

цессов на ЭКГ, пролабирование створок на эхокардиографии до 9 мм наличие митральной регургитации.

III вариант выявлен в 2,8% случаях, выслушивался позднее или голосистолический шум, некоторое сходство с болезнью Марфана, вегетативная дисфункция по смешанному типу с компенсаторной ваготонией, выраженные реполяризационные изменения на ЭКГ, глубина пролабирования свыше 9 мм, митральная регургитация различной степени. необходимо заметить, что выделенные варианты отражают и стадии процесса.

Немая форма ПМК наблюдалась в 10,0% случаях, и она определялась эхокардиографически при чем глубина пролабирования была меньше, чем при аускультативной форме ПМК. При немой форме ПМК выделялись клинические варианты в зависимости от направленности функционирования вегетативной нервной системы.

Таким образом, как следует из сказанного клинические проявления ПМК многообразны и нуждаются в определенной систематизации. По-видимому, наиболее правильно рассматривать лиц с ПМК как гетерогенную группу больных, угрожаемых в отношении развития тех или иных осложнений. При этом к группе риска необходимо отнести больных с глубиной пролабирования свыше 6 мм, эхокардиографическими признаками миксоматозной дегенерации наличием митральной регургитации, обмороков, нарушений ритма. В ряде случаев неглубокий ПМК у молодых пациентов представляет собой возрастозависимых феномен и должен рассматри-

ваться как вариант нормы, отражающий высокую эластичность клапанных структур, возможно при наличии особенностей архитектоники хорд (их более широкое прикрепление). Также дифференцированно надо подходить к пациентам с ПМК, обусловленной вегетативной дисфункцией. Следовательно, по видимому патологическим состоянием следует считать больных с II и III клиническим вариантом ПМК и они требуют более активного наблюдения и лечения.

Полученные результаты, возможно, помогут более дифференцированно подходить к пациентам с ПМК при определении патологического состояния, тактики введения лечения и отборе сотрудников на службу и курсантов на учебу.

Литература:

1. Иванов И.И. Варианты клинического течения пролапса митрального клапана // Клин. мед. -2000-№2 с. 57-60
2. Davies M.J. Moore B.P Braimbridge M.V. The floppy mitral valve study on incidence and complication in surgical necropsy, and forensic mferial// Brit. Heart J-1978-40-P.468-481
3. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.5.-М., 1998
4. Структура ревматических болезней города Семей. Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. - 2008. - № 5. - С.13-15.

УДК 616.314 . - 615.8

ВЛИЯНИЕ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ФИЗИОТЕНЗА И ЭНАЛАПРИЛА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (сообщение 2)

¹Л. К. Жазыкбаева, ²З. Г. Кездыкбаева, ¹А. Е. Мансарина, ¹Ж. Т. Байбусинова, ¹А. М. Адылканова, ¹С. М. Сагайдачный
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей
ЦКБ Управление Делами Президента, г. Алматы

Физиотенз пен эналаприлдің қан қысымының сәткесіне қалыптасуына қолайлы әсері.

Физиотенз және эналаприл қан қысымының сәткеде қалыптасуына қолайлы әсерін тигізеді.

The influence fisiotens and enalapril for average daily the arterial blood pressure.

Fisiotens to expressed the most favourable influence for average daily the arterial blood pressure.

Данные суточного мониторирования артериального давления (АД) точнее отражают тяжесть артериальной гипертензии и ее прогноз, что особенно актуально у больных артериальной гипертензией.

Цель исследования - изучить влияние на суточный профиль АД физиотенза и эналаприла у лиц, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Выполнено рандомизированное исследование у 50 больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа. Все пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: пациентам 1 группы был назначен физиотенз в суточной дозе 0,4 мг, пациенты 2 группы получали эналаприл в суточной дозе 10 мг. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности артериальной гипертонии и сахарного диабета, офисному систолическому и диастолическому АД.

Суточное мониторирование АД (СМАД) и эхокардиографию выполняли в условиях «чистого» фона и через

6 недель терапии физиотензом или эналаприлом. При выполнении СМАД анализировали средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели систолического и диастолического АД и ЧСС, нагрузочный индекс, суточный индекс (СИ) АД (как отношение дневного и ночного АД) с определением суточного профиля. Анализ полученных данных проводился статистической программой SPSS.

Результаты исследования и обсуждение

Сравнительная характеристика динамики среднесуточного, средне-дневного и средне-ночного САД, ДАД на фоне приема физиотенза и эналаприла представлена в табл. 1.

Из представленной таблицы следует, что оба препарата воздействуют на средне-суточные, средне-дневные, средне-ночные показатели САД, так и ДАД, причем более значимый гипотензивный эффект отмечен в дневные часы наблюдения.

Таблица 1. - Сравнительная характеристика динамики САД и ДАД (по данным СМАД) на фоне приема физиотенза и эналаприла у больных АГ с метаболическими изменениями.

	Физиотенз (n=25)		Эналаприл (n=25)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД (24)	141,72±2,46	131,32±2,28***	145,76±2,92	135,24±2,95***
САД(дн)	146,43±2,44	134,61±2,25***	151,17±3,03	139,80±3,03***
САД(ноч)	133,35±3,14	124,09±2,63***	135,05±3,27	126,57±3,29***
ДАД(24)	84,73±1,60	78,86±1,52***	85,33±2,06	79,46±0,86***
ДАД(дн)	89,14±1,61	81,55±1,48***	89,33±2,17	84,88±2,42**
ДАД(ноч)	79,20±2,91	72,55±1,82***	77,33±2,12	72,14±1,84***

Примечание: * - p<0,05, ** - p<0,01, ***- p<0,001.

Исследования по изучению роли вариабельности АД дают основание рассматривать высокую вариабельность последнего как независимый фактор риска поражения органов - мишеней, в связи с чем, одним из требований к антигипертензивному препарату является отсутствие неблагоприятного влияния на вариабельность АД. Для более детального анализа вариабельности АД

мы проанализировали изменение этого показателя у пациентов с исходно повышенной и исходно низкой вариабельности САД и ДАД на фоне лечения.

На основании результатов в табл. 2 и 3, можно сделать вывод, что физиотенз оказывает нормализующее действие на вариабельность АД, не изменяя при этом нормальных значений показателя.

Таблица 2. - Сравнительная характеристика динамики вариабельности САД у пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД (ВСАД дн.>15,5 и ВСАД ноч. >14,8 ммртст) на фоне приема физиотенза и эналаприла у больных АГ с метаболическими изменениями

Показатель	Физиотенз (n=25)		Эналаприл (n=25)	
	ВСАД дн. (n=7)	ВСАД ноч. (n=7)	ВСАД дн. (n=12)	ВСАД ноч. (n=5)
До лечения	18,98±0,90	17,24±0,77	18,09±0,89	19,24±3,96
После лечения	16,28±0,83**	11,72±1,22**	17,48±1,65	12,21±1,26*

Примечание: * - p <0,05, ** - p <0,01, ***- p <0,001.

Таблица 3. - Сравнительная характеристика динамики вариабельности ДАД у пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД (ВДАД дн. >13,3, и ВДАД ноч. >11,3 ммртст) на фоне приема физиотенза и эналаприла у больных АГ с метаболическими изменениями.

Показатель	Физиотенз (n=25)		Эналаприл (n=25)	
	ВДАД дн. (n=6)	ВДАД ноч. (n=6)	ВДАД дн. (n=6)	ВДАД ноч. (n=1)
До лечения	14,68±0,55	13,35±0,63	15,87±1,11	
После лечения	11,29±0,83**	10,10±0,80**	14,21±1,95	

Примечание: * - p <0,05, ** - p <0,01, ***- p <0,001.

Эналаприл улучшал вариабельность САД в ночное время и также не оказывал неблагоприятного влияния на показатели вариабельности АД.

Достоверных изменений вариабельности САД и ДАД у пациентов с исходно низким уровнем АД, как на фоне лечения физиотензом, так и на фоне приема эналаприла, зарегистрировано не было.

Физиотенз оказывает благоприятное влияние на суточный профиль САД (оцениваемый по СИ), которое заключается в увеличении пациентов группы dipper с 32 до 56% и уменьшении пациентов группы non-dipper с 56 до 36% после лечения препаратом. Эналаприл не влиял на суточный профиль АД у больных АГ с метаболическими изменениями.

Из полученных нами результатов физиотенз статистически достоверно уменьшает скорость утреннего подъема, как САД, так и ДАД, что имеет важное значение для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы

1. У больных АГ с метаболическими изменениями физиотенз и эналаприл оказывают равнозначное снижающее воздействие на показатели средне-суточного, средне-дневного и средне-ночного САД и ДАД, более выраженное в группе с физиотензом.

2. Физиотенз, в отличие от эналаприла, уменьшает средне-суточную и средне-дневную ЧСС у пациентов со склонностью к тахикардии.

3. Физиотенз оказывает благоприятное влияние на суточный профиль САД у больных АГ с метаболически-

ми изменениями, уменьшая количество пациентов с недостаточным снижением АД в ночное время (non-dipper) и увеличивая количество пациентов с адекватным снижением АД в в ночное время (dipper).

4. Физиотенз уменьшает величину и скорость утреннего подъема АД, что делает его перспективным препаратом для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ.

Литература:

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Терещенко С.М. и др. Клиническое значение суточного мониторирования АД для выбора лечения больных артериальной гипертензией. Кардиология 2001, 9. - С.98-104.

2. Мильто А.С., Толкачева В.В., Кобалава Ж.Д. Моксонидин в комбинированной терапии гипертонической болезни с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Клиническая фармакология и терапия 2001, 10(4). - С.68-73.

3. Небиеридзе Д.В., Бриттов А.Н. Изучение метаболических эффектов моксонидина у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа. Российский кардиологический журнал 2004,2. - С. 44-46.

4. Ольбинская Л.И. Анализ суточных профилей двойного произведения в оценке эффективности и безопасности антигипертензивных лекарств. Российский кардиологический журнал 2000, 4. - С. 52-55.

5. Остроумова О.Д., Мамаев В.И. Опыт применения физиотенза для лечения артериальной гипертензии у пожилых. Терапевтический архив 2001,9. - С.17-22.