

# Антихипертензивен ефект на препаратите Физиотенс /Solvay Pharma/ при пациентки с лека и умерена артериална хипертония и ранен климакс

д-р Снежана Тишева

Кардиологична клиника - ИКО, Катедра Вътрешни болести и терапия, ВМИ-Плевен.

Проведено е открито проучване на медикамента *Physiotens* /Solvay Pharma/ за лечение на лека или умерена артериална хипертония при група от тридесет жени в ранен, оперативно провокиран климакс, без хормонзаместителна терапия /ХЗТ/. Избрана е контролна група от 20 жени на същата възраст, с оперативно провокиран климакс, без ХЗТ, със същата по тежест артериална хипертония, при която лечението е провеждано с Еналаприл. Правят се изводи, че Физиотенс е подходящ за лечение на лека и умерена артериална хипертония при жени в климакс поради ранното повлияване на диастолното налягане, тахикардията и метаболитните отклонения в изследваната група.

Артериалната хипертония /АХ/ често се изявява в хода на промените, настъпващи в периода на климактериума. Често АХ се асоциира с дислипидемия, повишена активност на съдовите коагулационни фактори, хипертрофия и нарушена диастолна функция на лявата камера, тахикардия. Поради естрогенния хормонален дефицит затлъстяването често е от андроиден тип. Наши предшестващи проучвания доказват, че АХ е по-често от диастолен тип, т.е. при жените в климакс често са налице почти всички симптоми на хипертензивния синдром /M. Weber/.

През 1984 г. Vouisquet и сътр. лансират хипотезата за наличие на имидазолинови рецептори, които играят роля в централната регулация на артериалното налягане и могат да служат като прицел на антихипертензивната терапия. Агонистите на 11-имидазолиновите рецептори са най-новите членове на групата антихипертензивни медикаменти с централно действие. Антихипертензивният ефект на Моксонидин /Physiotens/ се осъществява чрез понижаване на периферносъдовото съпротивление при непроменена или незначително понижена сърдечна честота. Физиотенс понижава освобождаването на катехоламини и ренин, с което осигурява протективен ефект на различни нива.

Цел на проучването е да се установи ефективността и поносимостта към Физиотенс при млади пациентки с ранен, оперативно провокиран климакс и лека или умерена артериална хипертония.

## Материал и методи

Проведено бе открито клинично проучване в продължение на шест месеца при 30 пациентки с ранен

д-р Стилян Чолаков

Катедра пропедевтика на вътрешните болести, ВМИ-Плевен.

климакс, настъпил след хистеректомия с овариетомия. Подборът на групата бе осъществен след кардиологичен преглед на повече от 100 млади жени, които са на диспансерно наблюдение в ИОЦ на ВМИ-Плевен.

## Критерии за подбор на болните

1. артериална хипертония с лека до умерена степен по класификацията WHO /ISH, 1999 г. - систолно налягане /САН/ >140mm, <180 mm Hg и/или диастолно налягане /ДАН/ > 90, <110 mm Hg;
2. наднормена телесна маса или обезитет /изчислен бе BMI/;
3. дислипидемии;
4. жени на възраст под 50 г., които не провеждат хормонзаместителна терапия /ХЗТ/.

Дизайнът на проучването включва: трикратно изходно измерване на АН и СЧ в сигнала положение и проследяване на същите показатели в края на първата и втората седмица, първия, третия и шестия месец от началото на лечението. При всеки от прегледите се провеждаше и електрокардиограма в дванадесет стандартни отвеждания. Проследени бяха ехокардиографските показатели на лявата камера, нивото на общия холестерол, триглицеридите и кръвната захар в началото и в края на проучването.

Обичайната доза на Физиотенс бе 0,2 мг - 1 табл., която бе приемана сутрин. При недостатъчен ефект на втората седмица дозата бе повишавана на 0,4 мг в еднократен сутрешен прием.

При непостигнат оптимален ефект в края на първия месец се добавяше по 25 мг Салуретин (1/4 тб.) дневно.

## Характеристика на групите

В проучваната група бяха включени 30 жени на средна възраст 45,9 години (41-50 г.), при които е била осъществена хистеректомия с овариетомия средно 1,4 години преди началния преглед. В контролната група средната възраст бе 46,3 г., като оперативно лечение е осъществено средно преди 1,6 години. При всички пациентки АХ не е лекувана до началния преглед. BMI в изследваната група е 31,3 kg/m<sup>2</sup>, а в контролната 30,8 kg/m<sup>2</sup>.

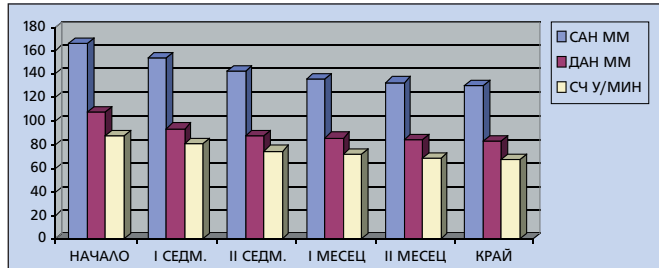
Контролна група от 20 пациентки, отговарящи на същите критерии, бе лекувана с Еналаприл 2x10 мг,

като бе наблюдавана по същата схема.

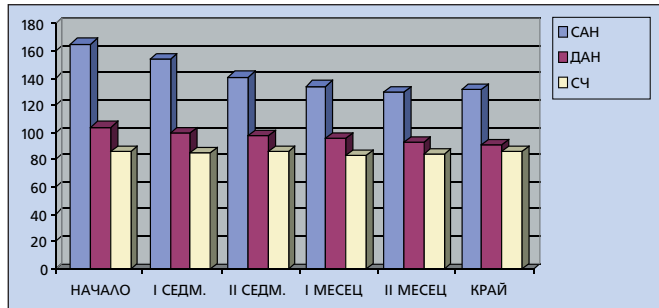
## Резултати и обсъждане

Отчетена е динамиката на АН и СЧ в изследваната група:

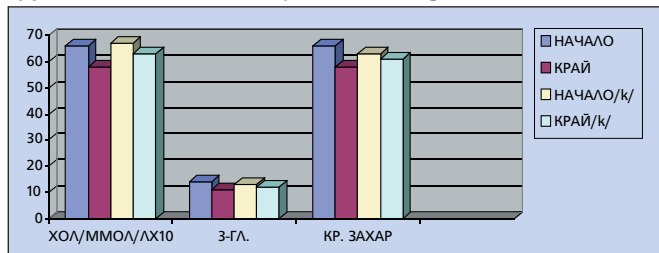
	начало	1 седм	2 седм	1 месец	3 месец	край
САН	166	154	143	136	133	130
ДАН	108	94	88	86	84	83
СЧ	88	81	75	72	69	68



Динамика на СЧ и АН в контролната група:



Промени в нивата на холестерола, триглицеридите и кръвната захар в изследваната и контролната групи в началото и в края на изследването:



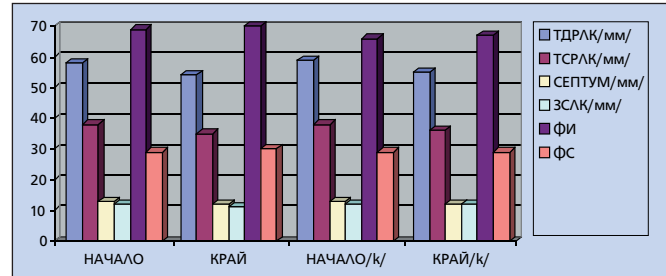
Анализът на промените в САН, ДАН и СЧ демонстрира сигнификантно понижаване на АН както в систола, така и в диастола, по-значимо при лечение с Физиотенс. СЧ се повлиява значимо /с 22%/ при лечение с Физиотенс, а в групата с Еналаприл промяната на СЧ може да бъде пренебрегната.

В групата с Физиотенс стойностите на холестерола и кръвната захар се променят сигнификантно, вероятно поради повлияването на инсулиновата чувствителност /13% за холестерол и 12% за кръвната захар/ при незначими промени в групата на Еналаприла.

В нашето проучване установяваме, че АН за цялата група е в нормални стойности след първия месец, което кореспондира с данните от други проучвания. АН в изследваната група се нормализира по-бързо в сравнение с контролната, като се повлиява и СЧ.

В края на първия месец 25 /83%/ от всички жени в изследваната група са постигнали нормализиране на АН и/или понижаване на ДАН с повече от 10 mm Hg с

0,2 мг Физиотенс. Само при 5 /16%/ от тях след втората седмица се е наложило повишаване на дозата на 0,4 мг, а при една от петте в края на първия месец бе включен и Салуретин. Смятаме, че високият процент пациентки, отговорили на терапията с Физиотенс, се дължи на това, че се прилага в група с новооткрита, нелекувана АХ. Повлияването на метаболитните нарушения от Физиотенс в съчетание с промени в диетичния и двигателния режим също имат своят принос.



Проконтролирани бяха и някои параметри на лявата камера с ДЕхоКГ.

Отчитаме статистически негостоваверна редуция на дебелината на септума и ЗСАК и при двете групи. Незначително е увеличението на ФИ и ФС в двете изследвани групи. Считаме, че изследването на ДЕхоКГ трябва да бъде детайлизирано с точното интерпретиране и на доплеровите показатели за ЛК-функция.

Сигурността на медикамента - наличие, вид и значимост на страничните ефекти, е представена в следната таблица:

### Странични нежелани ефекти

	брой пациентки	
1. сухота в устата	5	16%
2. главоболие	2	6%
3. обстипация	2	6%
4. сънливост	1	3%
5. напрегатост	1	3%

Страничните ефекти се описват по-често през първите две седмици от лечението с Физиотенс.

## Заклучение

Резултатите от проведеното от нас проучване показват, че Physiотенс /Solvay Pharma/ е с висок антихипертензивен ефект. При пациентки в климакс, където артериалната хипертония дебютира в съчетание с други метаболитни нарушения, Физиотенс е медикамент на избор поради благоприятното повлияване на нивото на липидите и кръвната захар. При жените в климакс често артериалната хипертония е от диастолен тип, като често е съчетана с тахикардия. Физиотенс повлиява по-ефективно в сравнение с Еналаприл както диастолен хипертония, така и тахикардията. Благоприятен е ефектът му относително редуцията на дебелината на септума и ЗСАК.

Физиотенс има нисък процент и клинично незначими нежелани странични ефекти, което е оценено и в други проучвания. Еднократният му прием го прави удобен медикамент, отговарящ на съвременните изисквания за лечение на артериалната хипертония. Като монотерапия той е подходящ за лечение на лека и умерена артериална хипертония при жени в климакс.