

ББК 54.101.4-5+54.151.6,23-5

УДК 616.12+616.4

П 42

**Т.В. МАРЕНИНА,
Н.Н. ТЕРЕНТЬЕВА,
Е.О. ГОРДЕЕВ,
Е.В. СОКОЛОВА**

**T.V. MARENINA,
N.N. TERYTYEVA,
Y.O. GORDEYEV,
Y.V. SOKOLOVA**

**ПОВЫШЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО-
ЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАНИЕМ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА**

**INTENSIFYING EFFECTIVENESS
OF TREATING AGED PATIENTS
SUFFERING FROM ISCHEMIC HEART
DISEASE COMBINED WITH
DIABETES TYPE 2**

Изучена клиническая эффективность кандесартана и спираприла в лечении больных пожилого возраста с сочетанием ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа.

The article regards the clinical effectiveness of candesartan and spirapril in treatment of aged patients suffering from ischemic heart disease combined with diabetes type 2.

Ключевые слова: пожилые больные, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа.

Key words: aged patients, ischemic heart disease, diabetes type 2 (diabetes mellitus).

Лечение ИБС у пожилых пациентов не укладывается в обычные стандарты, поскольку наряду с ремоделированием сердца и сосудов, обусловленным атеросклерозом, возрастные изменения затрагивают все морфофункциональные системы, изменяя метаболизм применяемых для лечения лекарственных препаратов [3]. Это диктует необходимость уточнения состояния вазореактивности с целью назначения рациональной безопасной медикаментозной терапии, направленной на повышение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы и сдерживание процессов ремоделирования сердца и сосудов [1; 2; 4].

Применяют с этой целью при ИБС и СД 2-го типа ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты АТ₁-рецепторов к ангиотензину II, при этом не всегда учитывают особенности течения данных заболеваний у больных пожилого возраста. Наш выбор препаратов для повышения эффективности лечения больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа был обусловлен тем, что кандесартан и спираприл наряду с коррекцией нейрогуморальных нарушений тормозят ремоделирование и гипертрофию миокарда, обладают вазопротекторным и нефропротекторным действием, улучшают функцию эндотелия, повышают чувствительность периферических тканей к действию инсулина [1; 2; 3; 4; 5].

Цель: оценить влияние АРА кандесартана и ИАПФ спираприла на состояние вазореактивности, метаболические показатели, систолическую и диа-

столическую функцию левого желудочка на фоне антиангинальной и сахароснижающей терапии у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа.

Материалы и методы: 22 пациента пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа в составе комбинированной терапии (пероральные сахароснижающие препараты – глибенкламид, диабетон МВ, β-адреноблокатор бисопролол, антиагреганты) получали ИАПФ спираприл 6 мг/сут. и 21 больной пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа в составе комбинированной терапии получали БРА кандесартан 8 мг/сут. Оценивали суточный профиль АД, эндотелийзависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию, эхокардиографическое исследование систолической и диастолической функции ЛЖ. Функциональные показатели определяли до применения, через 4 и 8 недель лечения кандесартаном и спираприлом. Для оценки динамики показателей на фоне лечения использован метод статистического анализа по Вилкоксоу.

Результаты: Исследование показало, что спираприл и кандесартан сопоставимы по снижению среднесуточного, среднедневного САД и ДАД, влиянию на вариабельность САД и ДАД в дневные и ночные часы у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа (табл. 1).

Таблица 1

Степень изменения показателей суточного профиля артериального давления через 8 недель применения спираприла и кандесартана у больных пожилого возраста при сочетании ИБС и СД 2-го типа (Δ%)

Показатель	Спираприл 6 мг/сут n=23	Кандесартан 8 мг/сут n=21
ЧСС _{24ч} , уд/мин	2,3±0,2	3,1±0,6
САД _{24ч} , мм рт.ст.	-16,6±4,4	-17,2±5,2
ДАД _{24ч} , мм рт.ст.	-12,7±3,7	-14,1±3,8
САД _{день} , мм рт.ст.	-15,3±2,9	-17,2±3,1*
ДАД _{день} , мм рт.ст.	-11,3±3,8	-13,9±4,6
ИВ _{САДдень} , %	-6,3±1,05	-8,2±0,9
ИВ _{ДАДдень} , %	-12,8±1,2	-13,6±0,9
САД _{ночь} , мм рт.ст.	-16,1±4,2	-16,8±4,1
ДАД _{ночь} , мм рт.ст.	-14,3±3,1	-12,9±2,5
ИВ _{САДночь} , %	-9,2±2,8	-10,1±3,1
ИВ _{ДАДночь} , %	-10,9±0,9	-11,2±0,7
СУП _{САД} , мм рт.ст./ч	-12,7±2,3	-19,8±2,6**
СУП _{ДАД} , мм рт.ст./ч	-9,7±1,6	-15,1±1,4**
СНС _{САД} , %	-9,6±0,7	-14,1±2,9*
СНС _{ДАД} , %	-18,2±2,7	-16,4±2,1*

Примечание: *p<0,05 – достоверность различий между группами больных, получающих спираприл и кандесартан.

Кандесартан в большей степени, чем спираприл уменьшал скорость утреннего подъема САД и ДАД и снижал суточный индекс САД и ДАД. Степень

ночного снижения САД и ДАД в группе пожилых пациентов с сочетанием ИБС и СД 2-го типа, получавших кандесартан была выше, чем в группе больных, получавших спираприл.

По влиянию на показатели эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации через 8 недель применения у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа кандесартан и спираприл были сопоставимы (табл. 2).

Таблица 2

Степень изменения ($\Delta\%$) диаметра и скорости кровотока в плечевой артерии во время пробы D. Selermajer и пробы с нитроглицерином через 8 недель применения спираприла и кандесартана у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа ($M \pm SD$)

Показатели	Спираприл n=23	Кандесартан n=21
ЭЗВД ΔD , %	6,5 $\pm$ 0,5	7,2 $\pm$ 0,7
ЭНЗВД (ΔD), %	5,1 $\pm$ 0,3	4,3 $\pm$ 0,6
ЭЗВД ΔV_{vol} , %	146 $\pm$ 53	158 $\pm$ 34
ЭНЗВД ΔV_{vol} , %	58,8 $\pm$ 14,4	43,8 $\pm$ 13,3

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверность различий между группами больных, получающих спираприл и кандесартан.

Отмечено улучшение систолической и диастолической функции левого желудочка при использовании кандесартана и спираприла в комплексной терапии ИБС на фоне СД 2-го типа, что проявилось достоверным увеличением $ФВ_{лж}$ и отношения E/A (табл. 3).

Таблица 3

Степень изменения ($\Delta\%$) эхокардиографических показателей систолической и диастолической функции левого желудочка у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа через 8 недель применения спираприла и кандесартана ($M \pm SD$)

Показатели	Спираприл n=23	Кандесартан n=21
$ФВ_{лж}$	7,9 $\pm$ 0,7	9,1 $\pm$ 0,9
E/A	-8,4 $\pm$ 1,1	-11,7 $\pm$ 1,4*
$ВИР_{лж}$	13,2 $\pm$ 2,6	15,4 $\pm$ 1,9*

Примечание: * $p < 0,05$, – достоверность различий между группами больных, получающих спираприл и кандесартан.

Следует отметить, что улучшение диастолических свойств левого желудочка через 8 недель лечения кандесартаном было более выражено, чем при

использовании спираприлом. По влиянию на контрактильную функцию левого желудочка действие обоих препаратов было сопоставимо.

За 8 недель применения спираприла и кандесартана отмечена тенденция к снижению КДО_{лж}, но статистически изменений размеров камер сердца и морфометрических показателей сердечных структур не выявлено. Функциональные изменения сопровождались улучшением клинического состояния, снижением тяжести проявлений хронической сердечной недостаточности, повышением толерантности к физической нагрузке.

Анализ динамики показателей вазореактивности показал, что при лечении кандесартаном СУП_{САД} и СУП_{ДАД}, СНС_{САД}, ИВ_{САД} и ИВ_{ДАД} уменьшались как при использовании кандесартана, так и при лечении спираприлом. Необходимо отметить в большей степени при удовлетворительной компенсации гипергликемии, чем у пациентов с неудовлетворительной компенсацией гипергликемии. Эффективность спираприла меньше зависела от уровня компенсации гипергликемии, чем использование кандесартана.

Выводы.

1. Кандесартан в большей степени, чем спираприл уменьшает скорость утреннего подъема САД и ДАД, степень ночного снижения САД и снижал суточный индекс САД и ДАД у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа. Улучшение диастолических свойств левого желудочка через 8 недель лечения кандесартаном было более выражено, чем при использовании спираприла у больных пожилого возраста с сочетанием ИБС и СД 2-го типа.

2. Эффективность спираприла не зависит от степени компенсации гипергликемии, а эффективность применения кандесартана значительно увеличивается при удовлетворительной компенсации гипергликемии.

Литература

1. Зимин, Ю.В. Влияет ли длительное антигипертензивное лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента эналаприлом на концентрацию инсулина в крови и другие составляющие метаболического синдрома при гипертонической болезни [Текст] / Ю.В. Зимин, Т.В. Родоманченко // Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 32–38.
2. Карпов, Ю.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертензии [Текст] / Ю.А. Карпов // Практ. врач. – 2002. – № 4. – С. 23–26.
3. Лазебник, Л.Б. Блокаторы рецепторов ангиотензина II [Текст] / Л.Б. Лазебник, О.М. Милукова, И.А. Комиссаренко // Межведомственный научный совет по геронтологии и гериатрии РАМН и МЗ РФ. – М., 2001. – С. 56.
4. Creager, M. Effects of captopril and enalapril on vascular function in essential hypertension [Text] / Creager, M., Roddy, M. // Hypertension. – 1994. – Vol. 24. – P. 499–505.
5. Donnelly, R. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and insulin sensitivity: metabolic effect in hypertension, diabetes, and heart failure [Text] / Donnelly, R. // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 1999. – Vol. 20. – Suppl 11. – P. 38–44.