

stunning in conscious rabbits // Circulation 1997; 96(suppl.1): 1-255

9. Downey J.M., Yellon D.M. The biology of preconditioning. Stunning, hibernation, and preconditioning: Clinical pathophysiology of myocardial ischemia. // Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers 1997; 105-119

10. Саидова М.А. Современные методы диагностики жизнеспособного миокарда // Кардиология 2005.-№9-С.47-54

11. Цыпленкова В.Г. Критические заметки по поводу парадигмы «гибернирующий и оглушенный миокард» // Кардиология 2005.-№9- С.43-46

12. Hawaleshka K., Jacobsohn E. Ischemic preconditioning. Mechanism and potential clinical application. // Can. J. Anaesth. 1998; 45: 670-682

13. Rose E., Yao Z. Evidence for involvement of opioid receptors in Ischemic preconditioning in rat heart // Am J. Physiol. 1995; 268: H2157-2161

14. Yellon D.M., Baxter G.F., Garcia-Dorado D. Ischemic preconditioning. Present position and future directions. // Cardiovasc. Res. 1998; 37: 21-33

15. Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В., Мелконян Ишемическое ремоделирование левого желудочка (определение, патогенез, диагностика, медикаментозная и хирургическая коррекция). // Кардиология 2002.-№11- С.65-67

Миокардтың ишемияға реакциясын жүйеге келтірудің заманауи аспектілері

Г.Н. Біялова

Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы ауруханасы, Астана қ.

Миокардтың ишемияға реакцияларының заманауи зерттеулер талдауы жүргізілді – станнинг, гибернация, ишемиялық алдын-ала және кейін кондициялау, қайта модельдеу, миокардтың дисфункциясы. Миокардтың ишемияға жауабы бір мағыналы емес және әсер ететін факторлар комбинациясына байланысты екендігі туралы қорытынды жасалды.

Contemporary aspects of systematization of reaction of myocardium to ischemia

G.N. Bilyalova

Hospital of the President Affairs Department

Analysis of the contemporary research on reaction of myocardium to ischemia - stunning, hibernation, remodeling, dysfunction of myocardium - has been carried out. The conclusion was made that response of myocardium to ischemia is multi-valued and depends on combinations of influencing factors.

УДК 616.12-008.331-053.9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.О. Жексембаева

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

Артериальная гипертензия наблюдается у 15-25% взрослого населения. При этом установлено, что распространенность артериальной гипертензии увеличивается с возрастом и у лиц старше 60 лет ее частота превышает 50%. Наличие синдрома повышения артериального давления оказывает существенное влияние на состояние здоровья, продолжительность и качество жизни пациентов. Поскольку она является важным фактором риска развития таких сердечно-сосудистых заболеваний, как инсульт, ишемическая болезнь сердца, а также преждевременной смерти [1].

У пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией выявлено повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2-5 раз. Особенностью больных пожилого возраста является высокая распространенность у них изолированной систолической артериальной гипертонии, которая характеризуется систолическим артериальным давлением, равным или превышающим 140 мм.рт.ст. и диастолическим артериальным давлением ниже 90 мм.рт.ст. Распространенность изолированной систолической артериальной гипертонии увеличивается с возрастом, достигая 40% у лиц старше 60 лет. Это связано с тем, что повышение систолического артериального давления происходит, по меньшей мере, до 80-летнего возраста, в то время как диастолического - только до 50-летнего, а затем оно либо выравнивается, либо имеет тенденцию к снижению. Поэтому выработка тактики лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста является одной из наиболее важных проблем, современной медицины [2].

В связи с большим количеством гипотензивных препаратов различных групп, возникают определенные трудности при выборе оптимального медикамента для коррекции артериального давления.

Особенно сложен выбор гипотензивного препарата для пожилых больных, в связи с возрастными особенностями, фармакодинамики лекарственных препаратов и побочных эффектов [3].

Врачи поликлинического этапа здравоохранения, учитывая отрицательные эффекты антигипертензивных в виде нарушения углеводного (уровень глюкозы в крови) и липидного обмена, эти препараты назначают в режиме монотерапии [4].

Применение монотерапии при лечении пожилых и старческого возраста больных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники не всегда способствует достижению целевого уровня артериального давления (не выше 140/90 мм.рт.ст.). Однако вопросы длительного амбулаторного лечения артериальной гипертензии у пациентов пожилого и старческого возраста, в том числе эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в условиях поликлиники исследованы недостаточно.

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности комбинированной антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники.

Материал и методы.

В исследования включены 50 больных в возрасте 60-79 лет, средний возраст 66,4±3,7 года. Из общего количества обследованных больных мужчины состави-

ли 32 (64,7%), женщины 18(35,3%). Проведен ретроспективный анализ антигипертензивной терапии пациентов в течение года. За это время пациенты совершили 108 визита к врачам поликлиники в связи с артериальной гипертензией. Установлено, что все пациенты получали монотерапию, она назначалась порой на 1-1,5 мес. В течение всего времени назначались только β -адреноблокаторы или ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) в режиме монотерапии. Комбинированная терапия артериальной гипертензии использовалась редко, всего в 5,9% случаев, как правило, пациентам среднего возраста. Как показало исследование, одновременно 2 лекарственного препарата были назначены: ИАПФ и диуретический препарат.

Критериями исключения были: недавно перенесенный инсульт, тяжелая сердечная недостаточность, гемодинамические значимые пороки сердца, хронические obstructивные заболевания легких, тяжелые поражения печени, нарушения ритма и проводимости.

Всем больным проводили определения уровни в крови глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), креатинина, мочевины, калия в сыворотке крови. Суточное мониторирование артериального давления и частоты пульса осуществляли с использованием комплекса МДП-ИС-01 фирмы «ДМС» (Россия) в течение 24 ч с 3-90 минутными интервалами в дневное и ночное время. Результаты считывали достоверным, если при автоматической обработке было исключено не более 20% измерений. При транссторакальной эхокардио-графии в двухмерном режиме на аппарате «Toshiba» - 140 «А» (Япония) измеряли толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка. Массу миокарда левого желудочка рассчитывали по формуле предложенной R.Devereux и N.Reichek. В комплекс обязательных инструментальных исследований при артериальной гипертензии входят регистрация ЭКГ в покое. На ЭКГ часто регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка, могут быть признаки очаговых изменений в миокарде. Указанные лабораторно- инструментальные методы исследования проводили с использованием общепринятых методик и повторяли в конце курса лечения.

Показанием к началу лечения служило устойчивая изолированная систолическая артериальная гипертония (ИСАГ), которая характеризуется систолическим артериальным давлением (САД) 160-180 и более и диастолическим артериальным давлением (ДАД) 85-80 мм.рт.ст.

Все больные ИСАГ были распределены на следующие группы, в зависимости от метода лечения:

- I группа- 10 больных, получавших β - адреноблокатор (бисопролол) в комбинации диуретическим препаратом (гидрохлортиазид);

- II группа – 14 больных, принимавших в комбинации ингибитор АПФ (эналаприл) с диуретическим препаратом (идап);

- III группа – 12 больных, назначена комбинация ингибитора АПФ (эналаприл) с антагонистом кальция (стамло);

- IV группа- 14 больных, получавших антагониста рецептора к ангиотензину (козаар) в сочетании с диуретическим препаратом (гидрохлортиазид). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела и стажу по артериальной гипертензии. Продолжительность комбинированной антигипертензивной терапии у лиц пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники составила 8 недель.

Результаты и обсуждение.

Пациентам I группы была назначена комбинация бисопролола в дозе 10 мг с гидрохлортиазидом 12,5 мг. В процессе амбулаторного лечения через каждые 10 дней в течение 8 недель контролировали ЭКГ в покое для оценки частоты сердечного сокращения (ЧСС). ЧСС фиксировались в пределах до 55-60 ударов в минуту, сохранялись весь период наблюдения за больными, что и способствовало продолжению лечения. У 6 (60%) больных снижения сегмента ST на ЭКГ покоя сопровождалось вольтажными признаками гипертрофии левого желудочка, а у 40% больных изменения сегмента ST зарегистрировано не было. Причинами снижения сегмента ST у больных пожилого и старческого возраста являются вторичные нарушения процессов реполяризации, связанные с формированием гипертрофии левого желудочка. В нашем исследовании 8 недельная комбинированная терапия (бисопролол и диуретик) не привела к статистически достоверным уменьшениям массы миокарда левого желудочка, хотя имелась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки.

Комплексная фармакотерапия, включающая β - адреноблокатор и диуретик у пациентов пожилого и старческого возраста вызывает более выраженные позитивные сдвиги, об этом свидетельствуют снижения систолического АД с 175 до 135 мм.рт.ст и диастолического АД с 80 до 75 мм.рт.ст. По данным суточного мониторинга АД комбинация бисопролол с гидрохлортиазидом достоверно снижала систолическое АД как в дневные, так и в ночные часы у 80% пациентов старших возрастных групп.

После 8 недель комбинированной терапии, включающей β - адреноблокатор и диуретик не выявлены статистически значимых изменений показателя углеводного и липидного обмена, а также уровня в крови креатинина и мочевины у пациентов старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертензией.

После 8 недельной фармакотерапии при комбинированном применении эналаприла 15 мг и индапа 2,5 мг один раз в сутки, у больных II группы ИСАГ зафиксировано достижение целевое артериальное давление у 86%. По данным суточного мониторинга АД, степень снижения систолического АД в течение суток зафиксированы также у 86% больных, но более эффективные снижение в утренние часы на фоне комбинации «ингибитора АПФ + диуретик». При анализе результатов эхокардиографии на фоне лечения установлено уменьшение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, но не отмечено достоверного уменьшения. Без изменения конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО) и ЧСС не претерпело каких-либо изменений. Депрессия сегмента ST на ЭКГ покоя выявлены у 93% больных, сопровождающиеся вольтажными признаками гипертрофии левого желудочка.

Не обнаружено влияния комбинированной терапии, включающей ингибитор АПФ и диуретик на углеводный и липидный обмен.

А, также показатели содержание креатинина, мочевины, электролитов в крови оставались на исходном уровне в течение всего периода наблюдения.

У больных III группы в процессе лечения ингибитором АПФ эналаприлом и антагонистом кальция стамло наблюдалась следующая динамика. Назначение эналаприла в дозе 10мг в сочетании с 10мг стамло позволило сразу же добиться целевых уровней АД у 91,6% больных ИСАГ. Результаты суточного мониторинга АД свидетельствовали, что достоверно снижали систолическое АД как в дневные, так и ночные часы у 91,6%

больных. Однако более эффективное снижение систолическое АД в ночные часы на фоне комбинации «ингибитора АПФ плюс антагониста кальция». Комбинированная терапия ингибитором АПФ эналаприлом и антагонистом кальция стамло не привела к статистически достоверным уменьшениям толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, а также показатели сократительной способности миокарда оставались без изменений. На ЭКГ покоя у 84% больных с ИСАГ выявлены изменения сегмента ST с вольтажными критериями гипертрофии левого желудочка. Изменения ЧСС и нарушения проводимости не обнаружили. Анализ динамики изменения липидного и углеводного и липидного обмена, показатели креатинина, мочевины и электролитов в сыворотке крови не выявил статистически достоверных изменений.

Включение антагониста рецептора к ангиотензину (АРА) козаар 25мг и диуретического препарата гидрохлортиазида 12,5мг в комплексное лечение больных ИСАГ привело достоверное снижение систолическое АД у пациентов IV группы. Соответственно результата суточного мониторирования АД, достижения целевого уровня АД зарегистрировано у 85% больных. На эхокардиографии не было отмечено достоверное снижение толщины межжелудочковой перегородки и стенки левого желудочка. По данным ЭКГ покоя у 92,8% больных выявлены снижения сегмента ST, связанные с формированием гипертрофии левого желудочка.

Не было также обнаружено влияния применяемых препаратов на углеводный, липидный обмен и досто-

верных изменений уровня креатинина, мочевины, электролитов в сыворотке крови.

Данными исследования показаны высокая эффективность, хорошая переносимость, удобность в приеме в условиях поликлиники комбинированной антигипертензивной терапии.

Комплексная терапия, включающая ингибитор АПФ и дигидропиридоновый антагонист кальция перспективна для лечения пациентов пожилого возраста.

Таким образом, антагонист кальция (стамло) и ингибитор АПФ (эналаприл) при использовании в качестве комбинированной терапии для длительного лечения больных ИСАГ в амбулаторных условиях оказывая плавное, равномерное антигипертензивное действие, способствуют более раннее достижение целевого уровня артериального давления.

Литература:

1. Остроумова О.Д., Шапошник И.И., Пауков С.В. и др. Комбинированная терапия артериальной гипертонии: что нового? // Русский медицинский журнал. – 2007. -№20.-том15.-С.1-6.
2. Байда А. Комбинированная антигипертензивная терапия лиц пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники // Врач.- 2009.-№7.-С.78-79.
3. Егоров В.А., Семенова Ю.Е., Лукина Ю.В. Комплексная терапия артериальной гипертонии // Лечащий врач.- 2006.-№3.-С.33-36.
4. Гуревич М.А. Артериальная гипертония у пожилых // Руководство для врачей.- М.: Универсум паблишинг. - 2005.- 144с.

Жасы ұлғайған және қарт жастағы артериальді гипертензиямен ауыратын науқастардағы комбинирленген антигипертензивті терапияның нәтижесі

С.О. Жексембаева

Зерттеудің мақсаты: Емханалық жағдайда артериальді гипертензиямен ауыратын жасы ұлғайған және қарт жастағы науқастарға комбинирленген антигипертензивті терапияның қауыпсіздігімен нәтижелігін бағалау.

60-79 жас аралығындағы 50 науқас зерттелінді. Емнің бастапқы кезеңінде

Тұрақты оқшауланған систолалық артериальді гипертония, систолалық артериальдық қысым 160-180 мм.рт.ст және диастолалық артериальдық қысым 85-80 мм.рт.ст сипатталды.

Емдеу тәсілі бойынша оқшауланған систолалық артериальді гипертониясы бар барлық науқастар, төмендегі топтарға бөлінді.

- 1 топқа- 10 науқас беттаадреноблокатор мен қоса диуретикалық препараттар қабылдады.
- 2 топ- 14 науқас ингибитр АПФ пен қоса диуретикалық препараттар қолданды.
- 3 топ- 12 науқас ингибитр АПФ пен бірге кальции антогонистін қабылдады.
- 4 топ- 14 науқас ангиотензинге қарсы антогонист рецепторы және диуретикалық препараттар қабылдады.

Емхана жағдайында комбинирленген антигипертзивті терапия жоғары нәтижелікпен қолданылды.

Ингибитр АПФ және кальции агонистері жасы ұлғайған науқастарға комплексті ем болып табылады.

Efficiency multifunction antihypertenzivnoy therapy beside sick arterial hypertenziey elderly and senile age

S.O. Zheksembaeva

The Purpose of the study was to efficiency and safety multifunction antihypertensive therapy beside sick with arterial hypertension elderly and senile age in condition of the polyclinic.

In studies are enclosed 50 sick at age 60-79 years. The Evidence to beginning of the treatment served firm insulated systolic arterial hypertension (ISAG), which is characterized by systolic arterial pressure (the GARDEN) 160-180 and more and diastolic arterial pressure (DAD) 85-80 mm. rt.st. All sick ISAG were portioned on the following groups, depending on method of the treatment

- I group- 10 sick, got b-adrinoblocker in combinations diuretics preparation; - II group - 14 sick, received a visit at combinations inhibitor APF with diuretics preparation; - III group - 12 sick, is fixed combination of the inhibitor APF with antagonist calcium;

- IV group- 14 sick got antagonist of the receptor to angiotensin in combination with diuretics preparation. They Are Shown high efficiency, good transplantability, easy in acceptance in condition of the polyclinic multifunction antihypertensive therapy.

Complex therapy, including inhibitor APF and dihydroperidon antagonist calcium perspective patient for treatment of the elderly age.