

PECULIARITIES OF THE CEREBRAL HEMODYNAMICS DISTURBANCE IN CASE OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA

I.I. Nikolayeva, N.I. Zacharova, J.V. Parchomenko
(Chita State Medical Academy, Chita)

The paper presents the results of cerebral circulation research when conducting functional load tests on 71 patients suffering from neurocirculatory dystonia. The research shows the disturbance of the vascular tonus regulation that is reflected in the atypical character of the answers.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М.: Медицинское информ. агентство, 2000. — 179 с.
2. Каспарова Э.А., Лелюк С.Э., Автандилов А.Г. и др. Ультразвуковая оценка нарушений неврогенной регуляции сосудистого тонуса у пациентов с нейроциркуляторной дистонией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2001. — № 4. — С.98-111.
3. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Методика ультразвукового исследования сосудистой системы: технология сканирования, нормативные показатели. — М.: Медицина, 2002. — 40 с.
4. Маколкин В.И., Стрижаков Л.А. Особенности периферической гемодинамики при нейроциркуляторной дистонии // Кардиология. — 2004. — № 7. — С.67-70.
5. Митьков В.В., Сандриков В.А. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. — М.: ВИДАР, 1998. — 310 с.
6. Одинак М.М., Кузнецов А.Н. Справочник по церебральной доплерографии. — СПб, 1999. — 75 с.
7. Becker G., Bogdahn U., Babikian V.L. et al. Transcranial Doppler Ultrasonography. — 1998. — Vol. 4. — P.11-28.
8. Dogra V., Rubens D.J. Ultrasound secrets // Hanley&Belfus. — 2005. — 455 p.

© ДОБРЫНИНА И.Ю., ДОБРЫНИН Ю.В., ЕСЬКОВ В.М., КОВАЛЕНКО Т.Н., ПИКУЛИНА С.Ю. — 2006

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НЕБИЛЕТ И СИОФОР («БЕРЛИН-ХЕМИ») ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

И.Ю. Добрынина, Ю.В. Добрынин, В.М. Еськов, Т.Н. Коваленко, С.Ю. Пикулина

(Сургутский государственный университет, ректор — д.ф.-м.н., проф. Г.И.Назин, лаборатория биоклиники и биофизики сложных систем, зав. — д.б.н В.М. Еськов)

Резюме. Исследование по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор («Берлин-Хеми») для лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома в амбулаторно-поликлинических условиях» доказало высокую клиническую эффективность гипотензивного и сахароснижающего компонентов сочетанной терапии, сопровождается уменьшением инсулинорезистентности, побочный эффект — головная боль исчезает при снижении дозы Небилета или при длительном приеме, что обуславливает хорошую переносимость сочетанной терапии Небилетом в средней суточной дозировке 2,5-5 мг/сут. и Сиофором — 2000 мг/сут.

Ключевые слова. Сахарный диабет 2 типа (СД-2), метаболический синдром, инсулинорезистентность, Небилет, Сиофор («Берлин-Хеми»).

Метаболический синдром (МС), по определению III Доклада группы экспертов по лечению взрослых (Adult Treatment Panel III) Национальной образовательной программы по холестерину США, это многокомпонентный и часто встречающийся фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [6]. МС и СД-2 взаимосвязаны [8]. МС был причиной более чем 50% новых случаев СД-2, возникших в течение 7 лет наблюдения в исследовании San Antonio Heart Study [5]. Даже небольшое повышение АД у больных СД-2 значительно повышает риск смерти и сердечно-сосудистых осложнений [2]. Среди больных МС, смертность от ИБС в 23 раза выше, чем среди населения в целом [1].

Представленные данные свидетельствуют об актуальности поиска новых оптимальных сочетаний лекарственных препаратов, которые наряду с основным фармакологическим действием оказывали влияние на динамику наиболее значимых составляющих инсулинорезистентности.

Цель исследования: изучение клинической эффективности сочетанной терапии препаратами Небилет и Сиофор для лечения больных СД-2 и АГ по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор («Берлин-Хеми») для лечения пациентов с арте-

риальной гипертензией на фоне метаболического синдрома в амбулаторно-поликлинических условиях».

Небилет (небиволола гидрохлорид) представляет собой смесь D-небиволола и L-небиволола в соотношении 1:1: D-небиволол является конкурентным и высокоселективным блокаторм β1-адренорецепторов; L-небиволол — мягким вазодилататором за счет модуляции синтеза оксида азота (NO) эндотелием сосудов.

Сиофор (метформин) влияет на разные этапы продукции и утилизации глюкозы: повышает чувствительность тканей к инсулину, возможно, за счет увеличения количества рецепторов инсулина на мембранах, угнетает продукцию глюкозы в печени, которая у больных СД-2 увеличена, по крайней мере, в 2 раза [4,7].

Материалы и методы

Характеристика больных, включенных в исследование по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор («Берлин-Хеми») для лечения пациентов с артериальной гипертензией на фоне метаболического синдрома в амбулаторно-поликлинических условиях» (далее в тексте по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор...»): 35 больных СД-2 с АГ на фоне МС (10 мужчин, 25 женщин), не получающие терапию препаратами Небилет и Сиофор на момент включения в программу, в возрасте от 41 до 74 лет (средний возраст больных в общей группе 56,8±1,2 лет; муж. — 57,9±2,27, жен. — 56,3±1,4), стаж СД от 0 до 15 лет (в общей группе 8,25±0,5

лет, муж. — $8,9 \pm 1,02$, жен. — $7,6 \pm 0,75$), стаж АГ от 1 до 13 лет (в общей группе $7,0 \pm 0,4$ лет, муж. — $6,5 \pm 0,79$, жен. — $7,2 \pm 0,5$). До включения в исследование 3 больных находились на диете, остальные получали сахаропонижающие из группы производных сульфонилмочевины, бензойной кислоты (Ново Норм), бигуанидов (Глюкофаж, Глиформин) или комбинированную терапию, а так же гипотензивную терапию препаратами из групп ингибиторов АПФ (Эналаприл, Лизиноприл) и диуретиков (Индапамид). После обследования больные были переведены на Небилет в суточной дозе 2,5-5 мг и Сиофор 1500-2500 мг. Мониторинг больных осуществлялся в течение трех месяцев (исходно, через 1, через 3 месяца) в течение которых анализировались такие маркеры МС как объем талии (см), уровень гликемии натощак и её постпрандиальный уровень (ммоль/л), вес (кг), ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$), АД (мм рт.ст.); анализировались побочные эффекты. По завершении наблюдения регистрировались данные о переносимости препарата (неудовлетворительная, удовлетворительная, хорошая), перспективы дальнейшего приема препарата (да, нет), а так же удовлетворённость больного лечением (да, нет, затрудняюсь ответить).

Полученные данные подвергли математической обработке методом вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ по статистической обработке информации (SPSS), а также пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность выявляемых различий определяли по методу Стьюдента, анализируя среднюю величину вариационного ряда (М), среднее квадратическое отклонение вариационного ряда (σ), среднюю ошибку среднего квадратического отклонения (m). За достоверные принимали различия при значениях $p < 0,05$. Для оценки характера связи между изучаемыми явлениями результаты исследования обработаны методом парного корреляционного анализа с использованием пакета программ «Статистика в медико-биологических исследованиях» для IBM PC AT.

Результаты и обсуждение

Как видно из представленных в таблице 1 данных, исследование по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор ...» выявило: средняя суточная дозировка препарата Небилет составила $4,85 \pm 0,10$ мг/сут (от 2,5 до 5 мг/сут.), при мониторинге через 1 месяц больные нуждались в увеличении дозы, которая составила $4,92 \pm 0,07$ мг/сут. и не изменялась в течение всего последующего периода наблюдения. Между среднесуточной дозировкой препарата Небилет и окружностью талии (ОТ) выявлена корреляция во всех 3-х точках мониторингирования (коэффициент корреляции: r_1 — исходно, r_2 — через 1 месяц, r_3 — через 3): $r_1 = +0,3784$, $p_1 = 0,02$; $r_2 = +0,3512$, $p_2 = 0,02$; $r_3 = +0,3742$, $p_3 = 0,02$.

Таблица 1

Суточная дозировка препаратов Небилет и Сиофор (мг/сут)

Период наблюдения		Группы больных		
		всего	мужчины	женщины
Небилет (мг/сут)				
исходно		$4,85 \pm 0,09$	$5,00 \pm 0,00$	$4,80 \pm 0,13$
через 1 месяц		$4,92 \pm 0,07$	$5,00 \pm 0,00$	$4,90 \pm 0,10$
через 3 месяца		$4,92 \pm 0,07$	$5,00 \pm 0,00$	$4,90 \pm 0,10$
за весь период	медиана	5,00	5,00	5,00
	минимум	2,50	5,00	2,50
	максимум	5,00	5,00	5,00
Сиофор (мг/сут)				
исходно		$1957 \pm 0,08$	$1900 \pm 0,16$	$2060 \pm 0,10$
через 1 месяц		$1957 \pm 0,08$	$1900 \pm 0,16$	$2060 \pm 0,10$
через 3 месяца		$1957 \pm 0,08$	$1900 \pm 0,16$	$2060 \pm 0,10$
за весь период	медиана	1500	1500	2500
	минимум	1500	1500	1500
	максимум	2500	2500	2500

У мужчин Небилет исходно назначался в дозе 5 мг/сут., в дальнейшей корректировке дозы препарата больные не нуждались. У женщин исходно средняя суточная дозировка Небилета составила $4,80 \pm 0,13$ мг/сут., с коррекцией до $4,90 \pm 0,10$ мг/сут. через 1 месяца наблюдения.

Исходно Сиофор назначался в средней суточной дозировке $1957 \pm 0,08$ мг/сут (от 1500 до 2500 мг/сут.) и доза препарата не изменялась в течение всего последующего периода мониторингирования. Причем у мужчин Сиофор использовался в суточной дозе меньше, чем у женщин (соответственно $1900 \pm 0,16$ мг/сут., $2060 \pm 0,10$ мг/сут.) Выявлена аналогичная корреляция среднесуточной дозировки Сиофора с окружностью талии: $r_1 = +0,3797$, $p_1 = 0,02$; $r_2 = +0,4010$, $p_2 = 0,01$; $r_3 = +0,3672$, $p_3 = 0,03$.

Таблица 2

Уровень АД (мм рт.ст.)

Период наблюдения	Группы больных		
	всего	мужчины	женщины
САД			
исходно	$152,4 \pm 3,1$	$150,6 \pm 5,3$	$153,6 \pm 4,0$
через 1 месяц	$135,4 \pm 2,5$ $p_1 \leq 0,001$	$135,5 \pm 5,3$ $p_1 \leq 0,001$	$135,8 \pm 3,3$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$132,7 \pm 2,3$ $p_2 \leq 0,05$ $p_3 \leq 0,001$	$135,0 \pm 5,0$ $p_3 \leq 0,001$	$133,0 \pm 3,04$ $p_2 \leq 0,05$ $p_3 \leq 0,001$
ДАД			
исходно	$89,6 \pm 1,6$	$91,0 \pm 2,3$	$89,5 \pm 2,1$
через 1 месяц	$83,2 \pm 1,0$ $p_1 \leq 0,001$	$85,0 \pm 2,3$ $p_1 \leq 0,001$	$83,4 \pm 1,31$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$81,6 \pm 0,7$ $p_2 \leq 0,01$ $p_3 \leq 0,001$	$83,0 \pm 1,7$ $p_2 \leq 0,05$ $p_3 \leq 0,001$	$81,5 \pm 0,9$ $p_2 \leq 0,05$ $p_3 \leq 0,001$

Примечания для таблиц 2, 3 и 4: p — достоверность различий полученных значений в контрольных точках мониторинга: «исходно» — «через 1 месяц»; p_2 — «через 1 месяц» — «через 3 месяца»; p_3 — «исходно» — «через 3 месяца».

Как видно из представленных в таблице 2 данных, исследование доказало достижение пограничных уровней систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) через

1 месяц от начала лечения по сравнению с исходными данными (соответственно $152,4 \pm 3,1$ мм рт.ст., $135,4 \pm 2,5$ мм рт.ст., $p_1 \leq 0,001$) и близкая к целевым уровням САД и ДАД через 3 месяца от начала терапии по сравнению с показателями 2-ой и конечной точках мониторинга: «через 1 месяц», «через 3 месяца» (соответственно $132,7 \pm 2,3$ мм рт.ст., $p_2 \leq 0,05$, $p_3 \leq 0,001$; $81,6 \pm 0,7$ мм рт.ст., $p_2 \leq 0,01$, $p_3 \leq 0,001$). Сравнительный анализ эффективности гипотензивного компонента сочетанной терапии по полу выявил: у мужчин достоверное снижение САД через 1 и 3 месяц терапии по сравнению с исходными данными (соответственно $150,6 \pm 5,3$ мм рт.ст., $135,5 \pm 5,3$ мм рт.ст., $135,0 \pm 5,0$ мм рт.ст., $p_1 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$) и ДАД через 1 месяц в сравнении с исходными показателями ($91,0 \pm 2,3$ мм рт.ст., $85,0 \pm 2,3$ мм рт.ст., $p_1 \leq 0,001$), и по окончании наблюдения (через 3 месяца) в сравнении с исходными показателями и через

1 месяц (соответственно $83,0 \pm 1,7$ мм рт.ст., $p_3 \leq 0,001$); у женщин динамика САД и ДАД претерпевает изменения, аналогичные всей группе наблюдения, а именно снижение САД (соответственно $153,6 \pm 4,0$ мм рт.ст., $135,8 \pm 3,3$ мм рт.ст., $133,0 \pm 3,04$ мм рт.ст., $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,05$, $p_3 \leq 0,001$) и ДАД (соответственно $89,5 \pm 2,1$ мм рт.ст., $83,4 \pm 1,31$ мм рт.ст., $81,5 \pm 0,9$ мм рт.ст., $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,05$, $p_3 \leq 0,001$) во всех 3-х точках мониторинга.

В исследовании была изучена динамика показателей углеводного обмена — концентрация глюкозы натощак и уровень постприандиальной гликемии (табл.3).

Таблица 3

**Концентрация глюкозы (цельной капиллярной крови)
(ммоль/л)**

Период наблюдения	Группы больных		
	всего	мужчины	женщины
концентрация глюкозы натощак			
исходно	$6,76 \pm 0,18$	$6,75 \pm 0,09$	$6,74 \pm 0,24$
через 1 месяц	$6,44 \pm 0,18$ $p_1 \leq 0,001$	$6,41 \pm 0,14$ $p_1 \leq 0,05$	$6,39 \pm 0,23$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$6,24 \pm 0,15$ $p_2 \leq 0,01$ $p_3 \leq 0,001$	$6,11 \pm 0,15$ $p_2 \leq 0,001$	$6,28 \pm 0,20$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$
постприандиальная гликемия			
исходно	$7,07 \pm 0,19$	$7,44 \pm 0,32$	$7,04 \pm 0,23$
через 1 месяц	$6,72 \pm 0,18$ $p_1 \leq 0,001$	$7,25 \pm 0,31$	$6,63 \pm 0,19$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$6,39 \pm 0,17$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$	$6,85 \pm 0,27$ $p_2 \leq 0,05$ $p_3 \leq 0,05$	$6,30 \pm 0,20$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$

Как видно из табличных данных, сочетанная терапия Небилетом и Сиофором приводит к улучшению показателей углеводного обмена: снижению гликемии натощак, регистрируемой во всех 3-х контрольных точках мониторинга: «исходно», «через 1 месяц», «через 3 месяца» (соответственно $6,76 \pm 0,18$ ммоль/л.; $6,44 \pm 0,18$ ммоль/л.; $6,24 \pm 0,15$ ммоль/л с достоверностью $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,01$, $p_3 \leq 0,001$), и показателей постприандиальной гликемии (соответственно $7,07 \pm 0,19$ ммоль/л, $6,72 \pm 0,18$ ммоль/л.; $6,39 \pm 0,17$ ммоль/л с достоверностью $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$). Закономерна выявленная коррелятивная связь между уровнями постприандиальной гликемии и величиной ОТ ($r_1 = +0,4077$, $p_1 = 0,01$). При анализе гендерных различий выявлены следующие особенности: у мужчин достоверное снижение уровня гликемии натощак выявлено через 1 и 3 месяца мониторинга по сравнению с исходными показателями (соответственно $6,75 \pm 0,09$ ммоль/л, $6,41 \pm 0,14$ ммоль/л; $p_1 \leq 0,05$; $6,11 \pm 0,15$ ммоль/л, $p_3 \leq 0,001$); положительная динамика постприандиальной гликемии достигается через 3 месяца от начала лечения по сравнению с исходными показателями (соответственно $7,44 \pm 0,32$ ммоль/л, $6,85 \pm 0,27$ ммоль/л; $p_3 \leq 0,05$) и показателями в точке мониторинга «через 1 месяц» (соответственно $7,25 \pm 0,31$ ммоль/л, $p_2 \leq 0,05$); у женщин динамика углеводного обмена характеризуется достоверным снижением гликемии натощак во всех 3-х конт-

рольных точках мониторинга (соответственно $6,74 \pm 0,24$ ммоль/л.; $6,39 \pm 0,23$ ммоль/л; $6,28 \pm 0,20$ ммоль/л с достоверностью $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$) и показателей постприандиальной гликемии (соответственно $7,04 \pm 0,23$ ммоль/л; $6,63 \pm 0,19$ ммоль/л; $6,30 \pm 0,20$ ммоль/л с достоверностью $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$).

Таким образом, исследование выявило высокую эффективность сочетания гипотензивного и сахароснижающего компонента в терапии по программе «Оптимизация применения препаратов Небилет и Сиофор ...»: для достижения целевых уровней АД у большинства больных достаточной является доза препарата Небилет 5 мг/сут., эффективная доза Сиофора — 2000 мг/сут.

Абдоминальный висцеральный жир — специфический критерий МС, который косвенно может быть оценён по величине ОТ [3]. Назначение препаратов Небилет и Сиофор («Берлин-Хеми») на фоне метаболического синдрома сопровождается достоверным уменьшением ОТ (табл. 4) через 3 месяца применения ($106,9 \pm 1,5$ см) по сравнению с показателями, полученными в точках мониторинга: «через 1 месяц» ($108,2 \pm 1,6$ см, $p \leq 0,01$) и «исходно» ($108,2 \pm 1,6$ см, $p \leq 0,001$). Аналогичные изменения выявлены при раздельном анализе динамики ОТ для мужчин (соответственно $110,0 \pm 2,8$ см, $109,8 \pm 2,7$ см, $109,0 \pm 2,8$ см, $p_2 \leq 0,01$, $p_3 \leq 0,001$) и женщин (соответственно $109,8 \pm 1,9$ см, $109,8 \pm 1,9$ см, $108,3 \pm 1,9$ см, $p_2 \leq 0,01$, $p_3 \leq 0,001$).

При анализе таких составляющих МС, как показатели массы тела и ИМТ, были выявлены (табл. 4) достоверная редукция массы тела во всех 3-х контрольных точках мониторинга (соответственно $91,14 \pm 2,34$ кг, $90,90 \pm 2,35$ кг, $90,90 \pm 2,35$ кг, $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$) и закономерное однонаправленное снижение ИМТ ($33,20 \pm 0,89$ кг/м², $33,11 \pm 0,89$ кг/м², $32,87 \pm 0,88$ кг/м², $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$).

У мужчин достоверное снижение массы тела и ИМТ

Таблица 4

Окружность талии (см), вес (кг) и ИМТ (кг/м²)

Период наблюдения	Группы больных		
	всего	мужчины	женщины
ОТ			
исходно	$108,2 \pm 1,6$	$110,0 \pm 2,8$	$109,8 \pm 1,9$
через 1 месяц	$108,2 \pm 1,6$	$109,8 \pm 2,7$	$109,8 \pm 1,9$
через 3 месяца	$106,9 \pm 1,5$ $p_2 \leq 0,01$ $p_3 \leq 0,001$	$109,0 \pm 2,8$ $p_2 \leq 0,01$ $p_3 \leq 0,001$	$108,3 \pm 1,9$ $p_2 \leq 0,01$ $p_3 \leq 0,001$
Масса тела			
исходно	$91,14 \pm 2,34$	$93,90 \pm 4,40$	$93,16 \pm 2,75$
через 1 месяц	$90,90 \pm 2,35$ $p_1 \leq 0,001$	$93,28 \pm 4,39$	$92,85 \pm 2,79$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$90,90 \pm 2,35$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$	$93,20 \pm 4,32$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$	$92,14 \pm 2,74$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$
ИМТ			
исходно	$33,20 \pm 0,89$	$30,62 \pm 1,39$	$34,50 \pm 0,98$
через 1 месяц	$33,11 \pm 0,89$ $p_1 \leq 0,001$	$30,57 \pm 1,39$	$34,39 \pm 0,99$ $p_1 \leq 0,001$
через 3 месяца	$32,87 \pm 0,88$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$	$30,38 \pm 1,37$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,01$	$34,12 \pm 0,98$ $p_2 \leq 0,001$ $p_3 \leq 0,001$

выявлено через 3 месяца от начала лечения по сравнению с исходными показателями и в точке мониторинга «через 1 месяц» (соответственно $93,90 \pm 4,40$ кг, $93,28 \pm 4,39$ кг, $93,20 \pm 4,32$ кг, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$; $30,62 \pm 1,39$ кг/м², $30,57 \pm 1,39$ кг/м², $30,38 \pm 1,37$ кг/м², $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,01$).

У женщин сохраняются общие закономерности динамики массы тела и ИМТ, наблюдаемые для всей группы в целом, а именно достоверное снижение веса и ИМТ во всех 3-х контрольных точках мониторинга (соответственно $93,16 \pm 2,75$ кг, $92,85 \pm 2,79$ кг, $92,14 \pm 2,74$ кг, $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$; $34,50 \pm 0,98$ кг/м², $34,39 \pm 0,99$ кг/м², $34,12 \pm 0,98$ кг/м², $p_1 \leq 0,001$, $p_2 \leq 0,001$, $p_3 \leq 0,001$).

Таким образом, исследование доказало положительное влияние сочетанного применения препаратов Небилет и Сиофор на ОТ как маркера абдоминальной формы ожирения, массы тела и соответственно ИМТ,

которым отдается приоритетное значение в развитии МС, сформулированные проектом АТР III [3].

Все больные отмечали удовлетворительную переносимость лечения. Побочные явления — головные боли — беспокоили в начале приема препаратов и в течение 1-го месяца, преобладали у женщин, уменьшались через 3 месяца лечения (соответственно: исходно жалобы на головные боли предъявляли 13 больных, из них мужчин — 3 (уд. вес 0,23), женщин — 10 (уд. вес 0,76); через 1 месяц приема — цефалгия у 15 больных, из них мужчин — 5 (уд. вес 0,33), женщин — 10 (уд. вес 0,66); через 3 месяца лечения — число больных, предъявляющих жалобы, сократилось до 5, из них мужчин — 2 (уд. вес 0,40), женщин — 3 (уд. вес 0,60). По данным опроса все больные были удовлетворены лечением и выразили желание продолжать его дальше.

OPTIMIZATION OF NEBILET AND SIOFOR THERAPY FOR THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS ON THE BACK GROUND OF METABOLIC SYNDROME IN OUT-PATIENT-POLICLINIC CONDITIONS

I.Y. Dobrinina, Y.V. Dobrinin, V.M. Eskov, T.N. Kowalenko, S.Y. Piculina
(Surgut State University)

Research on the program «Optimization of Nebilet and Siofor therapy for the treatment of arterial hypertension patients on the background of metabolic syndrome in out-patient-polyclinic conditions» has proven that high clinical efficacy of hypotensive and sugar-reducing components of combined therapy is accompanied by insulin resistance reduction. Side effect is disappearance of headache after dosage decreased of Nebilet long-term intake leading to good tolerance of combined therapy in 2,5-5mg daily dose of Nebilet and 2000 mg daily dose of Siofor.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 2.
2. Adler A.L., Stratton I.M., Neil H.A. et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study // BMJ. — 2000. — Vol. 321. — P.412-419.
3. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Programs (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) // JAMA. — 2001. — Vol. 285, № 19. — P.2486-2497.
4. Jeng C.Y., Sheu W.H., Fuh M.M. et al. Relationship between hepatic glucose production and fasting plasma glucose concentration in patients with NIDDM // Diabetes. — 1994. — Vol. 43. — P.1440-1444.
5. Haffner S.M. Obesity and the metabolic syndrome: the San Antonio Heart Study // Br. J. Nutr. — 2000. — Vol. 83, № 1. — P.67-70.
6. Grundy S.M., Hansen B., Smith S.C. Jr. et al. Clinical Management of Metabolic Syndrome // Circulation. — 2004. — Vol. 109, № 4. — P.551-556.
7. Perriello G., Misericordia P., Volpi E. et al. Acute antihyperglycemic mechanisms of metformin in NIDDM. Evidence for suppression of lipidoxidation and hepatic glucose production // Diabetes. — 1994. — Vol. 43. — P.920-928.
8. Wilson P.W.F., D'Agostino R.B. Jr, Parise H. et al. The metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus [abstract 980-P] // Diabetes. — 2002. — Vol. 51(suppl. 2). — P.A242.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ГАЙДАРОВ Г.М., ХАНТАЕВА Н.С. — 2006

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЗА ПЕРИОД 1992-2004 ГГ. В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОМЕРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)