

## ХОМВИОТЕНЗИН® В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.П. Свищенко, д. мед. н., профессор; Л.А. Мищенко

/Национальный научный центр  
«Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско»/

Лечение артериальной гипертензии (АГ) является актуальной не только медицинской, но и социальной проблемой во всем мире. В странах Западной Европы доля пациентов, которые лечатся эффективно, колеблется от 10 до 37%, в Украине среди городского населения этот показатель составляет 18,7% [1, 2]. Эффективность длительной терапии АГ зависит, с одной стороны, от квалификации врача (правильная диагностика и выбор оптимальной стратегии лечения), с другой, – от приверженности пациента к лечению (точность соблюдения предписанного режима терапии). Побочные эффекты медикаментозной терапии, а также недоверие больных к «химическим» лекарственным средствам зачастую являются причинами низкой приверженности к лечению.

В этой связи насущным вопросом остается поиск новых эффективных и безопасных препаратов для лечения больных АГ. Несомненно, основой терапии АГ являются пять базисных классов антигипертензивных препаратов, которые рекомендованы к применению Европейским обществом гипертензии и Европейским обществом кардиологов в

2007 г. Однако, весомым дополнением к традиционному подходу, а иногда и альтернативой (при начальных проявлениях болезни) могут служить натуропатические средства.

В Украине накоплен достаточный клинический опыт применения комплексного гомеопатического препарата Хомвиотензин для лечения пациентов с АГ. Самое крупное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование с участием 77 пациентов с мягкой и умеренной эссенциальной гипертензией (ЭГ) проведено совместно с ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» и КМАПО им. П.Л. Шупика.

Терапия Хомвиотензином способствовала достоверному снижению среднеинтегральных показателей систолического и диастолического АД в ночной и дневной периоды суток (рис. 1), а также уменьшению патологической его вариабельности. В группе вмешательства

с ЭГ I и II стадии, период лечения 4 недели), под влиянием препарата отмечалось достоверное снижение САД и ДАД за сутки, день и ночь. Полная нормализация АД была достигнута у 15 больных, у 16 пациентов эффект был удовлетворительным. Недостаточная выраженность антигипертензивного эффекта отмечена преимущественно у больных ЭГ II стадии. Параллельно со снижением АД отмечалось уменьшение «нагрузки давлением»: индекс времени САД за сутки уменьшился в 1,3 раза, ДАД – в 1,7 раза.

Хомвиотензин оказывал нормализующее действие на нарушенный циркадный ритм АД и не влиял на его нормальный суточный профиль. До лечения у 21% больных суточный индекс находился в пределах нормы (от 10 до 20%), у 15 больных он был менее 10% («non-dipper») и у четверых – более 20% («over-dipper»). После курса терапии число больных с чрезмерным и недостаточным снижением АД в ночные часы уменьшилось на 75% и 60%, соответственно.

В работе Г.В. Дзяк и Т.В. Колесник, проведенной в Днепропетровской медицинской академии и охватившей 20 пациентов с мягкой и умеренной ЭГ, применение Хомвиотензина также сопровождалось достоверным снижением средних значений АД и показателей «нагрузки давлением» за сутки, день и ночь. Препарат не нарушал физиологический двухфазный циркадный профиль АД и не оказывал отрицательного влияния на нормальную вариабельность АД. У пациентов с повышенной вариабельностью АД на фоне лечения отмечалась тенденция к ее снижению.

Таким образом, Хомвиотензин является эффективным антигипертензивным средством, оказывающим мягкое действие на уровень АД. В качестве монотерапии он может быть

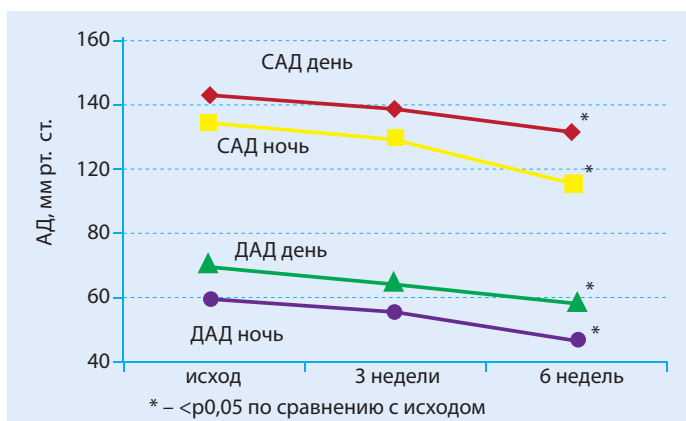


Рис. 1. Среднедневное и средненочное АД (по данным амбулаторного суточного мониторинга) при лечении Хомвиотензином

удовлетворительный антигипертензивный эффект отмечен у 73% пациентов, в группе плацебо – у 14%.

Дальнейшие исследования более детально изучили влияние Хомвиотензина на циркадный ритм АД у больных АГ. По результатам работы, проведенной в ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» (40 пациентов

## Препарати та технології

рекомендован больным ЭГ I стадии, при второй стадии заболевания может использоваться в составе комбинированной терапии. Хомвиотензин обеспечивает адекватный контроль АД в течение суток, достоверно уменьшает показатели «нагрузки давлением», корректирует нарушенный суточный ритм АД и проявляет склонность к уменьшению его вариабельности. Способность препарата корректировать нарушения циркадного ритма АД всегда расценивается как несомненное его достоинство в силу весомого прогностического значения этих показателей и их доказанной связи с поражением органов-мишеней.

Сердце является одним из органов-мишеней у пациентов с АГ. Длительное повышение АД способствует развитию гипертрофии левого желудочка, наличие которой существенно ухудшает прогноз заболевания. В современной концепции лечения АГ важным условием является не только снижение АД, но и предотвращение поражения органов-мишеней. Влияние Хомвиотензина на структурно-функциональные показатели работы сердца в Украине изучено в двух работах.

В исследовании, проведенном в КМАПО им. П.Л. Шупика, было показано, что длительное лечение Хомвиотензином (31 больной с ЭГ II стадии, период наблюдения 12 месяцев) способствовало уменьшению патологической вариабельности САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время на фоне выраженного снижения АД. Терапия Хомвиотензином не привела к достоверным изменениям толщины стенок левого желудочка, однако произошло уменьшение конечно-диастолического размера и, соответственно, конечно-диастолического объема. Как результат, отмечено достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка с  $235,4 \pm 7,1$  до  $215,1 \pm 3,2$  г, что составило 12% от исходного показателя (рис. 2).

По мнению авторов работы, уменьшение массы миокарда левого желудочка на фоне приема Хомвиотензина произошло за счет нормализации объема левого желудочка в диастолу

Показатели системной и внутрисердечной гемодинамики у больных с мягкой и умеренной ЭГ при лечении Хомвиотензином

Таблица 1

Показатель	Больные с мягкой ЭГ		Больные с умеренной ЭГ	
	исходно	после лечения	исходно	после лечения
САД, мм рт. ст.	156±5	122±5*	176±6	134±5*
ДАД, мм рт. ст.	97±4	83±3*	106±5	89±4*
ЧСС, уд/мин.	78±2	74±1	72±3	67±2
ФВ, %	58,5±4,8	62,2±3,9*	56,4±3,6	60,0±2,7
Vcf, с-1	1,03±0,09	1,15±0,06*	1,02±0,04	1,11±0,08
ОПСС, нс-1дм-1	1236±159	1022±131*	2212±188	1720±135*

Примечание: \* – < 0,05.

вследствие гемодинамической нагрузки сердца на фоне уменьшения объема циркулирующей крови и вазодилатации.

Положительное влияние препарата на показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики было отмечено также в исследовании, проведенном в Институте терапии АМН Украины, охватившем 42 больных с мягкой и умеренной ЭГ II стадии. На фоне достоверного снижения АД после 8 недель терапии установлено уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС); у больных с мягкой ЭГ отмечено достоверное увеличение фракции выброса (ФВ) и скорости циркулярного укорочения волокон миокарда левого желудочка (Vcf) (табл. 1) [3].

Таким образом, положительные гемодинамические аспекты действия Хомвиотензина, сопровождающиеся нормализацией показателей внутрисердечной гемодинамики и уменьшением массы миокарда левого желудочка, могут расцениваться как органопротекторные свойства этого препарата.

В клинике Института геронтологии АМН Украины изучена эффективность Хомвиотензина в лечении больных АГ пожилого возраста. По данным суточного мониторирования АД, наряду со снижением средних показателей АД за сутки, день и ночь, было зарегистрировано уменьшение вариабельности таких переменных АД, как среднединамическое АД (на 21%,  $p < 0,01$ ) и пульсовое АД (на 18%,  $p < 0,02$ ). Также существенно уменьшились показатели «нагрузки давлением» – среднесуточный индекс площади среднединамического АД уменьшился на 41% ( $p < 0,05$ ), суточный индекс времени – на 39% ( $p = 0,05$ ). ЧСС и минутный объем крови, а также показатели внутрисердечной гемодинамики под влиянием тера-

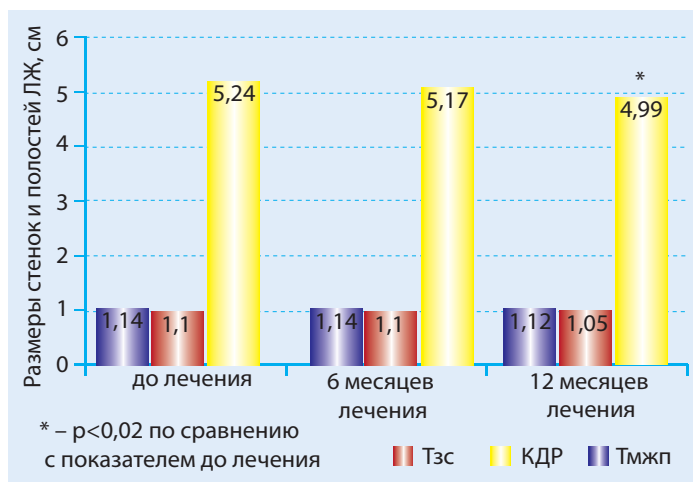


Рис. 2. Толщина стенок и конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка при лечении Хомвиотензином

Таблиця 2

Содержание глюкозы и инсулина в условиях ГТТ  
в крови больных ЭГ при лечении Хомвиотензином

Показатель	До лечения	Через 8 недель	p
Глюкоза, ммоль/л натощак	4,31±0,83	4,14±0,38	>0,05
на 60 мин. ГТТ	7,69±2,13	7,80±1,84	>0,05
на 120 мин. ГТТ	4,41±1,13	4,32±1,04	>0,05
Инсулин, мкЕД/мл натощак	30,01±3,21	30,29±4,78	>0,05
на 60 мин. ГТТ	76,21±3,72	81,49±6,47	>0,05
на 120 мин. ГТТ	42,01±3,53	45,96±7,89	>0,05

пии (3 недели лечения) существенно не изменились [4].

По данным ЭКГ высокого разрешения, Хомвиотензин способствовал нормализации биоэлектрической активности сердца, что проявлялось в уменьшении частоты поздних потенциалов действия, а также в уменьшении продолжительности фильтрованного комплекса QRS и среднеквадратической амплитуды последних 40 мс в нем.

Влияние препарата на эндотелий-зависимую вазодилатацию оценивали по результатам пробы с реактивной гиперемией. Было отмечено увеличение прироста диаметра плечевой артерии у больных как в покое, так и в условиях реактивной гиперемии, причем в последнем случае прирост составил 13%. Наряду с этим отмечалась тенденция к увеличению линейной скорости кровотока в плечевой артерии. С наибольшей вероятностью, эти эффекты Хомвиотензина обеспечиваются его

компонентом – боярышником, который в экспериментальных исследованиях проявляет свойства эндотелийзависимого вазодилатора [5].

Было также показано благоприятное действие Хомвиотензина на показатели липидного спектра у пожилых больных АГ с дислипотеинемией (рис. 3), что в дальнейшем нашло подтверждение и в популяции пациентов с АГ и метаболическим синдромом.

Проведенное в Институте терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины исследование по изучению применения Хомвиотензина у 36 больных ЭГ с метаболическим синдромом после 8 недель лечения, показало достоверное снижение систолического и диастолического АД, достоверное снижение ЧСС до 63±2 уд./мин. в подгруппе больных с изначальным ее учащением до 87±3 уд./мин. Результаты изучения внутрисердечной гемодинамики были аналогичны таковым в вышеописанных исследованиях.

Лечение Хомвиотензином пациентов с ЭГ и метаболическим синдромом не сопровождалось ухудшением показателей липидного обмена. Более того, у больных с исходно повышенным уровнем триглицеридов прием препарата приводил к достоверному их уменьшению с 3,5±0,4 до 1,7±0,3 ммоль/л (p<0,05) и сниже-

нию содержания общего холестерина с 6,7±0,6 до 4,3±0,4 ммоль/л (p<0,05) в сыворотке крови. Отмечалась также тенденция к увеличению содержания в крови холестерина липопротеинов высокой плотности.

Анализ влияния Хомвиотензина на чувствительность тканей к инсулину выявил зависимость данного показателя углеводного обмена от выраженности антигипертензивного эффекта препарата. Статистически достоверное снижение индекса инсулинорезистентности НОМА на 27,6% было отмечено в группе пациентов, достигших целевого уровня АД. При этом была обнаружена положительная корреляция между степенью снижения индекса НОМА и степенью снижения содержания триглицеридов в сыворотке крови (r=+0,34; p<0,05). Была также зарегистрирована обратная корреляционная связь между степенью снижения индекса НОМА и суточной дозировкой препарата, необходимой для достижения целевого АД (r=-0,39; p<0,05); этот факт указывает на то, что снижение индекса инсулинорезистентности увеличивалось с увеличением дозы Хомвиотензина.

Данные о метаболической нейтральности Хомвиотензина у больных ЭГ подтверждаются результатами исследования Е.П. Свищенко и Е.А. Матовой (ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско»). Гиперхолестеринемия была выявлена у 70% обследованных пациентов (среднее содержание общего холестерина в крови 5,78±1,04 ммоль/л), гипертриглицеридемия – у 20% больных (среднее содержание триглицеридов в крови составило 2,18±1,59 ммоль/л). Лечение Хомвиотензином в среднем по группе не повлияло на показатели липидного обмена, у больных с дислипидемией выявлена тенденция к снижению уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (с 4,61±0,95 до 3,82±1,16 ммоль/л).

У обследованных больных ЭГ выявлена гиперинсулинемия как натощак, так и при сахарной нагрузке (в сопоставлении с данными практически здоровых людей). На фоне выявленной гиперинсулинемии у всех обследованных больных ЭГ уро-



Рис. 3. Показатели липидного обмена у больных АГ с дислипотеинемией при лечении Хомвиотензином



## Препарати та технології

вень гликемии натощак и при глюкозотолерантном тесте (ГТТ) оставался в пределах нормы. Терапия Хомвиотензином не оказала влияния на выраженность инсулинорезистентности и уровень глюкозы в крови больных ЭГ, что можно расценивать как еще одну положительную черту этого комплексного антигипертензивного препарата (табл. 2).

Мочевая кислота также рассматривается как самостоятельный метаболический фактор риска сердечно-сосудистых осложнений, что и послужило основанием для изучения влияния Хомвиотензина (принимая во внимание его диуретические свойства) на уровень мочевой кислоты в крови больных ЭГ. Терапия Хомвиотензином в течение 1 месяца привела к снижению содержания мочевой кислоты в крови больных ЭГ с  $327,9 \pm 14,9$  до  $292,5 \pm 16,1$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ).

Определенные в исследовании благоприятные эффекты Хомвиотензина у больных ЭГ в рамках метаболического синдрома позволяют говорить о благоприятном метаболическом профиле этого комплексного гомеопатического средства, что позволяет применять его у пациентов с метаболическим синдромом, не опасаясь усугубления имеющихся у данной категории пациентов нарушений углеводного и липидного обмена.

Распространенность АГ среди лиц молодого и среднего возраста неуклонно растет. В этой возрастной категории более подвержены АГ мужчины. Длительность терапии предъявляет к антигипертензивным препаратам дополнительные требования в отношении хорошей переносимости и, в частности у мужчин, отсутствия отрицательного действия на половую функцию. На базе отделения реабилитации и кардиологии ИНВХ АМН Украины было проведено исследование эффективности и безопасности Хомвиотензина с оценкой его влияния на сексуальную функцию у 20 больных мужского пола в возрасте от 41 до 52 лет с ЭГ I и II стадии (срок наблюдения 4 недели) [6].

Достоверное снижение АД у обследуемых пациентов не сопровождалось отрицательным влиянием на показате-

ли половой жизни. Согласно еженедельному исследованию эректильная функция соответствовала показателям нормы; нарушений I, II и III степеней выявлено не было (рис. 4). Отмечена тенденция к смещению качества половой жизни в позитивную сторону.

Таким образом, применение Хомвиотензина не оказывает отрицательного влияния на эректильную функцию, что дает возможность использовать его в качестве монотерапии при мягкой АГ или включать в комбинированное лечение при ограничении использования тиазидных диуретиков или  $\beta$ -адреноблокаторов ввиду непереносимости этих средств из-за развития эректильной дисфункции.

Следует также отметить, что в рамках всех описанных выше исследований на фоне лечения Хомвиотензином отмечалась положительная динамика клинических симптомов, основанная на субъективной оценке самочувствия больным. Побочные эффекты в целом были выражены незначительно и не требовали отмены лечения.

На основании результатов исследований, проведенных в ведущих кардиологических клиниках Украины, комплексный гомеопатический препарат Хомвиотензин является эффективным антигипертензивным средством с мягким и плавным началом действия и стабильным эффектом в последующем. Препарат корректирует нарушенный циркадный ритм АД: восстанавливает его физиологическую фазность, уменьшает «нагрузку давлением» и повышенную вариабельность АД. Длительное применение Хомвиотензина сопровождается уменьшением массы миокарда, повышением сократительной и насосной функций левого желудочка. Хомвиотензин прояв-

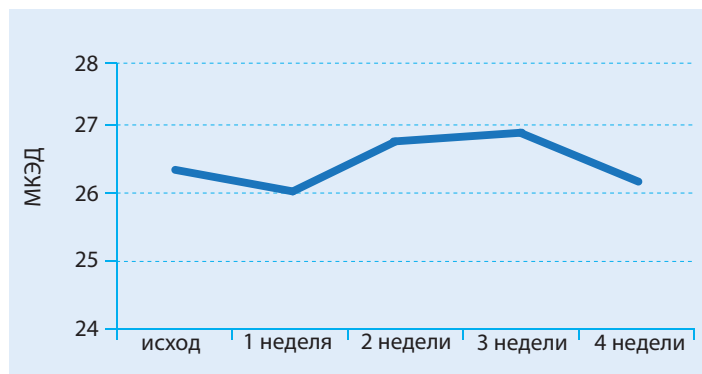


Рис. 4. Состояние половой функции у больных ЭГ при лечении Хомвиотензином (по величине международного коэффициента эректильной дисфункции – МКЭД)

ляет хорошую антигипертензивную эффективность и безопасность у пожилых больных с АГ. Препарат является метаболически нейтральным: он не ухудшает липидный и углеводный обмен у пациентов с АГ и метаболическими нарушениями, а в отдельных исследованиях продемонстрировал положительное влияние на показатели липидного спектра и уровень мочевой кислоты в крови больных АГ.

## Литература

1. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H. et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States // *Hypertens.* – 2004. – V. 43, №1. – P. 7–10.
2. Горбась И.М. Оценка распространенности и контроля артериальной гипертензии среди населения Украины [Текст] / И.М. Горбась // *Новости медицины и фармации* – 2007. – №229. – С. 22–24.
3. Малая Л.Т., Коваль С.Н., Снегурская И.А. Клиническая и гемодинамическая эффективность Хомвиотензина у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией [Текст] / И.А. Снегурская, С.Н. Коваль, Л.Т. Малая // «Фітотерапія»: наук.-практ. часопис. – 2004. – №2. – С. 23–28.
4. Ена Л.М., Купраш Л.П., Рудая Э.С. и др. Хомвиотензин в лечении болезненных пожилого возраста артериальной гипертензией [Текст] / Э.С. Рудая, Л.П. Купраш, Л.М. Ена // «Фітотерапія»: наук.-практ. часопис. – 2003. – №1–2. – С. 3–10.
5. Miller A.L. Botanical influences on cardiovascular disease // *Alternative Med. Rev.* – 1998. – V. 3. – P. 422–431.
6. Бабюк И.А., Ватутин Н.Т. и др. Клинический опыт использования гипотензивного препарата «Хомвиотензин» у мужчин и его влияние на эректильную функцию [Текст] / Н.Т. Ватутин, И.А. Бабюк // *Дерматовенерол., косметол., сексопатол.* – 2007. – Т.10, №1–4. – С. 374–378.