

и контроле поведения нервная система ребенка испытывает напряжение и стресс, который проявляется в энцефалоастении.

Таким образом, при определении детей в семейные условия воспитания улучшается общее состояние здоровья детей, включая соматическое и психическое состояние, а при пребывании детей в условиях интернатного учреждения состояние психического и соматического здоровья детей требует дополнительной коррекции.

Кроме того, нужно отметить следующий позитивный момент: дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, впервые обретают семью, что является проявлением гуманизации современного российского общества и очень актуально в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтишев Ю. Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. – М., 1995. – 67 с.
2. Выготский Л. С. Проблемы умственной отсталости // Избранные психологические исследования. – М.: Педагогика, 1956. – С. 453–480.
3. Гайдук Ф. М. Особенности выявления, обследования и лечения детей с ЗПР: Методические рекомендации. – Минск, 1983. – 24 с.
4. Компейре Г. Умственное и нравственное развитие ребенка: Пер. с франц. – СПб, 1896. – 200 с.
5. Никишина В. Б., Мордич Л. Н. Программы реабилитации детей с нарушенным умственным развитием. – Курск, 2003. – 135 с.
6. Окошечникова Н. Л. Структура семьи и семейных привязанностей как фактор формирования толерантности личности //

Актуальные проблемы современной социальной психологии: Межвузовский сборник статей. – ЯГУ, 2005. – С. 96–102.

7. Психологические основы труда и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Федеральная целевая программа «Дети-инвалиды». – М.: Просвещение, 2002. – 546 с.

8. Сулимова Н. В. Состояние здоровья и прогнозирование отклонений в нервно-психическом развитии детей из социально неблагополучных условий. – М., 1999. – 25 с.

9. Трошихина Е. Г. Психологическая адаптация детей с психическим недоразвитием в условиях школ-интернатов // Теоретические и прикладные вопросы психологии / Под общ. ред. А. А. Крылова. – СПб, 1996. – Вып 2. Ч. 1. – С. 134–138.

10. Трошихина Е. Г. Особенности психической адаптации учащихся вспомогательных школ-интернатов // Дефектология. – 1997. – № 3. – С. 3–11.

11. Ульянова И. А. Развитие межличностных отношений детей-сирот с задержкой психического развития в различных моделях семейного воспитания // Аняевские чтения: Психология и политика (тезисы научно-практической конференции). – СПб: изд-во СПб ун-та, 2002. – С. 88–89.

12. Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1989. – 445 с.

13. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ и новый цикл. – М., 2006. – 606 с.

14. Элькашалла Бадиазман. Влияние семейного воспитания на формирование самооценки у школьников с нарушениями в психическом развитии (на материале семей России и бедуинского сектора Израиля). – СПб, 2006. – 176 с.

Поступила 05.03.2009

В. В. СКИБИЦКИЙ, Г. Б. Т. ТОТУОМ, Е. А. КУДРЯШОВ, А. В. ФЕНДРИКОВА

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

*Кафедра госпитальной терапии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79094619877. E-mail: ttgb@mail.ru.*

Эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от пола при сочетании артериальной гипертонии (АГ) и сахарного диабета (СД) 2-го типа оценивалась у 152 пациентов, рандомизированных на 4 группы: 1-я группа (n=38) – мужчины, 3-я группа (n=40) – женщины, получавшие иАПФ спираприл 6 мг и индапамид-ретард 1,5 мг; 2-я группа (n=36) – мужчины, 4-я группа (n=38) – женщины, принимавшие АРА II кандесартан 16 мг и индапамид-ретард 1,5 мг. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого АД, назначался амлодипин 10 мг. Вывод: антигипертензивная терапия, влияние на ремоделирование миокарда и его диастолическую функцию были более эффективными у мужчин, получавших иАПФ, и у женщин, принимавших АРА II.

Ключевые слова: артериальная гипертония, сахарный диабет, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II.

V. V. SKIBITSKII, G. B. TOTUOM, E. A. KUDRYASHOV, A. V. FENDRIKOVA

**EVALUATION THE EFFICACY OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN MEN AND WOMEN WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS BASED ON UPON CENTRAL HAEMODYNAMIC AND REMODELLING INDEXES**

*Department of hospital therapy. Kuban State Medical University,
Krasnodar, Sedina street 4. Russian Federation*

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of combined anti-hypertensive therapy in men and women with hypertension and type-2 diabetes. A total of 152 male and female hypertensive patients with known diabetes were used in the study. 78 of them

were on ACE-inhibitor spirapril (6 mg daily) and indapamid-retard (1,5 mg daily) and 74 patients were on ARB candesartan (16 mg daily) and indapamid-retard (1,5 mg daily). A follow-up after 3 months showed that some patients of both gender had not reached target blood pressure target. They were given an additional daily dose of 10 mg amlodipine.

Conclusion: the anti-hypertensive effect and the effect on myocardial remodeling and diastolic function were more positively marked in men on ACE-inhibitor and in women on ARB.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus, angiotensin converting enzyme inhibitor, angiotensin II receptor's blocker (ARB).

Сердечно-сосудистые заболевания являются самой частой причиной смерти в экономически развитых странах мира как среди мужчин, так и среди женщин. В то же время за последние 20 лет уровень сердечно-сосудистой заболеваемости в мужской популяции снижается, а у женщин отмечается стойкая тенденция к его росту [1]. Среди сердечно-сосудистых заболеваний артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующую позицию вне зависимости от пола. Довольно часто (в 30–50% случаев) АГ сочетается с различными метаболическими нарушениями, в частности с сахарным диабетом (СД) 2-го типа, что значительно повышает риск развития сосудистых катастроф [2]. Существуют определенные особенности распространенности и тяжести клинических проявлений АГ и СД у мужчин и женщин, что требует индивидуальных подходов к терапии таких пациентов с учетом пола [6]. Эффективность антигипертензивных препаратов с позиции гендерных особенностей активно дискутируется [5]. Результаты немногочисленных исследований часто противоречивы. Показана неодинаковая эффективность некоторых классов лекарственных препаратов у мужчин и женщин в лечении ряда заболеваний [4]. Как было показано в исследованиях CHARM и Val-HeFT, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) благоприятно влияют на течение сердечной недостаточности, но у женщин в отличие от мужчин отсутствует достоверное снижение смертности. В то же время бета-адреноблокаторы и представители антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II) доказали одинаковую эффективность вне зависимости от пола [7]. У женщин в сравнении с мужчинами терапия диуретиками чаще сопровождается развитием гипокалиемии и гипонатриемии [8]. В отношении антагонистов кальция (АК) отмечено более частое появление у женщин таких побочных явлений, как повышение активности симпатoadrenalовой системы и периферические отеки [3]. Лечение АГ при сочетании с СД 2-го типа требует более жесткого контроля АД и использования комбинированной антигипертензивной терапии. Следует отметить, что у женщин чаще, чем у мужчин, для достижения целевого уровня АД необходима комбинация 3–4 классов антигипертензивных препаратов (исследование РОСА).

Таким образом, становится очевидной необходимость поиска новых подходов к дифференцированному лечению АГ на фоне СД 2-го типа в зависимости от половой принадлежности. В связи с этим целью нашего исследования являлось определение эффективности различных комбинаций антигипертензивных препаратов у пациентов с АГ и СД 2-го типа в зависимости от пола.

Материалы и методы исследования

Обследовано 152 пациента обоего пола: 74 мужчины (48,7%) и 78 женщин (51,3%), средний возраст 56,9±6,1 и 58,1±5,6 года соответственно, имевших со-

четание АГ и СД 2-го типа. Критериями невключения в исследование являлись: декомпенсация СД, протеинурия, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, снижение фракции выброса (ФВ) <45%.

Согласно дизайну больные были рандомизированы на 4 группы: 1-я группа (n=38) – мужчины и 3-я группа (n=40) – женщины, получавшие иАПФ спираприл (квадроприл, «Плива», Словения) 6 мг/сут. и индапамид-ретард (арифон-ретард, «Сервье», Франция) 1,5 мг; 2-я группа (n=36) – мужчины и 4-я группа (n=38) – женщины, принимавшие АРА II кандесартан (атаканд, «Астра Зенека», Швеция) 16 мг/сут. и индапамид-ретард (арифон-ретард, «Сервье», Франция) 1,5 мг. Предложенные антигипертензивные комбинации с диуретиком являются одними из самых эффективных и рациональных, что доказано многочисленными исследованиями. Выбор индапамида-ретарда был обусловлен тем, что среди всех известных диуретиков, используемых для длительной антигипертензивной терапии, этот тиазидоподобный препарат реже других вызывает нежелательные метаболические эффекты. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого уровня артериального давления (АД), дополнительно назначался АК амлодипин (норваск, «Пфайзер», США) 10 мг/сут. Исходно и через 6 месяцев соответствующей терапии всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее исследование антропометрических (рост, масса тела, окружность талии и бедер), лабораторных (общий анализ крови, креатинин, трансаминазы, креатинфосфокиназы, глюкоза, электролиты, липидный спектр, микроальбуминурия) показателей, запись электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографию (Эхо КГ) и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica. Результаты представлены в виде средних арифметических значений и ошибки средней ($M \pm m$). Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исходно группы мужчин (n=74) и женщин (n=78) были сопоставимы по антропометрическим показателям (рост, масса тела, индекс Кетле), по длительности течения АГ и СД 2-го типа. Для обеих групп пациентов было характерно наличие ожирения II степени.

Достоверно различались показатели окружности талии: 125,2±3,5 см у мужчин против 114,2±2,9 см у женщин, что превышает нормальные значения (94 и 80 см соответственно) и свидетельствует об абдоминальном типе ожирения, часто встречающемся при СД 2-го типа.

Уровень АД в обеих группах соответствовал II степени АГ и составил 165,3/100,0 у мужчин

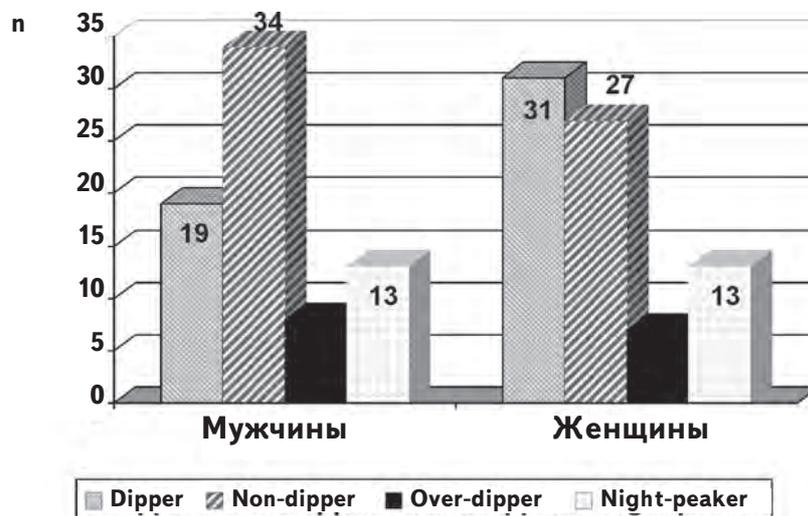


Рис. 1. Количество больных с суточными профилями АД в группах мужчин и женщин до лечения

Примечание: * – достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующими профилями АД.

и $164,3/99,1$ мм рт. ст. в группе женщин. Лабораторное обследование выявило в обеих группах повышение гликемии натощак до $7,5 \pm 0,3$ и $7,7 \pm 0,3$ ммоль/л и нарушения липидного обмена – повышение уровней общего холестерина до $7,3 \pm 0,6$ и $7,4 \pm 0,7$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности до $5,5 \pm 0,4$ и $5,0 \pm 0,4$ ммоль/л, триглицеридов – $2,2 \pm 0,07$ и $2,3 \pm 0,07$ ммоль/л, снижение уровня липопротеидов высокой плотности до $0,8 \pm 0,06$ и $0,9 \pm 0,06$ ммоль/л соответственно.

По результатам Эхо КГ в обеих группах выявлены гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) и увеличение массы миокарда (ММ) и индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ, однако в группе женщин толщина межжелудочковой перегородки (Тмжп) была достоверно больше, чем у мужчин: $1,32 \pm 0,02$ и $1,26 \pm 0,02$ см соответственно. Это согласуется с результатами других исследований, показывающих, что у большинства женщин с АГ выявляется эксцентрическая гипертрофия миокарда. В обеих группах выявлена диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ: 1-го типа – у большей половины мужчин (68,9%) и женщин (65,4%). Наиболее неблагоприятный – рестриктивный тип ДД ЛЖ был выявлен у 7 (9,5%) мужчин и 10 (12,8%) женщин.

Показатели СМАД указывали на высокую вариабельность АД в обеих группах. У мужчин были достоверно ниже показатели суточного индекса (СИ) систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД: $4,6 \pm 0,32$ против $9,3 \pm 0,5\%$ и $3,5 \pm 0,23$ против $5,9 \pm 0,26\%$ соответственно.

Согласно СИ профиль АД различался между группами (рис. 1).

Как следует из рисунка, в группе мужчин преобладали пациенты «non-dipper» – 34 (47,4%), а у женщин – «dipper» – 31 (39,7%), профили «over-dipper» и «night-peaker» регистрировались в группах одинаково часто.

Таким образом, исходно у пациентов с сочетанием АГ и СД 2-го типа выявлены структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы. Гендерные особенности проявились в большей выраженности

гипертрофии межжелудочковой перегородки и в структуре суточных профилей АД.

Через 1 и 3 месяца лечения у всех пациентов оценивалась эффективность комбинированной антигипертензивной терапии (табл. 1).

Как следует из таблицы 1, через 1 месяц соответствующей комбинированной терапии число больных, достигших целевого АД, не различалось между группами. Через 3 месяца терапии каждый пятый пациент в группах 1 и 3, получавших терапию, основанную на ингибиторе АПФ, достиг целевого АД. Среди пациентов, принимавших комбинацию на основе АРА II (группы 2 и 4) и добившихся нормализации АД, было достоверно больше женщин. Остальным больным к лечению был добавлен амлодипин 10 мг.

По окончании исследования среди мужчин, достигших целевого АД, преобладали пациенты, получавшие ингибитор АПФ (84,2% в группе 1), а среди женщин – принимавшие комбинацию с АРА II (89,5% в группе 4). Показатели АД, достигнутые в различных группах через 6 месяцев лечения, представлены в таблице 2. Среди мужчин, получавших комбинированную антигипертензивную терапию, только пациенты группы 1 достигли целевого уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, которые снизились у них на 23,4 и 24,9% соответственно.

У пациентов группы 2, получавших терапию, основанную на АРА II, также отмечено снижение САД (-18,4%, $p < 0,05$) и ДАД (-16,8%, $p < 0,05$), но эти показатели не достигли целевых значений.

Напротив, у женщин, получавших АРА II (группа 4), произошло более выраженное снижение САД (-23,5%) и ДАД (-23,4%) по сравнению с пациентками группы 3 (-16,9 и -17,7% соответственно).

При сравнении антигипертензивного эффекта у мужчин и женщин, принимавших АРА II, достигнутое АД было достоверно ниже в группе женщин.

Таким образом, при сравнении комбинаций антигипертензивных препаратов терапия, основанная на ингибиторе АПФ, была эффективнее у мужчин по сравнению с женщинами, в то время как использование

**Количество пациентов, достигших целевого уровня АД
через 1, 3 и 6 месяцев терапии**

Показатель	Мужчины (n=74)		Женщины (n=78)	
	Группа 1 (n=38)	Группа 2 (n=36)	Группа 3 (n=40)	Группа 4 (n=38)
Через 1 месяц, n (%)	5 (13,2)	4 (11,1)	6 (15,0)	6 (15,8)
Через 3 месяца, n (%)	8 (21,1)	6 (16,7)	9 (22,5)	11 (28,9)*
Через 6 месяцев, n (%)	32 (84,2)	24 (66,7) [^]	24 (60,0)*	34 (89,5) [^]

Примечание: достоверность различий (p < 0,05):

* – между мужчинами и женщинами через 6 мес. соответствующей терапии;

[^] – между исходными и значениями через 6 мес. терапии внутри каждой гендерной группы.

Таблица 2

Динамика АД у больных различных групп через 6 месяцев терапии

Группы пациентов	Систолическое АД		Диастолическое АД	
	Исходно	Через 6 мес.	Исходно	Через 6 мес.
Мужчины (n=74)				
Группа 1 (n=38)	167,2±7,1	128,1±3,9*	100,2±5,7	75,3±4,5*
Группа 2 (n=36)	164,5±6,8	134,2±4,0*	99,4±5,8	82,7±4,4*
Женщины (n=78)				
Группа 3 (n=40)	162,4±7,3	135,0±4,6*	98,8±4,7	81,3±4,0*
Группа 4 (n=38)	165,2±7,6	126,3±3,8*	99,3±4,6	76,1±3,9*

Примечание: достоверность различий (p < 0,05):

* – между исходными и значениями через 6 мес. терапии внутри каждой гендерной группы.

Таблица 3

**Динамика показателей ЭхоКГ у больных различных групп
через 6 месяцев терапии**

Показатель	Мужчины n=74				Женщины n=78			
	Группа 1 n=38		Группа 2 n=36		Группа 3 n=40		Группа 4 n=38	
	Исходно	6 мес.	Исходно	6 мес.	Исходно	6 мес.	Исходно	6 мес.
КДР, см	5,3±0,4	5,4±0,5	5,2±0,4	5,2±0,38	5,0±0,36	4,9±0,3	5,1±0,41	5,1±0,38
КСР, см	3,8±0,3	3,5±0,26	3,7±0,24	3,6±0,18	3,6±0,22	3,5±0,27	3,7±0,3	3,4±0,2
Тмжп, см	1,26±0,04	1,16±0,03 [^]	1,28±0,04	1,25±0,03	1,32±0,04	1,24±0,03	1,31±0,03	1,20±0,03 [^]
Тзслж, см	1,2±0,03	1,16±0,03	1,21±0,03	1,18±0,02	1,24±0,03	1,21±0,02	1,25±0,03	1,15±0,02 [^]
ФВ, %	54,0±3,0	63,8±3,5 [^]	55,0±3,4	56,7±3,1	54,6±3,2	55,7±3,5	53,8±3,0	63,0±3,3 [^]
ОТС, %	46,3±2,2	43,0±2,1	47,6±2,3	46,6±2,5	51,2±2,6	50,0±2,7*	50,1±2,6	46,0±2,2
ММЛЖ, г	325,9±8,8	301,2±8,0 [^]	313,0±9,2	301,3±8,7	305,9±9,1	276,9±9,0 [^]	313,9±9,4	277,8±9,0 [^]
ИММЛЖ, г/м ²	153,7±6,0	143,3±5,8	143,6±5,9	142,0±5,8	158,8±6,2	145,1±6,0	161,2±6,3	143,7±6,0 [^]
Е/А	0,82±0,06	1,04±0,08 [^]	0,86±0,06	0,96±0,07	0,85±0,05	0,98±0,06	0,83±0,06	1,1±0,08 [^]
ВИР, мс	138±11	107±10 [^]	142±11	118±9	149±12	129±11	145±12	98±10 [^]
ДДЛЖ, n(%):								
нет	0 (0)	7 (18,4) [^]	0 (0)	3 (8,3) [^]	0 (0)	9 (22,5) [^]	0 (0)	10 (26,3) [^] *
1-й тип	25 (65,8)	26 (68,4)	26 (72,2)	26 (72,2)	26 (65)	23 (57,5)	25 (65,7)	23 (60,5)
2-й тип	9 (23,7)	4 (10,5) [^]	7 (19,4)	5 (13,9)	9 (22,5)	5 (12,5) [^]	8 (21,1)	4 (10,5) [^]
3-й тип	4 (10,5)	1 (2,6) [^]	3 (8,3)	2 (5,6)	5 (12,5)	3 (7,5)	5 (13,2)	1 (2,6) [^]

Примечание: достоверность различий (p < 0,05):

* – между мужчинами и женщинами через 6 мес. соответствующей терапии;

[^] – между исходными и значениями через 6 мес. терапии внутри каждой гендерной группы.

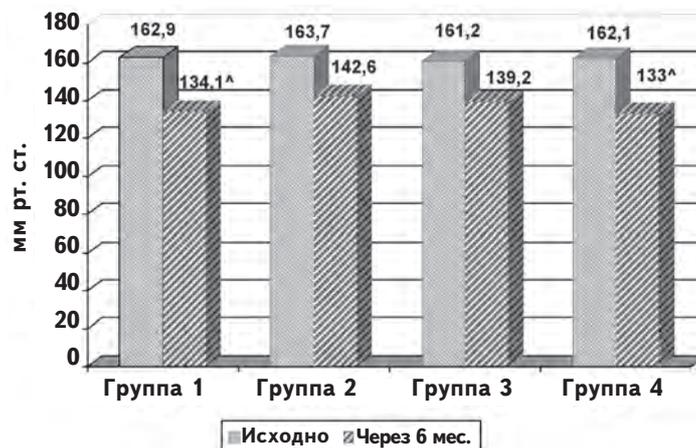


Рис. 2. Динамика среднесуточного САД через 6 месяцев терапии

Примечание: [^] – достоверность различий ($p < 0,05$) между исходным и значениями через 6 мес. терапии внутри каждой гендерной группы.

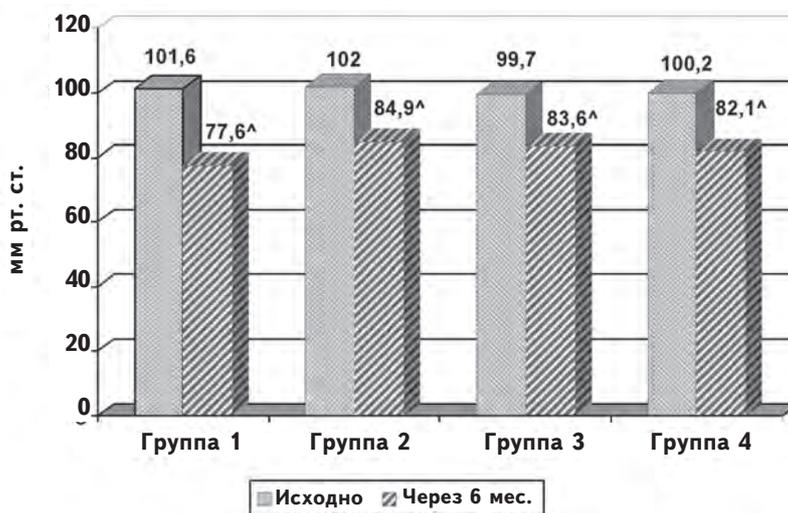


Рис. 3. Динамика среднесуточного ДАД через 6 месяцев терапии

Примечание: [^] – достоверность различий ($p < 0,05$) между исходным и значениями через 6 мес. терапии внутри каждой гендерной группы.

АРА II оказалось более результативным у пациентов женского пола.

Влияние различных вариантов антигипертензивной терапии на структурно-функциональное состояние сердца оценивалось с помощью ЭхоКГ (табл. 3). У всех пациентов выявлены гипертрофия левого желудочка, увеличение ММ и ИММ ЛЖ.

Через 6 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии более выраженные структурные изменения произошли у пациенток группы 4, получавших АРА II, что проявлялось достоверным уменьшением Тмжп (-8,4%) и толщины задней стенки ЛЖ (Тзслж, -8%), ММ (-11,5%), ИММ ЛЖ (-10,9%).

Среди мужчин достоверные изменения показателей ЭхоКГ отмечены у пациентов группы 1, получавших комбинацию диуретика с ингибитором АПФ: Тмжп уменьшилась на 7,9%, ММ ЛЖ – на 7,7%, ФВ увеличи-

лась на 18%. У мужчин группы 2 достоверных изменений структурно-функционального состояния сердца не выявлено, а у женщин в группе 3 уменьшилась только ММ ЛЖ (-9,5%, $p < 0,05$).

У всех обследованных больных выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). Как следует из таблицы 3, исходно структура нарушений диастолической функции не различалась между группами – доминировал 1-й тип ДДЛЖ (более 60% пациентов).

Через 6 месяцев терапии достоверно изменилось соотношение пиков скорости раннего и позднего наполнения (Е/А) и время изоволюметрического расслабления (ВИР) только в группах 1 и 4. В этих же группах среди мужчин и женщин наблюдалось наибольшее число больных без признаков ДДЛЖ (18,4 и 26,3% соответственно). По окончании исследования соотношение типов ДДЛЖ во всех группах не изменилось, но в 1-й и 4-й группах достоверно

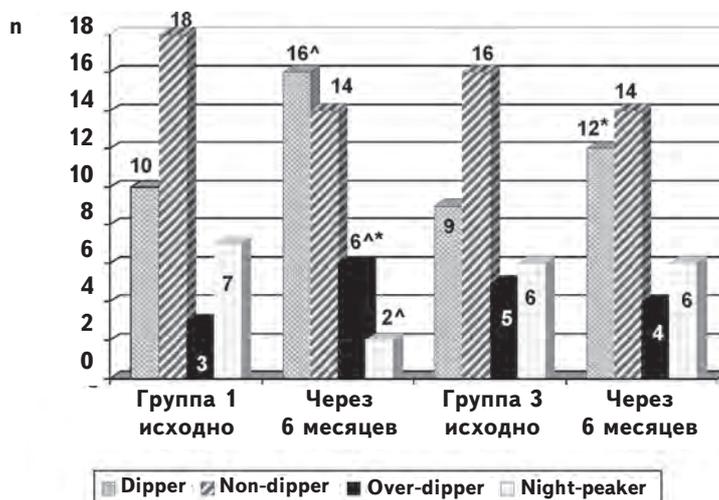


Рис. 4. Динамика количества пациентов мужского пола с различными суточными профилями АД (группы 1 и 2)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$):

[^] – между исходными и значениями через 6 мес. терапии внутри группы;

^{*} – между мужчинами и женщинами через 6 мес. соответствующей терапии.

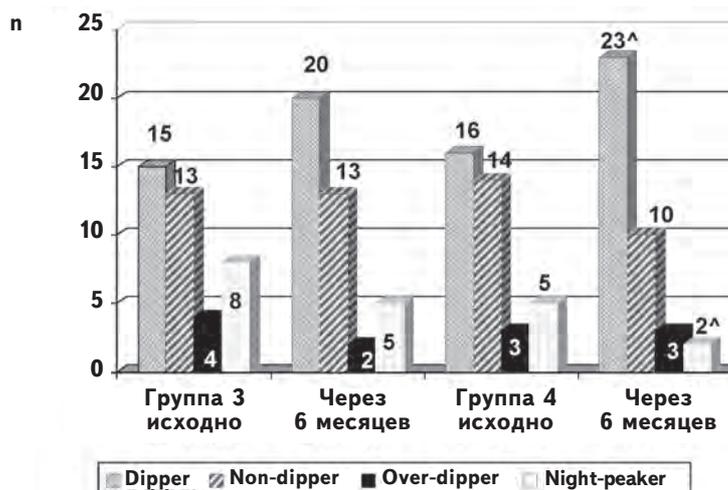


Рис. 5. Динамика количества пациентов женского пола с различными суточными профилями АД (группы 3 и 4)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$):

[^] – между исходными и значениями через 6 мес. терапии внутри группы;

^{*} – между мужчинами и женщинами через 6 мес. соответствующей терапии.

сократилось число больных с неблагоприятными (2 и 3) типами ДДЛЖ. У больных, получавших АРА II, нормализация диастолической функции ЛЖ регистрировалась в 3 раза чаще у женщин (у 26,3%), чем у мужчин (у 8,3%). В группах 2 и 3 изменения Е/А и ВИР были недостоверны.

Таким образом, анализ показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка позволяет говорить о том, что у мужчин наиболее благоприятные изменения произошли в группе 1, получавшей ингибитор АПФ, а у женщин – в группе 4, использовавшей антагонист рецепторов ангиотензина II.

Эффективность вариантов антигипертензивной терапии у мужчин и женщин оценивалась при проведении СМАД (рис. 2 и 3). Исходно группы не различались между собой по уровню среднесуточного (СрСАД) и диастолического (СрДАД) АД.

Через 6 месяцев антигипертензивной терапии СрСАД снизилось только в группах 1 и 3 (-17,7% и -18%, $p < 0,05$, соответственно). В группах 2 и 4 достоверных изменений не произошло. По уровню среднесуточного ДАД (рис. 3) во всех группах лечения отмечено снижение показателя на 23,6%, 16,7%, 16,1% и 18,1% $p < 0,05$

соответственно, что отвечает критериям адекватного ответа АД на проводимую антигипертензивную терапию.

Представляет интерес изменение суточных профилей АД при различных вариантах терапевтического вмешательства (рис. 4 и 5).

Исходно у мужчин (группы 1 и 2) преобладал тип пациентов «non-dipper» (47,4 и 44,4% соответственно), а у женщин (группы 3 и 4) – тип «dipper» (37,5 и 42,1% соответственно).

Через 6 месяцев лечения суточные профили АД у мужчин достоверно изменились только в 1-й группе – основным стал тип «dipper» (42,1%), уменьшилось количество «night-peaker» (с 18,4 до 5,3%) и возросло число пациентов «over-dipper» (с 7,9 до 15,8%). В группах женщин достоверно возросло число пациентов «dipper» (с 42,1% до 60,5%), что также превышало число мужчин из группы 2, получавших схожую терапию. В группах 2 и 3 изменений в структуре суточных профилей АД не произошло.

Таким образом, полученные результаты показывают, что антигипертензивная терапия пациентов, имеющих сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета 2-го типа, имеет гендерные особенности.

Через 6 месяцев терапии целевого уровня АД достигли 84,2% мужчин, принимавших терапию с включением ингибитора АПФ, и 89,5% женщин, получавших лечение, основанное на АРА II.

Мужчины, получавшие АРА II, и женщины, принимавшие ингибитор АПФ, достигли целевого уровня только в 66,7% и 60% случаев соответственно. Нормализация АД сопровождалась благоприятными сдвигами в суточных профилях АД: у мужчин, получавших ингибиторы АПФ, и у женщин, принимавших АРА II, преобладал тип «dipper», сокращалось количество больных с неблагоприятными типами суточных кривых АД. Среднесуточные значения САД и ДАД у этих групп больных достигли целевого уровня.

Более выраженное влияние на структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка отмечено в группе женщин, принимавших комбинирован-

ную терапию с использованием АРА II, что проявилось уменьшением Тмжп и Тзслж, снижением ММ и ИММ ЛЖ. Кроме того, в этой группе женщин, как и у мужчин, получавших ингибитор АПФ, достоверно сократились проявления диастолической дисфункции ЛЖ.

Таким образом, использование ингибитора АПФ спираприла в сочетании с диуретиком и антагонистом кальция больше эффективно у мужчин, а терапия, основанная на АРА II кандесартане, – у женщин. Добавление АК амлодипина позволяет добиться целевого уровня АД у подавляющего количества больных с АГ и СД 2-го типа через 6 месяцев терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов А. С., Глезер М. Г. Антигипертензивная терапия и СД. Сообщение 1 // Проблемы женского здоровья. – 2007. – № 2. – С. 28–37.
2. Глезер М. Г. Антигипертензивная терапия и СД. Сообщение 2 // Проблемы женского здоровья. – 2007. – № 3. – С. 45–67.
3. Карпов Ю. А. Артериальная гипертензия у больных с СД: основные направления лечения // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 9. – С. 24.
4. Демидова Т. Ю. Многофакторная стратегия ангиопротективной терапии у больных СД и АГ // Проблемы женского здоровья. – 2007. – Т. 2. № 3. – С. 36–44.
5. Конради А. О. Новая страница в лечении АГ у больных СД. Первые данные исследования ADVANCE // Артериальная гипертензия. – 2007. – № 3. Т. 13. – С. 214–221.
6. Mc.Cullough P. A. How is chronic kidneys diseases «spoiler» cardiovascular outcome // G-AM-Coll Cardio. – 2003. № 41. – P. 725–728.
7. Brancati F. L O Risk of end-stage renal disease in diabetes mellitus: Propective cohort study of man screened for NRFIT // MULTIPLE RISK FACTOR INTERVENTION TRIAL. JAMA. – 1997. – № 278. – P. 2069–2074.
8. Mogensen C. E., Viberti G., Halmi S. and others Preterax in albuminuria prograssion (PREMIER) study group effect of low-dose perindopril/indopamid on albuminuria in DM // Hypertension. – 2003. – № 41. – P. 1063–1071.

Поступила 17.04.2009

А. В. СКРЫЛЬ, Ф. Х. БЕШТОКОВА

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ И МАТЕРИАЛАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии,
Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Морозова, 6. E-mail: dantistFH@yandex.ru

Этиология дефектов коронковой части боковых зубов в основном связана с кариозным процессом, повышенной стираемостью, клиновидными дефектами, травматическими повреждениями. Развивается комплекс функциональных нарушений, проявляющийся асинхронностью их сокращений, удлинением жевательного периода, болями, появлением свободных размалывающих жевательных движений, повторяющихся через равные промежутки. Важным фактором долгосрочного успеха любой реставрации является формирование окклюзии с достаточным количеством и правильным расположением окклюзионных контактов. Независимо от объема реставрации это должно быть сделано для достижения нескольких целей: предотвращения повреждения ВНЧС, зубов и мышц, обеспечения долгосрочного функционирования реставрации.

Ключевые слова: дефекты коронки, окклюзия, височно-нижнечелюстной сустав, восстановление.