

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 ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ 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

обследовано 86 человек в возрасте $53,43 \pm 2,33$ года, госпитализированных с верифицированным диагнозом внебольничной пневмонии. В стационаре всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование по поводу гипертонической болезни и пневмонии. Дополнительно оценивали вариабельность сердечного ритма на компьютерном электрокардиографе «Поли-Спектр» с модулем «ВНС-Микрос».

Установлено, что у лиц с гипертонической болезнью в период пневмонии адаптационные возможности организма снижены, но уровень общей мощности спектра кардиоритмограммы не отличается от такового в период обострения гипертонической болезни (соответственно $230,39 \pm 20,2$ и $249,33 \pm 13,23$ мс²). Вместе с тем, доля симпатических влияний значительно уменьшается

(LF снижается с $31,93 \pm 2,75$ до $85,51 \pm 5,56$ н.е.), достигая уровня, который характерен для пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний (LF $32,04 \pm 1,69$ н.е.).

Уровень парасимпатических влияний на вегетативный баланс у пациентов с гипертонической болезнью в период пневмонии значительно возрастает (HF увеличивается с $14,48 \pm 2,57$ до $68,06 \pm 5,75$ н.е.), приближаясь к значениям, регистрируемым при пневмонии без сопутствующих заболеваний (HF $67,97 \pm 1,69$ н.е.).

Таким образом, вегетативный баланс у лиц с гипертонической болезнью в период внебольничной пневмонии смещается в сторону усиления парасимпатического влияния (LF/HF 0,55) за счет дефицита симпатических влияний.

ДИНАМИКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЕНОФИБРАТОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А.*, кандидат медицинских наук,
Мясоедова С.Е., доктор медицинских наук,

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

* Ответственный за переписку: e-mail: gbatrak@mail.ru

Цель исследования – изучить динамику уровня С-реактивного белка на фоне терапии фенофибратом у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией.

Под наблюдением находились 17 женщин и 3 мужчины с СД 2 типа средней степени тяжести и атерогенной дислипидемией IIБ типа, средний возраст пациентов составил $58,0 \pm 8,5$ года, длительность СД 2 типа – $7,2 \pm 5,9$ года. Все больные имели ожирение по абдоминальному типу: объем талии – 101 ± 13 см; отношение объема талии к объему бедер – $1,03 \pm 0,1$; индекс массы тела – $31,7 \pm 5,1$ кг/м². Исследовали уровень липидов и С-реактивного белка исходно и через 1, 3 и 6 месяцев терапии. Тип дислипидемии определяли по классификации Фредриксона. На фоне применения сахароснижающих препаратов (глибенкламид, гликлазид в дозе 1–4 таблетки в сутки) уровень гликированного гемоглобина A1 составил 7,1%. Все пациенты в течение 6 месяцев принимали фенофибрат Трайкор 145 по 1 таблетке в сутки. Безопасность препарата контролировалась исследованием уровня печеночных трансаминаз исходно и на фоне гиполлипидемической терапии ежемесячно.

У больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией IIБ типа уровень общего холестерина исходно и через 6 месяцев терапии фенофибратом составил $6,2 \pm 1,5$ и $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$), уровень триглицеридов – $4,47 \pm 1,5$ и $1,9 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,001$). Уже через 1,5 месяца лечения у 38% пациентов с СД 2 типа с дислипидемией достигнуты целевые показатели содержания липидов, которые стабильно сохранялись на фоне проводимой терапии. Концентрация С-реактивного белка как системного маркера воспаления составила исходно и через 6 месяцев терапии $17,3 \pm 6,7$ и $4,7 \pm 0,58$ мг/л соответственно ($p < 0,001$). В период гиполлипидемической терапии побочных эффектов применения фенофибрата не выявлено, уровень трансаминаз не превысил допустимые нормы.

Таким образом, терапия фенофибратом Трайкор эффективно снижает уровень липидов и С-реактивного белка у больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией, является безопасной и хорошо переносится пациентами.