

тегия диагностики и лечения. Кач. жизни. 2005; 3 (10): 10–6.

3 Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй

пересмотр) // Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Секция артериальной гипертензии ВНОК. - М., 2009 г. - 128 с.

### **Определение факторов риска и вклада их модифицирующего влияния на формирование болезней системы кровообращения у жителей города Актау**

В статье представлены результаты изучения факторов риска развития болезней системы кровообращения (БСК) у жителей города Актау. Модифицирующее влияние на увеличение уровня БСК среди мужчин оказали гипергомоцистеинемия, отягощенная наследственность, ожирение и стресс; среди женщин – гипергомоцистеинемия, гиперхолестеринемия, ожирение и отягощенная наследственность.

### **Detection of risk factors and their modifying influence meaning in the formation of cardiovascular diseases at inhabitants of Aktau city.**

In the paper we have presented the results of investigation for risk factors for cardiovascular diseases development at inhabitants of Aktau city. Modifying influence to increasing level of cardiovascular diseases in the males was detected for hyperhomocysteinemia, inheritance, obesity and stress; in the females – hyperhomocysteinemia, hypercholesterolemia, inheritance and obesity.

УДК 616.379-008.64: 616.12-008.331.1-08

### **АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ И ОБМЕН ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭБРАНТИЛА**

**Р.М. Жумамбаева, Н.А. Балашкевич, Л.Б. Дюсенова, Ш.Н. Райсханова**

*Государственный медицинский университет города Семей*

Метаболический синдром – очень частое клиническое проявление, в среднем он встречается у каждого пятого среди взрослого населения развитых стран (7,11). Больные с метаболическим синдромом, как правило, обращаются за медицинской помощью по поводу артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа или ишемической болезни сердца.

Проспективные эпидемиологические исследования показали, что при метаболическом синдроме увеличивается риск развития коронарного атеросклероза и повышается смертность от него (2,9,12). В связи с этим разработка методов патогенетической терапии больных с (МС) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Приоритетное место в лечении метаболического синдрома в настоящее время занимает гипотензивная терапия, которая предусматривает использование препаратов воздействующих на различные звенья патогенеза артериальной гипертензии. Широкое распространение при этом получили  $\alpha$  – адреноблокаторы.

В ходе многоцентровых исследований была показана способность  $\alpha$ - адреноблокаторов улучшать параметры центральной гемодинамики симптоматику заболевания в целом, качество и продолжительность жизни больных с артериальной гипертензией (3,6,8). Однако мало изученными остаются вопросы, связанные с действием их на отдельные показатели реологических свойств крови, а данные о влиянии  $\alpha$  - адреноблокаторов на липидный спектр носят разноречивый характер (1,5). В связи с этим, целью нашего исследования было изучение агрегационных свойств эритроцитов и показателей липидного спектра крови под влиянием  $\alpha$  - адреноблокатора эбрантила (урапидила) фирмы Nусomed.

У 25 женщин в возрасте 45-65 лет с МС по методу Ашкинази, изучались агрегационные свойства эритроцитов и липидный спектр крови до лечения, на 20-й день пребывания больных в стационаре и через 3 месяца в условиях поликлиники, где больные находились под наблюдением участкового врача. В качестве гипотензивной терапии все больные получали урапидил (эбрантил) в дозе 30мг 2 раза в день под контролем

артериального давления (АД). Следует отметить, что в обследуемую группу входили пациенты с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, с абдоминальным типом ожирения. У всех исследуемых больных до начала лечения наблюдались повышенные цифры АД что соответствовало в среднем 175/85 мм.рт.ст. Исходно, гиперхолестеринемия > 5,2 была у 20 из 25 обследованных лиц, триглицериды в крови оказались повышенными у 18,  $\beta$  - липопротеиды у 21, что составило 80%, 72% и 84% случаев соответственно. В связи с этим предложенные рекомендации наряду с основной медикаментозной терапией включали в себя низкосолевую диету до 3-5 гр. соли в сутки, ограничение пищи содержащей жиры, особенно животного происхождения, диету с оптимальным содержанием белка, витаминов, минеральных веществ ограничение жидкости до 1-1,5 л в сутки, 1 раз в неделю – разгрузочный день, легкие физические нагрузки. При анализе данных агрегационных свойств эритроцитов до лечения агрегация III-IV степени была у 2 больных, III степени у 19 и I-II степени у 4-х обследованных лиц, что составило 8%, 76% и 16% случаев соответственно. При обследовании больных на 20-й день лечения положительная динамика наблюдалась только в показателях агрегации эритроцитов (в 16% случаев), в то время как в анализах липидного спектра существенных изменений нами не отмечено. Контроль уровня АД показал стабильное снижение его уже на 3-й день пребывания больных в стационаре в 73% случаев, а на 20-й день практически у всех больных отмечались нормальные показатели. При анализе результатов исследования через 3 месяца нами отмечена положительная динамика в показателях липидного обмена и в данных агрегационных свойств эритроцитов. Так уровень общего холестерина снизился до значений нормы, т.е < 5,2 ммоль/л - в 52% случаев, триглицериды - в 7%,  $\beta$  липопротеиды - в 38% случаев. Агрегация эритроцитов III-IV степени практически отсутствовала у всех обследованных лиц, II-III степени была у 13 (52% случаев), а I-II степени у 12 больных (48% случаев). Уменьшение агрегации эритроцитов в наших исследованиях обусловле-

но, по-видимому, механизмом действия  $\alpha$  - адреноблокаторов на фибринолиз. Так по данным ряда авторов (4,10) прием эбрантила в дозе 60 мг два раза в день снижает уровень фибриногена в плазме на 24% против исходного уровня. Что касается медленной динамики показателей липидного спектра, то результаты нашей работы совпали с данными, полученными при широкомасштабном исследовании урапидила (4).

#### Выводы:

1. Использование эбрантила у больных с МС ведет к снижению степени агрегации эритроцитов, что указывает на улучшение реологических свойств крови.
2. Благоприятное воздействие урапидила на уровень липидов возникает только при длительном приеме препарата.
3. Способ определения агрегации эритроцитов по И.Я. Ашкинази, в виду его доступности, может быть использован для определения эффективности лечения больных с МС.

#### Литература:

1. Алмазов В.А., Благосклонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности. Терапевтический архив 1999; 10. - С.18–22.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Клиническая фармакология и терапия 1995; 4(3): 50–1.

3. Моисеев В.С., Ивлева А.Я., Кобалава Ж.Д. Гипертония, сахарный диабет, атеросклероз – клинические проявления метаболического синдрома Х. Вестник Российской академии медицинских наук 1995; 5: 15–8.

4. Мукта Дули, Карен Л. Гоа. Эбрантил (урапидил). Оценка использования препарата при лечении гипертонии. Журнал «Drugs», ноябрь 1998; 56 (5): 929-955.

5. Alessi M. C., Juhan-Vague I. PAI-1 and the metabolic syndrome: the links, causes and consequences. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2006; 26 (10): 2200–2204

6. Butler J., Rodondi N., Figaro K. Metabolic Syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (8): 1595–602.

7. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. Angiology 2004; 55 (6): 3145–52.

8. Ford E.S, Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002;287:356–9.

9. Kereiakes D.J., Willerson J.T. Metabolic syndrome epidemic. Circulation 2003; 108: 1552–3.

10. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 2001; 5. N 01–3670.

11. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. (<http://www.idf.org>)

12. Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. // Diabetic medicine 2003; 20(9): 693–702.

Метаболикалық синдромы бар науқастардың қанындағы эритроциттердің агрегациялық қасиетін және липидті спектрін тексеру нәтижесінде эбрантил (урапидил) әсерінен мынадай нәтиже байқалған: урапидил эритроциттердің агрегациясын азайтып, липидтер деңгейіне жақсы әсер еткені байқалған.

During research of erythrocytes aggregation & cholesterol of blood at the patient with metabolic syndrome which treated with urapidil were found results: decreasing erythrocytes aggregation & positive using to level of blood fats.

УДК 616-008.9-092.19

## МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМЫНДА КЕШЕНДІ ЕМДЕР ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

Д.Х. Даутов, Г.М. Шалгумбаева, С.Б. Кайдарова

Семей мемлекеттік медицина университеті

Метаболизмдік синдромға (МС) қатысты диагностика, алдын алу және емдеу мәселелері қазіргі заманның аса бір өзекті медициналық және әлеуметтік проблемалары болып табылады. Заманауи концепцияларға сәйкес метаболизмдік синдром гормондық және метаболизмдік бұзылыстар қосындысы, өз ара байланысты болып келетін жүрек-қан тамырлар ауруларының және қантты диабеттің қауіп факторларының бірігіп келуі, және бұлардың ортақ патофизиологиялық механизмі – инсулинге резистенттілік.

Бұл синдромға соншалық көңіл бөліну себебі оның жалпы популяцияда таралу жиілігі: соңғы статистикалық мәліметтерге қарағанда бұл дерттік жағдайдың кездесу жиілігі 14 - 24% аралығы [3,6]. Индустриялық дамыған елдерде метаболизмдік синдром атеросклерозбен байланысты өлім-жітімнің ең жиі кездесетін себептері болып табылатын аурулардың пайда болуына және бұлардың тез қарқынды дамуына ықпалын тигізетіні әптен дәлелденген. Метаболизмдік синдромның жаңа компоненттері анықтала келе жүректің ишемиялық ауруы, ми инсульті, жалпы және

коронарлық өлімнің қауіпі жоғарылай түсетіні белгілі [1].

Жалпы ғаламшар тұрғындары арасында жүректік-метаболизмдік қауіптің жоғарылауымен сипатталатын артериялық гипертензиямен семірудің кездесу жиілігі өте қарқынды өсіп келе жатқаны осы синдромның өзін және оның құрамындағы компоненттерді заманауи тиімді емдеу принциптерін іздеп табуға талап етеді [2,5].

Қазіргі кезде әр түрлі ауруларды емдегенде төменқуатты лазер сәулесі емдік шаралардың бір маңызды қосындысы болып келеді. Медициналық саладағы әдебиеттерде, әсіресе ресейлік басылымдарда бұған айтарлықтай көп назар аударылуда. Қуаты төмен лазер сәулесі организмге көптеген қолайлы әсер ететіні дәлелденіп отыр, ең алдымен ол жалпы иммунды жүйелерге белсендіруші ықпалын тигізеді, қанның реологиялық қасиеттерін жақсартады, қабыну үрдістеріне тежеуші әсер етеді, қабыну процестерін қайтара отырып, ауыру, домбығу, қызару сияқты қабыну көріністерін тез арада азайтады. Лазер сәулесінің осындай әсері көптеген тыныс алу жүйесі, жүрек-қан тамырлар жүйесі, ішкі секреция