – у 48% больных. У 9,6% пациентов развившаяся брадикардия послужила поводом уменьшения дозы препарата.

Приведенные результаты согласуются с данными других авторов, которые констатировали высокую эффективность лечения корвитолом [2, 3, 5].

Лечение больных с АГ I-II степени корвитолом можно начинать с дозы 50 мг, принимаемой однократно в сутки, с возможной необходимой коррекцией и увеличением дозы до 100 мг/сутки, что не является пределом суточной дозировки. Анализ показал, что монотерапия корвитолом у больных АГ I степени в суточной дозе от 50 до 100 мг (65 мг – средняя доза) позволяет достичь целевой уровень САД и ДАД у 80% больных. Комбинированная терапия больных АГ II степени, риском 2-3 со среднесуточной дозой корвитола 60 мг позволила

Таблица 3 – Динамика САД, ДАД, ЧСС у больных с АГ II степени, риск 4 на фоне приема корвитола

Показатель/ число пациентов (n)	Исходный уровень	Отмывочный период	7-й день	14-й день	21-й день	28-й день
САД, мм рт.ст. n=170	152,73±0,79	158,31±0,67*	145,3±0,54**	139,14±0,57***	135,3±0,68****	132,98±0,56*****
ДАД, мм рт.ст. n=170	91,0±0,59	94,0±0,54*	86,4±0,47**	86,4±0,37***	83,24±0,41****	81,95±0,38*****
ЧСС, уд./мин. n=170	78,72±0,51	83,97±0,56*	74,43±0,50**	70,48±0,46***	68,77±0,44****	67,79±0,42*****

* - P<0,05 по сравнению с исходными данными в конце отмывочного периода;

** , ** , **** , ***** - P<0,05 по сравнению с отмывочным периодом на 7, 14, 21 и 28 день лечения.

Таблица 4 – Динамика САД, ДАД, ЧСС у больных АГ III степени на фоне приема корвитола

Показатель / число больных (n)	Исходный уровень	Отмывочный период	7-й день	14-й день	21-й день	28-й день
САД, мм рт.ст. n=170	170,8±1,47	182,6±1,59*	164,7±1,24**	154,2±1,02***	148,8±0,96****	145,1±0,98*****
ДАД, мм рт.ст. n=170	97,8±0,68	100,9±0,76*	92,9±0,67**	88,2±0,61***	87,1±0,38****	84,9±0,49*****
ЧСС, уд./мин. n=170	80,1±0,52	85,6±0,48*	64,6±0,42**	72,2±0,44***	70,2±0,41****	69,3±0,39*****

* - P<0,05 по сравнению с исходными данными в конце отмывочного периода;

** , ** , **** , ***** - P<0,05 по сравнению с отмывочным периодом на 7, 14, 21 и 28 день лечения.

достичь целевого уровня САД у 62%, ДАД – у 73% больных. У больных АГ III степени, риском 3-4 комбинированная терапия, включающая корвитол, средняя суточная доза которого составляла 65 мг, позволила снизить САД < 140 мм рт.ст. у 28,3%, ДАД < 90 мм рт.ст. – у 48% больных.

Таким образом, наше исследование подтверждает, что корвитол – эффективный гипотензивный препарат, приводит к снижению САД, ДАД и урежению ЧСС, что обуславливает уменьшение степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений [6].

Следует отметить хорошую переносимость лечения. Об этом свидетельствует низкая частота побочных реакций – всего у 8,7%. Больные хорошо переносили как 50 мг, так 100 мг корвитола.

Несмотря на длительный опыт использования метопролола в клинической практике и проведение многочисленных исследований, в которых уже неоднократно была подтверждена его антигипертензивная эффективность и безопасность применения, интерес к данному БАБ по-прежнему остается высоким. Безусловно, это связано с его фармакологическими свойствами, прежде всего, кардиоселективностью, липофильностью и отсутствием внутренней симпатической активности, также в том, что корвитол в меньшей степени повышает ОПС, чем неселективные препараты, и обладает кардиопротективным эффектом. Предполагается, что липофильные БАБ, способные проникать через гематоэнцефалический барьер, могут оказывать благоприятное влияние на функциональную активность центра блуждающего нерва в головном мозге и усиливать эффекторные влияния блуждающего нерва на сердце, которые ослабевают при стрессе и предрасполагают к возникновению фибрилляции желудочков [15]. Поэтому этот препарат может применяться для профилактики внезапной смерти [12].

Что касается переносимости метопролола, то в ряде исследований было показано, что по переносимости он сходен с ингибиторами АПФ и превосходит антагонисты кальция [10]. Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают высокую антигипертензивную активность применения корвитола у больных с АГ.

Выводы

1. Анализ анкет и протоколов обследования позволяет сделать вывод, что предшествующая терапия больных с АГ и контроль АД были неадекватными.

2. Монотерапия корвитолом в суточной дозе от 50 до 100 мг (65,0 мг средняя суточная доза) позволяет достичь целевой уровень САД и ДАД у 80% больных с АГ I ст.

3. При адекватном наблюдении и лечении больных АГ II ст. в амбулаторных условиях корвитолом в среднесуточной дозе 60 мг в комбинации с гидрохлортиазидом или ингибитором АПФ у боль-

шинства больных (62%) может быть достигнута нормализация АД в соответствии с критериями ВОЗ/МОАГ, 1999 г.

4. У больных АГ III ст. риском 3-4 комбинированная терапия с включением корвитола в средней суточной дозе 65 мг позволила достичь целевой уровень САД у 28,3%, ДАД – у 48% больных.

5. Средняя суточная доза корвитола к концу наблюдения за больными была ниже, чем средняя суточная доза метопролола на фоне предшествующей терапии.

6. Данный режим терапии отмечался хорошей переносимостью и высокой безопасностью (не отмечено побочных эффектов, требующих отмены препарата).

Литература

1. Артериальная гипертензия у больных пожилого возраста / О. А. Остроумова [и др.] // Кардиология. – 1999. – № 5. – С. 81 – 82.
2. Клиническая эффективность бета-адреноблокатора метопролола (корвитола) у больных артериальной гипертензией / В. И. Маколкин [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2000. – № 4. – С. 1 – 4.
3. Клиническая эффективность В-адреноблокатора метопролола у больных гипертонической болезнью / В. И. Подзолков [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2000. – № 4. – С. 41 – 44.
4. Кобалава, Ж. Д. Международные стандарты по артериальной гипертензии: согласованные и несогласованные позиции / Ж. Д. Кобалава // Кардиология. – 1991. – № 11. – С. 78 – 91.
5. Ливенцева, М. М. Пульсовое артериальное давление и возможности использования метопролола для его коррекции / М. М. Ливенцева, О. С. Павлова // Медицинские новости. – 2004. – № 5. – С. 76 – 79.
6. Мазур, Е. С. О клиническом значении вариабельности артериального давления при гипертонической болезни / Е. С. Мазур, В. В. Калязина // Тер. Архив. – 1999. – № 1. – С. 22 – 25.
7. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ) // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 9. – С. 5 – 30.
8. Шварц, Ю. Г. Амбулаторное лечение артериальной гипертензии. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов / Ю. Г. Шварц, Е. А. Наумова // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 4. – С. 19 – 21.
9. Шварц, Ю. Г. Сравнительная характеристика лечения артериальной гипертензии в 1998-1999 годах на догоспитальном этапе / Ю. Г. Шварц, Е. А. Наумова // Актуальные проблемы кардиологии: Сб. науч. тр.: К 20-летию Саратовского НИИ кардиологии, Саратов, 4 – 8 окт. 2000 г. / Саратов. НИИ кардиол.; редкол.: И. И. Иванов [и др.]. Саратов, 2000. – С. 158 – 161.
10. Analysis of, adverse effects among patients with essential hypertension receiving an ACE effects among patients with essential hypertension receiving an ACE inhibitor or a beta-blocker / Z. Rosenth [et. al.] // Cardiology – 1996. – № 87 – Vol. 5. – P. 409 – 14.
11. Hanat, R. Cardiovascular therapeutic: cross-sectional analysis of major clinical trials / R. Hanat, G. Leroy. – Paris: Editions Frison – Roche, 1999. – 346 p.
12. Hjalmarson, A. Prevention of sudden cardiac death with beta-blockers / A. Hjalmarson // Clin. Cardiol. – 1999. – № 22. – Suppl. 5. – P. 11 – 5.
13. Metoprolol – an updated review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy, in hypertension, ischaemic heart disease and related cardiovascular disorders / P. Benfield [et. al.] // Drugs. – 1986. – № 1. – P. 376 – 429.
14. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention Evaluation and treatment of High Blood Pressure // Arch. Intern. Med. – 1997. – № 157. – P. 2413 – 2446.
15. Yoldstein, S. B-Blockers in hypertensive and coronary heart disease / S. Yoldstein // Arch. Intern. Med. – 1996. – № 156. – P. 1267-76.

Поступила 11.06.08