

6. Мычка В.Б., Чазов И.Е., Оганов Р.Г. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. *Consilium Medicum* 2009; 105-110.
7. Арабидзе Г.Г., Фагард Р., Петров В.В., Стассен Я. Изолированная систолическая гипертония пожилых. *Тер. Архив* 1996; 11,77-82.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7// Москва 2007.с.164-165.
9. Safar M.E., London G.M/ The arterial system in human hypertension. In: Swales I.D., ed. *Textbook of hypertension*. London: Blackwell Scientific; 1994. 85-102.
10. Бойцов С.А. Изучение патогенеза гипертонической болезни продолжается.//Терапевтический архив, 2006,№9,С.5-12
11. Пименов Л.Т.,Одинцова Н.Ф. Кардиоренальные взаимосвязи у больных 2010.-т.50 №7.- с.21-25.
12. Kario K. et al/ Nocturnal fall of blood pressure and silent cerebrovascular damage in elderly hypertensive patients: advanced silent cerebrovascular damage in extreme dippers. *Hypertension* 1996;27:130-135.
13. Преображенский Д.В. и др. Артериальная гипертония у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения. *Consilium Medicum* 2005; 12: 1001-1010.
14. Кириченко. А.А. Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин. – Москва. 2003. - С.53-61
15. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3). - С.17
16. Болл К., Филипс Р. Неотложные состояния от А до Я. Москва 2003. Под ред. А.Л.Верткина.
17. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. Артериальная гипертония; Санкт-Петербург;7(1),приложение.
18. С.А. Шальнова. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3), - С.18
19. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Чедгафова С.Ю. Сравнительный анализ влияния различных классов гипотензивных препаратов на регресс гипертрофии миокарда левого желудочка у пожилых больных. *РКЖ* 2001;3(29): 29-33
20. Преображенский Д.В., Маренич А.В., Шатунова И.М., Сидоренко Б.А. Профилактика мозгового инсульта с помощью антигипертензивных препаратов: возможности и ограничения. *Кардиология* 2002; 6: 79-85.
21. Hansson L, Zanchetti A, Caruthers SG, et al. Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351:1755-62.
22. Нестеров Ю.И., Гольдберг Г.А., Козубовская Р.Р. и др. Сравнительная характеристика качества диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертонией. *Клин.мед.* 1999; 6: 23-5.
23. Михайлов В.Г., Луковкина Т.К., Невзорова В.П. и др. Назначение лекарственных средств при артериальной гипертонии в амбулаторной практике. *Клин мед* 2000; 2: 46-9.
24. Юренев А.П., Патрушева И.Ф., Смирнова М.Д., Куннова Л.М. Особенности лечения больных артериальной гипертонией в Москве. *Тер. Архив* 2001; 9: 31-4.
25. Лазебник Л.Б., Комисаренко И.А., Милюкова О.М. Артериальная гипертония у пожилых. - М., 2002 - С.260.
26. Гуревич М.А. Особенности лечения артериальной гипертонии у пожилых
27. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В., и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. *Проф.забол.и укреп. здор.* - 2001. - 4(2). -С.3-7
28. Zanchetti A., Hansson L., et al. Risk assessment and treatment benefit in intensively treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment(HOT) study. *J Hypertens* 2001; 19 (4):819-25.

УДК 616.12-008.331.1-616.153.922-08

ПРИМЕНЕНИЕ АТОРИСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Р.Б. Егаубаева

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Ключевые слова: артериальная гипертония, гиперлипидемия, аторис

ТҰЖЫРЫМ

АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ МЕН ГИПЕРЛИПИДЕМИЯСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРГЕ АТОРИСТІ ҚОЛДАНУ

Р.Б. Егаубаева

Қорыта айтқанда, аторис жүрек ишемиялық ауруының жоғарғы қаупі бар науқастардың жүрек-қан тамыр ауруларының асқынуларының екіншілік профилактикасындағы жоғарғы нәтижелі липидтерді төмендететін дәрі-дәрмек болып саналады.

Summary

USING OF ATORIS AT FEMALES WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERLIPIDEMIA

R.B. Egaubeva

So, medicine Atoris is may be used as high effective lipid lowering drug for secondary prophylaxis of cardiovascular complications at females with high risk of ischemic heart disease.

Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности для женщин всего мира. Риск возникновения смерти от сердечно-сосудистых

заболеваний в 5 раз выше, чем риск смерти от рака молочной железы [1,2].

Угасание репродуктивной функции вносит свой вклад в течение артериальной гипертонии (АГ): чаще

наблюдают тяжелое течение заболевания, нарушение гемодинамики по гипокинетическому типу, по данным суточного мониторирования – менее выраженное снижение артериального давления (АД) в ночное время (тип non-dipper). Кроме того, отсутствие циклического кровотока, естественного для женщин репродуктивного возраста, способствует задержке жидкости и увеличению объема циркулирующей крови [3,4,5].

Цель исследования – изучение влияния аториса на липидный обмен у женщин с артериальной гипертензией и дислипидемией.

Материал и методы. В исследование включено 30 женщин с эссенциальной гипертензией (ЭГ) I–II стадии (по классификации ВОЗ). У 12 из них диагностировали ЭГ I стадии, у 26 – II стадии, у 3 – кризовое течение заболевания. Средний возраст больных – (56,65±1,36) года, длительность существования ЭГ – (10,55±1,35)

года. Методы обследования включали оценку клинических и биохимических параметров. У всех пациенток регистрировали наличие одной или более аномалий липидного обмена, повышение уровня общего ХС и ХС ЛПНП, ТГ и/или снижение уровня ХС ЛПВП. Условием включения пациенток в исследование было сохранение дислипидемии через 1 мес применения липидоснижающей диеты.

Все больные были распределены на две группы. Пациентам основной группы (n=27) в течение 3 мес назначали антигипертензивную терапию и аторис; больным контрольной группы (n=23) назначали только антигипертензивные препараты. По возрасту, длительности заболевания и исходным величинам гемодинамических и биохимических параметров больные существенно не различались. Клиническая характеристика больных представлена в табл.1.

Таблица 1. - Характеристика обследованных больных с эссенциальной гипертензией.

Показатель	Величина показателя (M±m) в группах	
	контрольной	основной
Возраст, лет	56,8±2,10	56,3±1,80
Длительность АГ, лет	10,6±1,64	10,3±2,14
САД, мм рт.ст.	168,0±6,15	167,8±4,29
ДАД, мм рт.ст.	103,6±3,01	102,6±2,82
ЧСС в 1 мин	79,3±2,7	81,1±3,12
Масса тела, кг	85,2±2,10	89,6±2,3

Примечание: САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

Антигипертензивную терапию назначали индивидуально всем больным во время первого посещения, в обеих группах она была сходной: антагонисты кальция назначены 10 больным основной и 13 – контрольной группы, бета-адреноблокаторы – соответственно 3 и 2, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – соответственно 9 и 10, перечисленные препараты в сочетании – 8 больным основной группы (из них 5 – с мочегонными средствами) и 4 – контрольной (из них 3 – с мочегонными средствами).

Математическую обработку данных проводили использованием разностного метода, критерия Стьюдента и линейного регрессионного анализа.

Результаты и их обсуждение. Через 6 нед приема аториса в дозе 10 мг/сут средний уровень ХС в группе обследованных снизился на 23 %. К окончанию исследования отмечено снижение среднего уровня ХС еще на 8 %, то есть на 31 % по сравнению с исходным уровнем. Различия статистически достоверны. Средний уровень ХС ЛПНП ко 2-му визиту достоверно снизился на 35 %, к 3-му – на 40 %. Отмечено также снижение среднего уровня ТГ: на 9 % ко 2-му визиту, на 12 % к 3-му визиту.

Уровень ХС ЛПВП в процессе всего исследования повышался и в среднем возрос на 19 %. Динамика липидных параметров плазмы крови представлена в табл. 2.

Таблица 2. - Динамика липидов плазмы крови под влиянием аториса у больных с эссенциальной гипертензией.

Липиды	1-й визит		2-й визит		3-й визит	
	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
Общий ХС, ммоль/л	6,7±0,81	6,73±0,76	6,5±0,65	5,19±0,80*	6,15±0,53	4,65±0,51*
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,72±0,39	4,80±0,43	4,68±0,39	3,12±0,33*	4,6±0,4	2,8±0,30*
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,17±0,19	1,15±0,17	1,12±0,17	1,35±0,10*	1,1±0,11	1,33±0,12*
ТГ, ммоль/л	1,68±0,13	1,77±0,13	1,72±0,20	1,61±0,15*	1,71±0,19	1,51±0,17*

Примечание. * – различия показателей достоверны по сравнению с таковыми при 1-м визите (P<0,001). Показатели креатинина и глюкозы крови во время наблюдения не изменились.

После 1-го визита все больные получали аторис в дозе 10 мг. Ко 2-му визиту у 17 (63,3%) больных был достигнут целевой уровень ХС ЛПНП (3 ммоль/л и ниже). Они продолжали принимать аторис в дозе 10 мг до окончания исследования. У 11 (36,7%) больных, у которых концентрация ХС ЛПНП превышала 3 ммоль/л, во время 2-го визита доза препарата была увеличена до 20 мг. У 26 (86,6%) больных терапия была успешной, у 3 (10%) – частично успешной, а у 1 (3,4%) больной терапия расценивалась как безуспешная. Таким образом, в целом лечение было эффективным у 29 (96,6%) больных.

В ходе лечения не было отмечено тяжелых побочных реакций, опасных для здоровья больных. Чаще всего (6,7%) наблюдались нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, однако они не носили стойкого характера, не требовали прекращения терапии и проходили самостоятельно.

При динамическом наблюдении у больных обеих групп не отмечено существенных изменений массы тела и ЧСС.

Таким образом, включение аториса в комплекс антигипертензивной терапии у больных с ЭГ и дислипидемией имеет несомненные преимущества, что обу-

словлено нормализацией липидного спектра крови у пациенток с повышенным риском развития ИБС.

Наше исследование аториса показало его высокую эффективность в коррекции гиперхолестеринемии и комбинированной гиперлипидемии у женщин. Была продемонстрирована также безопасность применения препарата в дозах 10 и 20 мг у больных с АГ и гиперлипидемией в течение 3 мес.

Выводы. Полученные результаты дают основание сделать заключение о высокой эффективности аториса в коррекции атерогенных дислипидемий.

Таким образом, исследуемый нами аторис может рассматриваться как высокоэффективный липидснижающий препарат для проведения вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациенток с высоким риском возникновения ишемической болезни сердца.

Литература:

1. Дослідження 4S: контури нового напрямку в кардіології // Медицина світу. – 1997. – Т. II. – Число 4. – С. 179-184.

2. Зайцева В.И. Клиническая эффективность лова-статина при синдроме семейной дислипидемической гипертензии // Укр. кардіол. журн. – 1998. – № 7-8. – С. 16-21.

3. Оганов Р.Г., Ахмеджанов Н.М. Аторвастатин – новый інгібітор ГМГ-КоА-редуктази для лікування атеросклерозу і гіперліпідемій // Медицина світу. – 2001. – Т. XI. – Число 3. – С. 154-158.

4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Аторвастатин – первый представитель нового поколения ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы для лечения атерогенных дислипидемий // Кардиология. – 1999. – Т. 39. – № 4. – С. 76-82.

5. Сиренко Ю.Н. Медикаментозная первичная и вторичная профилактика ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертензией // Ліки України. – 2005. – № 1. – С. 9.

УДК 616.12-008.46

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

И.И. Пинэко-Скворцова

КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1», г. Усть-Каменогорск

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) остаётся одной из наиболее актуальных в клинической кардиологии, поскольку она существенным образом влияет на летальность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в большинстве индустриальных стран. Несмотря на существенное уменьшение летальности от ИБС за последние 40 лет наблюдений по данным исследования ЭПОХА-ХСН(2002), летальность от ХСН осталась неизменной [1], хотя медикаментозные подходы к терапии этого состояния постоянно совершенствуются.

Наличие сердечной недостаточности (СН) в 4 раза повышает риск летальности. Шестилетний риск внезапной смерти у этой категории больных составляет 9% для мужчин и 4% для женщин.

В целом, риск внезапной смерти у этих больных повышен по сравнению с контрольной группой в 5 раз. Частота ХСН, как причины смерти, в настоящее время возросла в 4 раза по сравнению с 1968г. Госпитальная летальность составила 7-10%. По данным Фрамингемского исследования выживаемость мужчин составляет в среднем 3,2 года, женщин – 5,4 лет, за исключением случаев летальности в первые 90 дней. Таким образом, стало очевидно, что прогноз ХСН сопоставим с таковым у онкологических больных [1,2].

В Казахстане, согласно эпидемиологическим данным, ХСН, как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, встречается у 4% населения. По данным Европейского общества кардиологов в мире ХСН встречается у 1-4% взрослого населения, среди лиц старше 65 лет она достигает 6-10%, риск смерти составляет 5-10% ежегодно у боль-

ных с начальной ХСН и увеличивается до 30-40% у пациентов в стадии декомпенсации. По данным ВОЗ, показатель смертности населения Казахстана вследствие болезней системы кровообращения почти в два раза выше, чем в Европейских странах. За последние десять лет заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 1,7 раза. Также имеются данные о четырёхкратном увеличении госпитализации по поводу ХСН по сравнению с периодом 20-летней давности.

Мы решили провести собственное исследование структурного состава больных с ХСН, пролеченных в отделении кардиологии Усть-Каменогорской городской больницы №1 за период с 2009 по 2011гг.

Цель исследования: изучение структуры, оценка клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ХСН на госпитальном этапе.

Материалы исследования: больные с ХСН III-IV ФК за период с 2009-2011гг.

Критерии включения:

1) Мужчины и женщины в возрасте 41-70 и более лет.

- ХСН IIa - IIб ст. II-IV ФК на фоне хронических форм ИБС, артериальной гипертензии (АГ), хронического лёгочного сердца (ХЛС), врождённых пороков сердца (ВПС), дилатационной и гипертрофической кардиомиопатий (ДКМП, ГКМП), приобретённых пороков сердца (ППС),

2) Наличие одышки и отёчного синдрома

Критерии не включения:

- Период беременности и лактации