

Диспергируемая лекарственная форма Престариума А в лечении артериальной гипертензии

С.В. Мальчикова¹, Е.И. Тарловская²

¹ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России;

²ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России

Резюме

В работе представлены данные об эффективности диспергируемой лекарственной формы периндоприла в условиях реальной клинической практики и приверженности больных терапии периндоприлом.

Ключевые слова: диспергируемая форма, периндоприл, артериальная гипертензия.

Dispersible Prestarium A tablets in the treatment of patients with arterial hypertension

S.V. Malchikova, E.I. Tarlovskaya

Summary

The research represents data on dispersing dosage form of coversyl adherence and efficacy in real clinical practice.

Key words: dispersing dosage form, coversyl, arterial hypertension.

Сведения об авторах

Мальчикова Светлана Владимировна - д-р мед. наук, проф. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия

Тарловская Екатерина Иосифовна - д-р мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия

Введение

Распространенность артериальной гипертензии (АГ), по разным оценкам, составляет 30–45% общей популяции с тенденцией к увеличению с возрастом [1]. Согласно обновленным рекомендациям по лечению АГ Европейского общества кардиологов (ЕОК) от 2013 г. на протяжении последних десятилетий были отмечены положительные изменения в уровне артериального давления (АД) в разных странах, однако стойкой тенденции к уменьшению его значений зафиксировано не было [2].

Высокое АД как причина развития серьезного поражения сердечно-сосудистой системы и почек было описано в большом числе крупных обсервационных исследований. Эти данные подробно освещены в клинических рекомендациях ЕОК, начиная с первых изданий [3, 4]. Офисное АД (измеренное на приеме у врача или в стационаре) находится в прямой взаимосвязи с частотой развития многих сердечно-сосудистых событий, в том числе острых нарушений мозгового кровообращения, острого инфаркта миокарда, внезапной смерти, сердечной недостаточности и атеросклероза периферических артерий, а также выраженной почечной недостаточности [5, 6]. Амбулаторные значения АД (самостоятельное измерение и суточное мониторирование АД) имеют большее значение в определении риска осложнений и прогноза пациентов, так как они объективнее отражают истинный уровень АГ пациента в условиях его привычного образа жизни [7, 8].

Совершенствование лекарственных форм, фармакокинетических свойств препаратов способствует улучшению переносимости, повышению приверженности лечению и, как следствие – росту эффективности и оптимизации прогноза [9, 10].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности новой диспергируемой лекарственной формы периндоприла в условиях реальной клинической практики, а также приверженности больных терапии периндоприлом.

Материал и методы

В исследование были включены 55 больных эссенциальной АГ в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст – 55,7±13,1) с анамнезом предшествующего неэффективного гипотензивного лечения, которые в течение 12 нед получали в составе терапии диспергируемую форму периндоприла (Престариум ОРО, Servier). Эффективность антигипертензивной терапии оценивали по уровню АД и доле боль-

ных, достигших целевого АД<140/90 мм рт. ст. Приверженность терапии изучали по количеству таблеток, которые больные забыли принять, и по готовности продолжать лечение таблетками, растворяющимися во рту. Также учитывали субъективные отзывы больных об удобстве приема Престариума ОРО, его вкусе и растворимости. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере в операционной системе Windows XP с использованием приложений Microsoft Office XP.

Результаты и обсуждение

Средняя длительность АГ составила 11,5±6,2 года. Из 55 пациентов у 25 (45,5%) человек была сопутствующая ишемическая болезнь сердца, у 29 (52,7%) больных констатировано наличие сердечно-сосудистых заболеваний в семейном анамнезе, у 42 (76,4%) – выявлены нарушения обмена липопротеидов, у 28 (50,9%) – ожирение, 13 (23,6%) – были курильщиками.

На предшествующей терапии 22 (40%) человека имели 1-ю степень повышения АД, 19 (34,5%) – 2-ю и 14 (25,5%) – 3-ю степень. До включения в исследование антигипертензивную терапию получали 91%. Монотерапия была назначена 25 (45,5%) больным, комбинированная из 2 препаратов – 26 (47,3%), 3 и 4 препарата получали по 2 (3,6%) человека.

Терапия, которую пациенты получали на тот момент, представлена на рис. 1.

Как видно из рисунка, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) принимали 43,6% больных, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) – 25,5%, тиазидные диуретики (ТД) – 32,7%, в том числе гидрохлоротиазид у 12,7% пациентов – в составе фиксированных комбинаций, β-адреноблокаторы (β-АБ) – 18,2%, антагонисты кальция (АК) – 23,6%.

В начале исследования всем больным в составе антигипертензивной терапии была назначена диспергируемая форма периндоприла (Престариум ОРО). Динамика АД в процессе 12-недельного наблюдения представлена на рис. 2. Так, систолическое АД (САД) снизилось со 163,8±19,6 до 131,1±6,5; диастолическое (ДАД) – с 93,4±10,5 до 79,1±5,0 мм рт. ст. ($p<0,05$).

Целевого АД<140/90 мм рт. ст. достигли 80% больных. В процессе лечения монотерапия периндоприлом потребовалась 27 (49,1%) больным. У 26 (47,3%) человек Престариум ОРО комбинировали с ТД, АК или β-АБ. По 1 (1,8%) больному принимали 3 и 4 препарата.

Рис. 3. Субъективные представления больных о вкусе и растворимости диспергируемой формы периндоприла.



Литература

1. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European society of hypertension task force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121–58.
2. Mancia G et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31 (7): 1281–357.
3. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21 (6): 1011–53.
4. Mansia G et al. ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Press* 2007; 16 (3): 135–232.
5. Britton KA, Gaziano JM, Djousse L. Normal systolic blood pressure and risk of heart failure in US male physicians. *Eur J Heart Fail* 2009; 11 (12): 1129–34.

6. Kalaitzidis RG, Bakris GL. Prehypertension: is it relevant for nephrologists? *Kidney Int* 2010; 77 (3): 194–200.
7. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 2006; 47: 846–53.
8. Sega R, Facchetti R, Bombelli M et al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressure compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the PAMELA study. *Circulation* 2005; 111: 1777–83.
9. Леонова М.В. Новые лекарственные формы и системы доставки лекарственных средств: особенности пероральных лекарственных форм. *Лечебное дело*. 2009; 2: 21–31; 3: 18–26.
10. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011. *Рационал. фармакотерапия в кардиологии*. 2011; 5 (Прил.).
11. Sastry S et al. Recent technological advances in oral drug delivery – a review. *Pharm Sci Tech Today* 2000; 3: 138–45.

* —