

5,4 ± 3,0 до 4,0 ± 2,4 балла и достоверно улучшился показатель выраженности стресса с 2,9 ± 0,5 до 2,7 ± 0,6 балла. В основной группе через год наблюдения отмечено существенное уменьшение частоты депрессии и достоверно снизилась доля лиц с клинически значимой тревогой (с 39,1 до 22,6%). В контроле достоверных изменений по сравнению с исходным уровнем не отмечено. В основной группе на протяжении периода наблюдения отмечалась тенденция к снижению ССР по шкале SCORE как в целом, так и среди мужчин и женщин в отдельности. В контрольной группе наблюдалась обратная тенденция – к повышению ССР.

Таким образом, дифференцированный подход к проведению профилактического вмешательства отразился на эпидемиологической ситуации в коллективе. «Школа здоровья», проводимая на рабочем месте и ориентированная на конкретные факторы риска с учетом готовности участников к их коррекции, позволяет снизить средние уровни АД, ОХС и выраженность психоэмоциональных ФР. Выявлена тенденция к снижению суммарного ССР, что может позволить в долгосрочной перспективе получить положительный эффект от внедренной профилактической программы и улучшить здоровье каждого работника.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Якушин С.С.¹, доктор медицинских наук,
Окоороков В.Г.¹, кандидат медицинских наук,
Тишкина И.Е.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

² ГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, 96

* Ответственный за переписку: e-mail: irina.tishkina@mail.ru

Лечение артериальной гипертонии (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) и поражением органов-мишеней в настоящее время остается актуальной проблемой современной кардиологии. Одним из наиболее эффективных подходов к ее решению является применение комбинации ингибиторов АПФ с тиазидными диуретиками, которые позволяют не только контролировать артериальное давление (АД), но и получать органопротективные эффекты.

Всегда представляют интерес исследования, посвященные оценке новых дженериков с доказанной биоэквивалентностью, в частности при сочетанной патологии. Одним из таких препаратов является амприлан – дженерик рамиприла, препарата, который доказал свою эффективность во многих полицентровых клинических исследованиях (CARE, HYCAR, RACE, SECURE, AIREX).

Цель настоящего исследования – оценка эффективности лечения амприланом у больных АГ I–II степени в сравнении с таковой больных АГ I–II степени и СД 2 типа при 12-недельном применении препарата. Проведено открытое, сравнительное, проспективное исследование.

В исследование включено 40 больных с мягкой и умеренной АГ. Первую группу составили 22 боль-

ных, в том числе 36% – с АГ I степени и 64% – с АГ II степени; вторую – 18 пациентов с АГ и СД 2 типа, из них 38% – с АГ I степени и 62% – с АГ II степени. Для оценки сердечно-сосудистого риска использовалась европейская таблица SCORE.

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела и АД. Исходный уровень систолического АД у больных первой группы составил 149,4 ± 10,8 мм рт. ст., диастолического – 93,8 ± 4,8 мм рт. ст., а у больных второй – 151,9 ± 9,4 и 94,9 ± 4,8 мм рт. ст. соответственно. Средняя длительность АГ в первой группе составила 5,2 года, во второй – 6,7 года. Длительность СД у больных второй группы в среднем составила 2,9 года, т.е. СД, как правило, выявлялся у лиц с уже повышенным АД.

Больные обследовались трижды: в начале лечения, через 4 и 12 недель. Проводили: сбор анамнеза, физикальное обследование, включая определение ЧСС, АД, ЭКГ, биохимическое исследование крови, эхоКГ. Амприлан назначался однократно в дозе 2,5–5 мг/сут с последующим при необходимости увеличением до 10 мг/сут в качестве монотерапии у больных АГ I степени первой группы и в комбинированной терапии с тиазидными/тиазидоподобными диуретиками у больных АГ II степени с наличием СД.

Результаты исследования продемонстрировали достаточно выраженный эффект антигипертензивной терапии амприланом как в группе больных с АГ, так и у больных АГ и СД 2 типа. У больных с АГ систолическое АД снизилось с $149,4 \pm 5,8$ до $130,6 \pm 4,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), диастолическое – с $93,8 \pm 4,8$ до $80,6 \pm 4,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). При сочетании АГ и СД систолическое АД снизилось с $151,9 \pm 5,0$ до $131 \pm 5,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), а диастолическое – с $94,9 \pm 5,1$ до $82 \pm 5,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Через 4 недели лечения в первой группе частота достижения целевых показаний АД была выше ($50,0 \pm 10,9\%$), чем во второй ($11,1 \pm 7,6\%$). К окончанию исследования достижение целевых показателей АД в обеих группах почти сравнялось, но тем не менее во второй группе оставалось несколько ниже ($66,7 \pm 10,3\%$), чем в первой ($72,7 \pm 9,7\%$).

При проведении оценки сердечно-сосудистого риска у больных АГ отмечалось его снижение с высокого до среднего и низкого у 9% больных. Сравнительная оценка динамики сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у больных второй группы не проводилась, учитывая, что больные АГ в сочетании с СД являются пациентами с высоким риском.

Большинству больных обеих групп при первом визите амприлан назначался в дозе 5 мг/сут ($63,6$

и $61,1\%$ соответственно), у $16,6\%$ больных АГ в сочетании с СД при первом визите потребовалось назначение амприлана в дозе 10 мг/сут. К окончанию исследования для достижения целевых показателей АД увеличение дозы амприлана потребовалось $45,5$ и $55,6\%$ больных обеих групп соответственно, причем в первой группе $18,2\%$ пациентам доза амприлана была увеличена с 2,5 до 5 мг, а $27,3\%$ – с 5 до 10 мг, во второй группе $16,7\%$ больным – с 2,5 до 5 мг и 50% пациентам – с 5 до 10 мг/сут. При этом средние суточные дозы амприлана в первой группе составили $5,09 \pm 2,7$ мг, во второй – $8,2 \pm 2,6$ мг.

Переносимость препарата у всех пациентов была хорошей, гипотонических и побочных реакций, в том числе сухого кашля, не отмечено.

Таким образом, использование амприлана и его комбинации с тиазидными диуретиками в течение 12-недельного курса позволяет достоверно снизить уровень АД и при этом достичь целевых показателей его цифр у $72,8\%$ больных АГ и $66,7\%$ больных АГ с СД. Курсовое применение амприлана в течение 12 недель приводит к уменьшению сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у 9% больных АГ. Переносимость амприлана при 12-недельном курсовом применении была хорошей, все больные завершили курс лечения.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ПНЕВМОНИИ

Кузьмина Е.В.^{*1},
Ефимова Е.Г.², доктор медицинских наук,
Андреев А.Г.³, кандидат медицинских наук,
Стипакова А.В.³,
Кукушкина Т.В.³,
Новожилова С.В.³

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

* Ответственный за переписку: тел.: (4932)

В настоящее время в структуре заболеваемости и смертности взрослых первое место ($40,8$ – $45,4\%$) занимают сердечно-сосудистые заболевания. Проблема лечения гипертонической болезни является одной из актуальных в современной медицине, поскольку заболеваемость ею сравнивают с пандемией. Однако особенности антигипертен-

зивной терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ) в период внебольничной пневмонии изучены недостаточно.

С целью уточнения особенностей вегетативных нарушений у больных гипертонической болезнью в период внебольничной пневмонии и обоснования коррекции антигипертензивной терапии