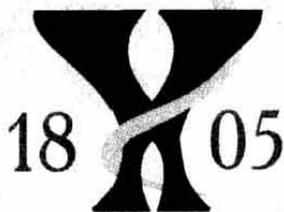


МЕДИЦИНА

СЕГОДНЯ
И
ЗАВТРА

МЕДИЦИНА
СЬОГОДНІ І ЗАВТРА



ХАРКІВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

2009 № 2



МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

2009. № 2

Медицина сьогодні і завтра

**Засновник —
Харківський національний
медичний університет**

Україна, 61022, Харків,
пр. Леніна, 4

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 3340 від 06.07.98
Затверджено постановою президії
ВАК України № 2-02/2 від 9.02.2000

Періодичність видання —
4 рази на рік

Рекомендовано до друку
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 16.04.09

Редактор *Л.В. Степаненко*
Коректор *М.Ю. Мартинова*
Комп'ютерна верстка *О.М. Козицька*

Підписано до друку 17.04.09.
Ум. друк. арк. 10,2.
Обл.-вид. арк. 12,65.
Формат 60x84 1/8. Папір офс.
Друк. офс. Тираж 500 прим.
Замовл. № 12-09

Адреса редакції: Україна, 61022,
Харків, пр. Леніна, 4, ХНМУ.
Тел.: (0572) 707-73-00
e-mail: *ekm.kharkiv@mail.ru*

Надруковано у ФОП Ворошок В.В.
Україна, 61001, Харків,
пл. Руднева, 4.

© Медицина сьогодні і завтра.
ХНМУ. 2009. № 2

Головний редактор В.М. ЛІСОВИЙ
Почесний редактор А.Я. ЦИГАНЕНКО

Редакційна колегія

Заступники головного редактора:

В.А. Капустник
І.Ф. Костюк
С.Ю. Масловський

Відповідальний секретар
О.Ю. Степаненко

В.І. Грищенко
М.О. Клименко
В.О. Коробчанський
Ю.С. Паращук
В.Д. Марковський
В.В. Мінухін
О.Г. Морозова
І.В. Сорокіна

Редакційна рада

О.М. Біловол (Харків)
В.В. Бобін (Харків)
В.В. Бойко (Харків)
О.Ф. Возіанов (Київ)
Б.О. Волос (Харків)
П.В. Волошин (Харків)
В.Л. Гавенко (Харків)
О.Я. Гречанина (Харків)
В.І. Куцевляк (Харків)
В.М. Лупир (Харків)
Ю.В. Одинець (Харків)
М.І. Пилипенко (Харків)
В.С. Приходько (Харків)
Г.П. Рузін (Харків)
Г.С. Сенаторова (Харків)
О.М. Хвусюк (Харків)
В.М. Хворостінка (Харків)
Ю.Б. Чайковський (Київ)
В.П. Черних (Харків)
А.Ф. Яковцова (Харків)

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИЧНА І ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

<i>С.В. Харченко, Е.Ю. Шаповалова, О.А. Дорохова. Закономерности изменения углеводного обмена в нормальном эмбриогенезе легких и почек крыс</i>	<i>4</i>
<i>Б.А. Насибуллин, Н.А. Гуженюк, А.И. Гоженко, В.П. Бурлаченко. Взаимоотношение клинических неврологических расстройств при СПИДе и структурно-функциональных изменений головного мозга (клинико-диагностическое исследование)</i>	<i>8</i>
<i>А.М. Федота, П.П. Рыжко, В.М. Воронцов. Генетический анализ буллезного эпидермолиза</i>	<i>12</i>
<i>Л.А. Атраментова, О.П. Барбул. Антиципация при наследовании сахарного диабета</i>	<i>19</i>
<i>М.В. Лониц. Результати рентгенографії у хворих з синдромом Шерешевського–Тернера</i>	<i>24</i>

ТЕРАПІЯ

<i>П.Г. Кравчун, В.Д. Бабаджан, Т.С. Филиппская, М.А. Лесовая. Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и антагонистов рецепторов ангиотензина II на динамику активности протеиназ у больных умеренной артериальной гипертензией</i>	<i>30</i>
<i>О.С. Шевченко, М.И. Кожин, Надим Н.М. Альджибри. Структурно-функциональные изменения сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне нагрузочных проб</i>	<i>39</i>
<i>А.Ю. Егорова. Эффективность терапии амлодипином у пациентов с артериальной гипертензией с изо- и гипертензивными типами ортостатических реакций</i>	<i>45</i>
<i>М.Н. Кочужева, Н.А. Алексеенко, А.В. Линская. Изменения структурно-функционального состояния сердца у больных системной склеродермией с диастолической сердечной недостаточностью</i>	<i>51</i>
<i>Ю.М. Калашник. Гуморальный иммунитет при хроническом гипертрофическом фарингите и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни</i>	<i>55</i>
<i>И.Ф. Костюк, Е.П. Нагорная, М.А. Лесовая. Клинические особенности течения силикоза на фоне артериальной гипертензии</i>	<i>59</i>
<i>В.А. Капустник, О.Л. Архіпкіна. Показники обміну сполучної тканини у хворих на вібраційну хворобу з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень</i>	<i>64</i>
<i>С.І. Зайцева, О.І. Чолорова. Реографічна оцінка порушень внутрішньопечінкової гемодинаміки у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень</i>	<i>69</i>
<i>Д.О. Бутов. Застосування органозберігаючої фармакотерапії у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень</i>	<i>76</i>
<i>С.М. Граматюк. Зміна показників вуглеводного обміну у пацієнтів з HCV-інфекцією в залежності від генотипу</i>	<i>83</i>
<i>В.Н. Козько, О.Н. Винокурова, А.О. Соломенник, Е.В. Капуста, Д.В. Куш, Н.В. Анцыферова. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Харьковской области</i>	<i>86</i>

ПЕДІАТРІЯ

<i>А.М. Кожина, Т.В. Фролова, О.В. Охупкина, И.И. Терещенкова. Состояние психического здоровья детей, проживающих в условиях материнской депривации</i>	92
<i>М.О. Гончарь. Функциональный стан міокарда у дітей з природженими вадами серця, ускладненими легеневою гіпертензією</i>	97
<i>О.В. Николаева, Ферас ДЖ.Н. Абухалил. Характеристика функционального состояния поджелудочной железы у детей с хронической гастродуоденальной патологией</i>	102
<i>Е.В. Кононенко. Состояние иммунитета на разных стадиях хронического заболевания почек у детей</i>	107
<i>Н.І. Максєва, Г.С. Сенаторова, Л.М. Самохіна. Вплив хімази й тоніну на стан клубочкового апарату нирок у дітей з початковою стадією хронічного захворювання нирок</i>	111

НЕВРОЛОГІЯ І ПСИХІАТРІЯ

<i>І.Л. Левченко, В.О. Коршняк, В.В. Гринь. Вегетативні порушення у хворих на хронічні нейроінфекції</i>	116
<i>В.И. Пономарёв. Комплексная клиничко-динамическая характеристика детей и подростков, злоупотребляющих летучими органическими соединениями</i>	122
<i>Н.В. Гавенко. Стиль поведения в родительских семьях у женщины с невротическим расстройством и их брачных партнеров при анозогенной и позогенной сексуальной дезадаптации</i>	130

ХІРУРГІЯ І АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ

<i>В.Н. Лесовой, И.И. Красий, Г.Г. Хареба. Мониторинг центральной гемодинамики при регионарной анестезии (обзор литературы)</i>	136
<i>В.В. Бойко, А.Г. Краснояружский. Оценка и предупреждение операционного риска у больных с компрессионным синдромом средостения</i>	142
<i>Рамхури Арвинд Пармананд. Вибрационное бужирование и временное стентирование послеожоговых стриктур пищевода-желудочного перехода</i>	147
<i>В.В. Бойко, И.В. Белозёров, Т.В. Козлова, В.Г. Грожа, А.В. Токарев. Инфузионная терапия у больных колоректальным раком, осложненным частичной кишечной непроходимостью</i>	151

НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ

<i>О.Д. Бульмина. Исследование невербального интеллекта у лиц с разным типом функциональной асимметрии</i>	155
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Д.А. Донцова, Е.Н. Рябоконт, Т.П. Осолодченко, Л.Г. Штикер. Влияние профилактического применения ополаскивателя «Корсодил» на состояние микрофлоры зубного налета</i>	159
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗО- И ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ТИПАМИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

А.Ю. Егорова

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Изучено значение изо- и гипертензивных типов ортостатических реакций (ОР) артериального давления (АД) в лечении артериальной гипертензии (АГ) антагонистом кальция амлодипином по результатам наблюдения за 98 пациентами с АГ в возрасте $(62,93 \pm 5,79)$ года. По изменениям систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД при переходе из клиностаза в ортостаз пациентов относили к одной из двух выделенных групп: 1-я — изотензивный тип ОР и 2-я — гипертензивный. У 27 пациентов спустя 4 года от начала лечения оценены степень и частота неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов: инсульты, инфаркты, летальные исходы. Установлено, что снижение САД в клино- и ортостазе было выше у пациентов с АГ с изотензивным типом ОР, тогда как снижение ДАД преобладало у пациентов с гипертензивным типом ОР. Общее число неблагоприятных исходов при изотензивном типе ОР САД — 12 % — преобладало над таковым при гипертензивном типе — 6 %. Общее число неблагоприятных исходов при изотензивном типе ОР ДАД — 12 % — преобладало над показателем при гипертензивном типе — 3 %. В терапии пациентов с АГ амлодипином необходимо контролировать ОР АД, чтобы своевременно диагностировать и предупредить дальнейшее развитие неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: систолическое артериальное давление, диастолическое артериальное давление, ортостатические реакции, артериальная гипертензия, амлодипин.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных среди лиц пожилого возраста заболеваний, тесно связана с такими осложнениями, как инсульт, инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть, а значит, требует детального изучения [1–3]. Лечение АГ направлено на снижение и контроль артериального давления (АД), как систолического (САД), так и диастолического (ДАД), что опосредованно становится и профилактикой осложнений, а также повышает качество жизни пациентов [4]. Отрицательное значение АГ и ее осложнений тяжело переоценить, так как сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие позиции по смертности во всем мире.

Данные многоцентровых исследований и мнения специалистов относительно эффективности и безопасности препаратов группы антагонистов кальция [5, 6] порой противоречивы, однако антагонист кальция третьего поколения «Амлодипин» входит в стандартную схему терапии АГ и активно используется во всем мире [7]. Пре-

имущества препарата — высокая гипотензивная и антиангинальная активность, безопасное использование у пациентов старшей возрастной группы и у пациентов с изолированной систолической гипертензией, отсутствие негативного влияния на липидный и углеводный обмены [8–10], хорошая переносимость, удобный приём (1 раз в сутки) и др. Кроме того, амлодипин оказывает антиагрегационное, антиатерогенное действие, хорошо переносится пациентами [9, 10].

Существуют три основных типа реакций АД в ортостатических пробах: повышение, отсутствие изменений и снижение [11, 12]. Каждый врач сталкивается с ними в повседневной практике. При этом особое внимание уделяется гипотензивной ортостатической реакции (ОР) [1, 13–15]. Согласно данным многоцентровых клинических исследований она является независимым предиктором сосудистой смертности [16], фактором риска развития инсульта [1], коронарного синдрома [17], других осложнений. Доказана прямая взаимосвязь между степенью тяжести АГ, частотой ортостатической ги-

потензии и показателями сердечно-сосудистой смертности [18].

Как показали в [3], САД является точным, информативным и достоверным диагностическим и прогностическим критерием у пациентов с гипотензивным типом ОР. Современная классификация АГ равноценно базируется на показателях как САД, так и ДАД как на взаимодополняющих критериях. Механизмы поддержания и регуляции САД и ДАД имеют ряд различий, а значит, причины и следствия нарушения могут значительно варьировать.

В доступной литературе отсутствуют данные о клинической и прогностической значимости гипертензивной ОР. Имеется только одна публикация, в которой указывается на отрицательное влияние гипертензивной ОР САД на так называемые немые инсульты у пациентов с АГ [19]. Сведений об изучении оценки эффективности лечения пациентов с АГ с гипертензивным типом ОР с помощью антагонистов кальция нами не найдено.

Цель исследования — оценить значение изо- и гипертензивных типов ОР АД в лечении больных АГ антагонистами кальция.

Материал и методы. Обследовано 98 пациентов (31 мужчина и 67 женщин) с АГ в возрасте (62,93±5,79) года, принимавших амлодипин (эмлодин фирмы «EGIS», Венгрия) в начальной суточной дозе 5 мг с последующим ежедневным контролем АД в домашних условиях и 1 раз в неделю на приеме у врача в фиксированное время с увеличением ее при недостаточном гипотензивном эффекте до 10 мг. При недостаточном контроле АД к амлодипину присоединяли гидрохлортиазид в суточной дозе 12,5 мг. Средняя продолжительность заболевания составила (10,49±9,91) года. У 32 пациентов диагностирована мягкая АГ, у 35 — умеренная, у 31 — тяжелая. Из исследования были исключены лица, перенесшие инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающие сердечной недостаточностью IV функционального класса, ожирением III–IV степеней, пациенты со вторичной АГ.

Период наблюдения в оценке контроля АД составил 6 месяцев. Учитывали исходные данные САД и ДАД, а также через 1 и 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев. Исследование проводили утром, за 24 часа до него ограничивались употреблением кофе, алкоголя, прием лекарственных препаратов, а за 30 минут и физическая нагрузка. АД измеряли по

методу Короткова тонометром Microlife BP AG1-20 в клиностазе после 5-минутного отдыха и спустя 3 минуты после перехода в ортостаз. По изменениям САД и ДАД в ортостатической пробе пациентов относили к одной из двух выделенных групп: группа 1 — изотензивный тип ОР (изменения АД в пределах от 0 до 5 мм рт. ст.) и группа 2 — гипертензивный тип ОР (повышение АД больше чем на 5 мм рт. ст.).

У 27 пациентов спустя 4 года от начала лечения оценены степень и частота неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов: инсульты, инфаркты, летальные исходы.

Всем пациентам давались рекомендации по модификации образа жизни и диете и формировалась мотивация для длительного приема лекарственных средств согласно рекомендациям Украинского общества кардиологов.

Для статистической оценки результатов использовали параметрические критерии (среднее значение — М и стандартное отклонение — sd). Достоверность различий между группами пациентов определяли по критерию Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Динамика снижения САД и ДАД в орто- и клиностазе за 6 месяцев лечения амлодипином в группах пациентов с АГ с изо- и гипертензивной ОР представлена на рис. 1.

У пациентов с АГ с гипертензивной ОР исходное САД в клиностазе (153 мм рт. ст.) было на 8 мм рт. ст. ниже, чем у пациентов с изотензивной ОР (161 мм рт. ст.). Спустя 6 месяцев лечения в сравниваемых группах пациентов САД понизилось до одного уровня, при этом степень его понижения оказалась выше в случае изотензивной ОР (128 мм рт. ст.; понижение на 20 %) и ниже в случае гипертензивной ОР (127 мм рт. ст.; понижение на 17 %).

У пациентов с АГ с гипертензивной ОР исходное САД в ортостазе (176 мм рт. ст.) было на 13 мм рт. ст. выше, чем при изотензивной ОР (163 мм рт. ст.). Спустя 6 месяцев лечения САД в обеих группах снизилось одинаково на 20 % — до 141 мм рт. ст. в группе пациентов с гипертензивной ОР и до 130 мм рт. ст. в группе пациентов с изотензивной ОР.

Исходное ДАД в клиностазе у пациентов с гипертензивной ОР составило 87 мм рт. ст. и с изотензивной ОР — 91 мм рт. ст. Таким образом, как и САД, исходное ДАД при гипертензивной ОР было ниже, чем при изотензивной ОР. Через 6 месяцев терапии

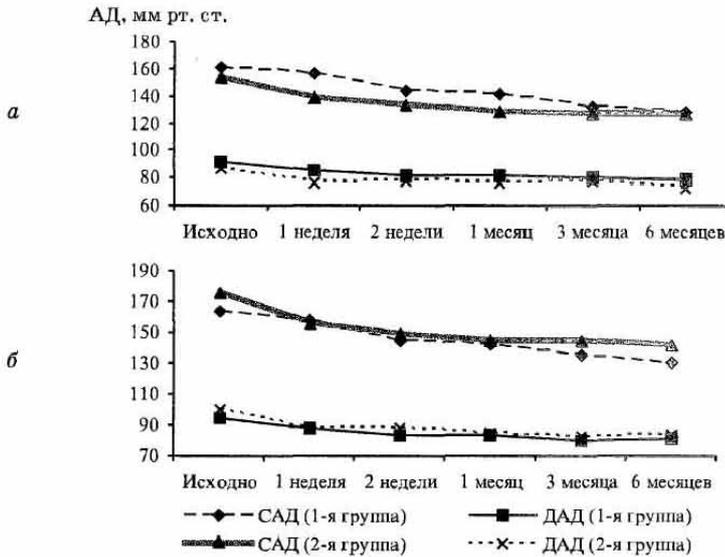


Рис. 1. Динамика снижения САД и ДАД в клиностазе (а) и ортостазе (б) за 6 месяцев лечения амлодипином у пациентов с АГ с изо- и гипертензивным типами ОР

ДАД снизилось в группе пациентов с гипертензивной ОР до 73 мм рт. ст. (на 16 %) и в группе пациентов с изотензивной ОР до 79 мм рт. ст. (на 13 %).

У пациентов с АГ с гипертензивной ОР исходное ДАД в ортостазе (100 мм рт. ст.) было на 6 мм рт. ст. выше, чем при изотензивной ОР (94 мм рт. ст.). Спустя 6 месяцев терапии ДАД в ортостазе в сравниваемых группах пациентов оказалось одинаковым — 83 мм рт. ст. (снижение на 17 %) в группе пациентов с гипертензивной ОР и 81 мм рт. ст. (снижение на 14 %) в группе пациентов с изотензивной ОР.

Следует отметить достаточно выраженный гипотензивный эффект амлодипина и, как результат, значительное снижение АД в обеих сравниваемых группах пациентов.

Относительные изменения количества пациентов с изо- и гипертензивным типами ОР (по отношению к их исходному количеству) за 6 месяцев лечения амлодипином представлены на рис. 2.

Исходно в ортостазе гипертензивная реакция отмечалась у 79 % по САД и у 49 % по ДАД. Спустя 6 месяцев после лечения амлодипином по САД она снизилась в большей степени (на 27 %), чем по ДАД (на 20 %), т. е. частота изотензивного типа ОР САД и ДАД повысилась. Если исходно изотензивная ОР была у 21 % по САД и у 51 % по ДАД, то спустя 6 месяцев лечения амлодипином по САД она повысилась до 48 % и по ДАД — до 71 %.

Нами была изучена частота неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у

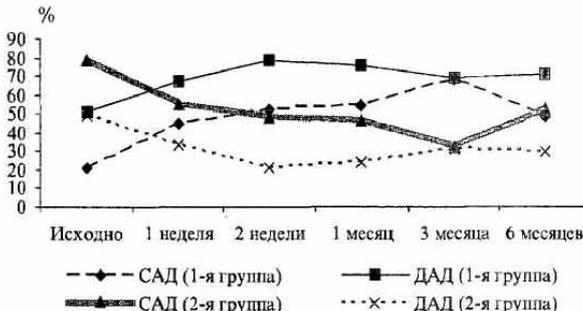


Рис. 2. Изменение количества пациентов с изо- и гипертензивным типами ОР за 6 месяцев лечения амлодипином

пациентов с АГ с изо- и гипертензивными типами ОР САД и ДАД спустя 4 года от начала лечения амлодипином. Общее число неблагоприятных исходов при изотензивном типе ОР САД — 12 % — преобладает над таковым при гипертензивном типе — 6 %, так же, как и при ОР ДАД — при изотензивном типе 12 %, а при гипертензивном — 3 %. Частота смертей при изотензивном типе ОР САД и ДАД составила по 3 %, при гипертензивном ОР САД — 3 %, тогда как при ДАД смерти не наблюдались. Встречаемость инфарктов была одинакова при изотензивном типе ОР САД и ДАД (по 9 %) и при гипертензивном (по 3 %). Инсультов при изо- и гипертензивном типах ОР не отмечалось.

В доступной литературе отсутствуют сведения об эффективности терапии антагонистами кальция у пациентов с АГ с изо- и гипертензивными ОР САД и ДАД. Полученными нами данные показывают, что амлодипин оказывает эффективный контроль АД у таких пациентов, причем снижение АД происходило постепенно, с преимущественным снижением САД над ДАД. Снижение САД в клино- и ортостазе было больше у пациентов с АГ с изотензивным типом ОР, тогда как снижение ДАД — у пациентов с гипертензивным типом ОР.

Кроме того, отсутствуют данные, касающиеся влияния изо- и гипертензивных ОР САД и ДАД на исходы АГ при лечении амлодипином. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с изотензивным типом ОР САД и ДАД наблюдается более тяжелое течение АГ, чем у пациентов с их гипертензивным типом. При этом отмечено преобладание общего количества неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при изо- и гипертензивном типах ОР САД. Также важно отметить, что за 6 месяцев лечения амлодипином наблюдалось увеличение количества пациентов с изотензивным типом ОР САД и ДАД.

В целом, лечение больных АГ амлодипином, с одной стороны, позволяет эффективно контролировать АД, уменьшая риски, и, с другой — увеличивает частоту изотензивного типа ОР АД, возможно, повышая риски неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

В терапии пациентов с АГ амлодипином необходимо контролировать ОР АД, чтобы своевременно диагностировать и предупредить дальнейшее развитие неблагоприятных исходов.

Выводы

1. Эффективность монотерапии артериальной гипертензии амлодипином является высокой с достижением контроля систолического и диастолического артериального давления уже спустя 6 месяцев от начала лечения.

2. Исходный уровень систолического артериального давления в клиностазе ниже у пациентов с его гипертензивной ортостатической реакцией и выше — с изотензивной. После терапии он выравнивается в обеих группах.

3. Исходный уровень систолического артериального давления в ортостазе выше у пациентов с его гипертензивной ортостатической реакцией и ниже — с изотензивной. Амлодипин в одинаковой мере снижает систолическое артериальное давление в ортостазе у пациентов с обоими типами ортостатических реакций.

4. Исходный уровень диастолического артериального давления в клиностазе ниже у пациентов с его гипертензивной ортостатической реакцией и выше — с изотензивной. Амлодипин одинаково снижает диастолическое артериальное давление в клиностазе в обеих группах пациентов.

5. Исходный уровень диастолического артериального давления в ортостазе в группе пациентов с гипертензивной ортостатической реакцией выше и с изотензивной — ниже. После терапии он выравнивается в обеих группах.

6. По итогам терапии амлодипином частота ортостатических гипертензивных реакций систолического и диастолического давления, в отличие от изотензивных, снижается.

7. Более благоприятное течение артериальной гипертензии наблюдается при гипертензивном и менее благоприятное — при изотензивном типе ортостатических реакций систолического и диастолического давления.

8. Контроль артериального давления необходимо дополнить мероприятиями оптимизации ортостатических реакций систолического и диастолического давления.

Представляется целесообразным продолжение исследований по влиянию антигипертензивных препаратов других групп на ортостатические реакции артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией в целях разработки предложений по повышению эффективности ее лечения.

Литература

1. *Eigenbrodt M. L.* Orthostatic hypotension as a risk factor for stroke: the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study, 1987–1996 / M. L. Eigenbrodt, K. M. Rose, D. J. Couper // *Stroke*. — 2000. — Oct.; 31 (10). — P. 2307–2313.
2. European Society of Hypertension 2003 — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. of Hypertension*. — 2003. — V. 21. — P. 1011–1053.
3. *Naschitz J. E.* The patient with supine hypertension and orthostatic hypotension: a clinical dilemma / J. E. Naschitz // *Postgraduate Medical J.* — 2006. — № 82. — P. 246–253.
4. *Яблучанский Н. И.* Нейрогуморальная регуляция и влияние препарата небивол (Небиволол) на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией / Н. И. Яблучанский, А. С. Исаева // *Український медичний часопис*. — 2002. — № 4 (30), VII/VIII. — С. 63–66.
5. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // *JAMA*. — 2002. — V. 288. — P. 2981–2997.
6. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line anti-hypertensive therapies: a meta-analysis of randomized clinical trials / M. Pahor, B. M. Psaty, M. N. Alderman [et al.] // *Lancet*. — 2000. — V. 356. — P. 1949–1954.
7. Persistence of anti-hypertensive effect after «missed doses» of calcium antagonist with long (amlodipin) vs short (diltiazem) elimination half-life / F. H. Leenen, A. Fourney, G. Notman, J. Tanner // *Brit. J. Clin. Pharmacology*. — 1996. — V. 41. — P. 83–88.
8. Влияние амлодипина на параметры центральной и периферической гемодинамики при гипертонической болезни у пациентов пожилого возраста / О. В. Коркушко, К. Г. Саркисов, Л. К. Забияка [и др.] // *Укр. кардіол. журн.* — 2001. — № 4. — С. 43–48.
9. *Жарінов О. Й.* Фармакологічні властивості та клінічне застосування амлодипіну з позицій доказової медицини / О. Й. Жарінов // *Укр. кардіол. журн.* — 2003. — № 1 (додаток). — С. 45–54.
10. Антигіпертензивна ефективність амлодипіну у хворих на м'яку та помірну артеріальну гіпертензію / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, О. В. Миронова, С. А. Поліщук // *Укр. кардіол. журн.* — 2003. — № 1 (додаток). — С. 41–44.
11. *Гарькавий П. О.* Типи ортостатичних реакцій і показники діастолічного артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією / П. О. Гарькавий, А. Ю. Сарасва, М. І. Яблучанський // *Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна*. — 2006. — № 736. — С. 75–79.
12. *Гарькавий П. О.* Типи ортостатичних реакцій систолічного артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією / П. О. Гарькавий, А. Ю. Сгорова, М. І. Яблучанський // *Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна*. — 2007. — № 774. — С. 89–93.
13. *Hain T. C.* Orthostatic hypotension / T. C. Hain // *Proceedings of National Institute of Health*. — 2003. — V. 5. — P. 42.
14. *Brignole M.* The syndromes of orthostatic intolerance / M. Brignole // *Europace*. — 2004. — № 6. — P. 467–537.
15. *Sahni M.* A clinical physiology and pharmacology evaluation of orthostatic hypotension in elderly / M. Sahni, D. T. Lowenthal, J. Meuleman // *International Urology and Nephrology*. — 2005. — V. 37. — P. 669–674.
16. *Rose K. M.* Orthostatic hypotension and the incidence of coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk in Communities study / K. M. Rose, H. A. Tyroler, C. J. Nardo // *Am. J. Hypertens.* — 2000. — Jun.; 13 (6, P. 1). — P. 571–578.
17. Orthostatic hypotension predicts mortality in middle-aged adults: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study / K. M. Rose, M. L. Eigenbrodt, R. L. Biga [et al.] // *Circulation*. — 2006. — Aug. 15; 114 (7). — P. 630–636.
18. *Grubb B. P.* Clinical disorders of the autonomic nervous system associated with orthostatic intolerance / B. P. Grubb // *Clin. Electrophys.* — 1999. — V. 22, № 5. — P. 798–810.
19. U-curve relationship between orthostatic blood pressure change and silent cerebrovascular disease in elderly hypertensives (Orthostatic hypertension as a new cardiovascular risk factor in clinical study) / Kazuo Kario, Kazuo Eguchi, Satoshi Hoshida [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2002. — V. 40. — P. 133–141.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ АМЛОДИПІНОМ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З ІЗО-І ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ ТИПАМИ ОРТОСТАТИЧНИХ РЕАКЦІЙ

А.Ю. Сгорова

Вивчено значення ізо-і гіпертензивних типів ортостатичних реакцій (ОР) артеріального тиску (АТ) в лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ) антагоністом кальцію амлодипіном за результатами спостереження за 98 пацієнтами з АГ у віці (62,93±5,79) року. По змінах систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ при переході з кліностазу в ортостаз пацієнтів відносили до однієї з двох виділених груп: 1-ша — ізотензивний тип ОР і 2-га — гіпертензивний. У 27 пацієнтів через

4 роки від початку лікування оцінені ступінь і частота несприятливих серцево-судинних наслідків: інсульти, інфаркти, летальні наслідки. Встановлено, що зниження САТ у кліно- і ортостазі було вище у пацієнтів з АГ з ізотензивним типом ОР, тоді як зниження ДАТ переважало у пацієнтів з гіпертензивним типом ОР. Загальна кількість несприятливих наслідків при ізотензивному типі ОР САТ — 12 % — переважала таку при гіпертензивному типі — 6 %. Загальна кількість несприятливих наслідків при ізотензивному типі ОР ДАД — 12 % — переважала таку при гіпертензивному типі — 3 %. У терапії пацієнтів з АГ амлодипіном необхідно контролювати ОР АТ, щоб своєчасно діагностувати і попередити подальший розвиток несприятливих наслідків.

Ключові слова: систолічний артеріальний тиск, діастолічний артеріальний тиск, ортостатичні реакції, артеріальна гіпертензія, амлодипін.

AMLODIPINE THERAPY EFFECTIVENESS IN ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS WITH ISO- AND HYPERTENSIVE ORTHOSTATIC REACTIONS TYPES

A. Yu. Yegorova

Iso- and hypertensive types of arterial blood pressure (BP) orthostatic reactions (OR) in arterial hypertension (AH) patients treatment with calcium antagonist amlodipine were studied according to the follow up results of 98 AH patients ($62,93 \pm 5,79$) years. According to the SBP and DBP changes during tilt test patient were referred to one of the two identified groups: 1st — isotensive type of OR and 2nd — hypertensive type. During the 4 years follow up period grade and severity of negative cardio-vascular events (stroke, myocardial infarction, death cases) were evaluated in 27 patients. It was found, that the SBP decrease in clino- and orthostasis was prevailing in AH patients with isotensive type of OR, and at the same time decrease of DBP prevailed in patients with hypertensive type of OR. Overall quantity of negative events (12 %) prevailed in isotensive type of SBP OR if compared to hypertensive (6 %). Overall quantity of negative events (12 %) prevailed in isotensive type of DBP OR if compared to hypertensive (3 %). In AH patients therapy with amlodipine it is necessary to control the BP OR, in order to diagnose and to prevent further development of negative events on time.

Key words: systolic arterial blood pressure, diastolic arterial blood pressure, orthostatic reactions, arterial hypertension, amlodipine.

Поступила 30.03.09