

**Исаева Светлана Хусаиновна**

студентка

Новокузнецкий филиал

ГБОУ СПО «Кемеровский областной

медицинский колледж»

г. Новокузнецк, Кемеровская область

## **НИФЕДИПИНЫ-ПРОЛОНГИ: ЗА И ПРОТИВ**

***Аннотация:** в данной статье автором рассматривается самый часто употребляемый препарат в кардиологии – нифедипин. Подробно описаны лекарственные формы нифедипина длительного действия. Приведены результаты исследования препарата. Анализируется антигипертензивная и антиангинальная эффективности этого препарата. Делается заключение о возможности назначения пролонгированных форм нифедипина всем больным артериальной гипертензией при отсутствии непереносимости.*

***Ключевые слова:** кардиология, артериальная гипертензия, нифедипин ретард, кордарон, пролонги, стенокарди.*

Пролонгированные ЛФ – это ЛФ с модифицированным высвобождением (обозначается «МВ»), т. е. с замедленным поступлением действующего вещества и увеличенной продолжительностью действия.

В настоящее время лекарства-пролонги всё шире применяются в медицине.

При некоторых, особенно хронических и сердечно-сосудистых заболеваниях, наиболее эффективно применение препаратов длительного действия – пролонгов [3, с. 25].

В связи с большим опытом работы на скорой медицинской помощи более 20 лет и неоднократно видевшая множество положительных результатов в лечение больных с гипертонической болезнью достигается при приеме новых лекарственных форм с пролонгированным действием, например, нифедипин, который имеет большой период полувыведения из плазмы крови, обеспечивает быстрое и стойкое снижение артериального давления до целевого уровня.

Механизм гипотензивного действия обусловлен прямым релаксирующим действием на гладкомышечные клетки сосудов, в результате чего снижается общее периферическое сопротивление сосудов. Благодаря высокой селективности к гладкомышечным клеткам сосудов отрицательное инотропное действие отсутствует. Обладает пролонгированным действием.

Нифедипин один из наиболее популярных кардиологических препаратов.

Результаты выполненных впоследствии исследований свидетельствуют о хорошей переносимости и высокой эффективности пролонгированных форм нифедипина больными с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардии. В ряде работ выявлено их благоприятное влияние на структурно-функциональное состояние сердца, сосудов и почек как при ГБ, так и при паренхиматозных артериальных гипертензиях.

Результаты исследований свидетельствуют о четкой антигипертензивной эффективности нифедипина-ретарда как у пациентов с изолированной ГБ, так и при ее сочетании с ИБС. У больных, которым для нормализации АД потребовалась большая доза препарата, исходный уровень его был выше, равно как и у лиц, получивших нифедипин 2 раза в сутки.

Благоприятное влияние оказал нифедипин-ретард и на течение стенокардии, что проявилось в уменьшении числа приступов стенокардии.

Терапия нифедипином-ретардом не привела у больных с ИБС, сочетавшейся с ГБ к увеличению количества экстрасистол. Наоборот, у пациентов, исходно имевших экстрасистолию, она перестала выявляться.

Таким образом, результаты выполненного исследования свидетельствуют о высокой антигипертензивной и антиангинальной эффективности нифедипина-ретарда.

Препараты длительного действия и пролонгированные формы короткодействующих соединений, в том числе и нифедипина, обладают минимальной способностью стимулировать симпатическую нервную систему, чем можно объяснить отсутствие у них аритмогенного действия и благоприятное влияние на течение стенокардии [1, с. 583].

Препараты нифедипина пролонгированного действия могут быть рекомендованы больным с различными формами АГ. Они могут использоваться как для монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами с вазодилататорным действием (миотропные препараты,  $\alpha$ -адреноблокаторы). При хронической почечной недостаточности, а также у пациентов с двусторонним стенозом почечных артерий и синдромом Конна они имеют преимущества перед ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

При ИБС их применение оправдано при стенокардии стабильного течения. Лекарственные формы нифедипина пролонгированного действия обеспечивают медленное поступление действующего вещества в кровь. Пиковые уровни нифедипина в крови оказываются намного ниже, чем если использовать таблетки быстрого действия. Артериальное давление при этом снижается на срок 12–24 часа и намного более плавно. Поэтому не происходит рефлекторного выброса в кровь «стимулирующих» гормонов. Соответственно, тахикардия (сердцебиение) и другие побочные действия нифедипина наблюдаются в несколько раз реже и оказываются менее выраженными. Пролонгированные формы нифедипина не эффективны для купирования гипертонического криза. Зато они реже оказывают негативные побочные действия и главное – улучшают долгосрочный прогноз для пациентов [2, с. 51].



Рис. 1. Таблетки нифедипина пролонгированного действия и быстродействующие

Пролонгированные таблетки нифедипина действуют 12–24 ч. и назначаются 1–2 раза в сутки. Их фармакокинетика не зависит от приема пищи.

Нифедипин с 1970-х годов используют для лечения гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний. Эти таблетки относятся к группе антагонистов кальция (блокаторов кальциевых каналов). До настоящего времени нифедипин остается одним из самых «популярных» препаратов в кардиологии, т. е. врачи назначают его очень часто. Нифедипин стал еще более востребованным лекарством, после того как в 2000-х годах появились таблетки этого препарата, которые действуют 24 часа. Их можно принимать 1 раз в сутки, а не 2–4 раза в день, как было раньше.

Существуют таблетки нифедипина, которые быстро действуют, а также «продленные» лекарственные формы (рис. 1) Пролонгированный нифедипин начинает действовать позже, но зато снижает артериальное давление плавно и надолго, т. е. на 12–24 ч.

Пролонгированные лекарственные формы нифедипина могут быть назначены всем больным артериальной гипертензией при отсутствии непереносимости и являются препаратами выбора в следующих ситуациях: у пожилых больных, при изолированной систолической гипертензии, у больных с сопутствующей стенокардией в тех случаях, когда противопоказаны  $\beta$ -адреноблокаторы. Если монотерапия не позволяет достичь целевого уровня АД, рекомендуется комбинировать эти препараты с ингибиторами АПФ или  $\beta$ -адреноблокаторов [4, с. 46].

### ***Список литературы***

1. Романова О.Л. Виды лекарственных форм с продленным действием // Земский врач. – 2010. – №2. – С. 25–27.
2. Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Препараты нифедипина пролонгированного действия в современной кардиологии // РМЖ – 2001. – Том 9. – №13/14. – С. 583–585.
3. Кулес В.Г., Сычев Д.А. Все ли пролонгированные лекарственные формы нифедипина одинаковы? // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2006. – №1. – С. 49–54.
4. Семенов А.В., Сычев Д.А. Клиническая фармакология пролонгированных лекарственных форм нифедипина // Consilium Medicum. – №5. – 2007. – С. 45–48.