

болевого приступа после первой блокады, отсутствие потребности в приеме нитроглицерина в течение суток, увеличение толерантности к физической нагрузке (дозированная ходьба), улучшение общего состояния и сна. После проведения новокаиновых блокад внутригрудных артерий выявлено увеличение всех показателей ВРС в среднем 1,5—3 раза по сравнению с исходными, при этом маркер симпатовагального баланса достоверно не изменялся. Увеличение показателей ВРС напрямую зависело от пола и возраста больного. У мужчин и у пациентов до 40 лет реактивность выше, что, вероятнее всего, связано с реактивностью микроциркуляторного русла.

Это можно расценить, как повышение вегетативного тонуса, что приводит к улучшению вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных ИБС.

Выводы:

1. Новокаиновые блокады внутригрудных артерий вызывают повышение вегетативного тонуса, что приводит к улучшению регуляции деятельности сердца и снижает риск внезапной смерти.

2. Новокаиновые блокады внутригрудных артерий являются методом выбора в комплексной неспецифической терапии на госпитальном этапе лечения больных ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский, О.И. Кириллов, С.З. Клецкин. — М.: Наука, 1984. — С.39—93.
2. Баевский, Р.М. Возрастные особенности сердечного ритма у лиц с различной степенью адаптации к условиям окружающей среды / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева, Ж.В. Барсукова // Физиология человека. — 1985. — Т.11, № 2. — С.208.
3. Бузиашвили, Ю.И. Динамика показателей вариабельности ритма у больных ИБС до и после прямой реваскуляризации миокарда / Ю.И. Бузиашвили, Е.М. Хананашвили, Ю.И. Сигаев [и др.] // Кардиология. — 2002. — № 7. — С.12—15.
4. Воронин, И.М. Вариабельность сердечного ритма во время сна у здоровых людей / И.М. Воронин, Е.В. Бирюкова // Вестник аритмологии. — 2002. — № 30. — С.68—71.
5. Сметнев, А.С. Вариабельность ритма сердца, желудочковые аритмии и риск внезапной смерти / А.С. Сметнев, О.И. Жаринов, В.Н. Чубучный // Кардиология. — 1995. — № 4. — С.49—52.
6. Чазов, Е.И. Иннервация сердца / Е.И. Чазов, В.Н. Швалев // Руководство по кардиологии. — М.: Медицина, 1982. — Т.1. — С.56—59.
7. Bigger, J. T. Variability in healthy, middle-aged persons compared of recent acute myocardial infarction / J. T. Bigger, J. T. Fleiss, R. C. Steinman [et al.] // Circulation. — 1995. — Vol. 91. — P.1936—1943.
8. Casolo, G. Twenty-fourhour spectral analysis of heart rate variability in congestive heart failure secondary to coronary artery disease / G. Casolo, E. Balli, A. Fazi [et al.] // Am. J. Cardiol. — 1991. — № 13. — P.1154—1158.
9. Casolo, G. Decreased heart rate variability in congestive heart failure / G. Casolo // Am. J. Cardiol. — 1992. — № 2. — P.286—287.
10. Inazumi, T. Changes in autonomic nervous activity prior to spontaneous coronary spasm in patients with variant angina / T. Inazumi, Y. Shimizu [et al.] // Jpn. Circ. J. — 2000. — Vol.64. — P.197—201.
11. Takusagowa, M. Alteration of autonomic activity in recurrence of variant angina / M. Takusagowa, S. Komori [et al.] // J. T. F. R. T. — 1999. — Vol.82. — P.75—81.
12. Vanoli, E. Heart rate variability during specific sleep stage. A comparison of healthy subjects with patients after myocardial infarction / E. Vanoli, B. Adomson [et al.] // Circulation. — 1995. — Vol.91. — P.1918—1922.

© И.А.Латфуллин, З.Ф.Ким, Р.Ф.Гайфуллина, 2009

УДК (616.12-008.331.1+616.12-005.4)-053.9-085.225.2(Enalapril)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ S-АМЛОДИПИНА (ЭСКОРДИКОРА) У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ильдус Анварович Латфуллин¹, Зульфия Фаритовна Ким², Раушания Фаритовна Гайфуллина²

¹ МУЗ «ГБСМП-1», Казань

² ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра внутренних болезней № 2

Реферат. Представлен клинический опыт применения эскордикора и эналаприла у пожилых пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Эскордикор продемонстрировал высокую гипотензивную активность и отсутствие побочных эффектов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, лечение, эскордикор, эналаприл.

CLINICAL EFFICIENCY OF S-AMLODIPINE (ESCORDICOR) IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTONIC AND ISCHEMIC HEART DISEASES

I.A. Latfoullin¹, Z.F. Kim², R.F. Gaifoullina²

^{1st} Emergency Hospital, Kazan

² Kazan State Medical University, Department of Internal Diseases № 2

Abstract. The article presents clinical experience of administration of escordicor and enalapril to elderly patients with hypertonic and ischemic heart diseases demonstrated high hypotension activity and no side effects.

Key words: hypertension disease, treatment, escordicor, enalapril.

В условиях прогрессивного старения населения и увеличения доли пациентов пожилого возраста проблема адекватной антигипертензивной терапии и профилактики сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений у этой категории пациентов становится особенно актуальной. Препаратами выбора для больных старшей возрастной группы служат антагонисты кальциевых каналов (АКК), одним из наиболее изученных представителей которых является *амлодипин*.

В настоящее время доказана выраженная антигипертензивная, антиангинальная, антиатеросклеротическая активность препарата, обуславливающая потенциально позитивное влияние на сердечно-сосудистый прогноз пациентов. Известно, что при применении амлодипина не происходит активации симпатоадреналовой системы, и, следовательно, препарат не изменяет частоту сердечных сокращений и не угнетает функции синусового узла и атриовентрикулярного соединения. Более того, амлодипин увеличивает сердечный выброс и коронарный кровоток, обладает выраженной периферической вазодилатацией, снижает потребность миокарда в кислороде, улучшает диастолическую функцию миокарда [1]. Интересно, что амлодипин является рацемическим соединением двух энантиомеров — S и R, обладающих различной фармакокинетической и фармакодинамической эффективностью. Так, для S (-) (или левовращающего) изомера характерен более длительный средний период полувыведения (до 49,6 ч), тогда как тот же показатель для рацемического и R-амлодипина составляет 44,2 ч и 34,9 ч соответственно. Помимо медленного начала и большей продолжительности действия, обеспечивающих больший период антигипертензивной и антиангинальной активности препарата, к преимуществам S-амлодипина относятся также высокая липофильность и биодоступность препарата, а, следовательно, возможность снижения необходимой дозы (стартовая дозировка эсмордикора составляет 2,5 мг, при необходимости ее титруют до 5 мг), меньшая системная токсичность и количество нежелательных явлений [1]. Основным путем элиминации S-амлодипина являются почки (до 70%), около 25% препарата экскретируется через кишечник — в случае заболевания почек или органов ЖКТ кумуляции препарата не предполагается.

Высокая фармакологическая и клиническая активность S-амлодипина была продемонстрирована в ряде исследований: SESA (Безопасность и эффективность препарата при лечении эссенциальной артериальной гипертензии), SESA — MICRO — SESA — 1 (Исследование безопасности и эффективности S(-) амлодипина при лечении изолированной систолической гипертензии), MICRO — SESA II (Определение безопасности и эффективности S(-) амлодипина при лечении гипертензии у пациентов пожилого возраста), рандомизированное сравнительное клиническое исследование S(-) амлодипина 2,5 мг (S-Нумло) и оригинального препарата, содержащего рацемический амлодипин в дозе 5 мг, на базе ФГУ Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины под руководством акад. РАМН, профессора Р.Г. Оганова и др. [2—7]. В основном это работы, посвященные оценке клинической эффективности и переносимости препарата (лечение гипертонической болезни — ГБ), а также сравнительное изучение антигипертензивной активности (при этом препаратами сравнения служили другие представители группы АКК, β-адреноблокаторы).

Цель работы — сравнительная оценка клинической эффективности и безопасности S-амлодипина и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) *эналаприла* у пожилых больных гипертонической болезнью в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включено 2 группы больных ГБ, госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП-1 с дестабилизацией ИБС. 1-ю группу составили 13 (34,2%) мужчин и 25 (65,8%) женщин [38 чел. — 52—79 лет, средний возраст (68,65±1,83) года]. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в исходе острого коронарного синдрома (ОКС) диагностирован у 21 (55,26%) пациента, стенокардия напряжения (СН) III—IV ФК — у 17 (44,73%) больных. Во 2-ю группу вошли 60 человек 41—82 лет [средний возраст (66,46±3,11) года]: 18 (30%) мужчин и 42 (70%) женщины. В их числе 30 (50%) человек с ОИМ, 24 (40%) человек — со стенокардией напряжения (СН) III—IV ФК.

1-я (основная) группа в дополнение к традиционной терапии ОКС (антикоагулянты, дезагреганты, статины, β-адреноблокаторы) получала S-амлодипин в стартовой дозировке 2,5 мг с последующим титрованием дозы до 5 мг/сут. 2-я (контрольная) группа пациентов получала ИАПФ эналаприл в стартовой дозе 2,5 мг с последующим титрованием до 10 (20) мг/сут.

Диагноз ОКС и ГБ был верифицирован согласно критериям ВНОК (2004). Всем пациентам проводился ежедневный суточный мониторинг АД (СМАД). Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в стационар 2-я степень повышения АД была выявлена у 42 (70%) пациентов 1-й группы и 14 (33,3%) пациентов 2-й; 3-я степень — соответственно у 18 (30%) и 24 (66,7%) пациентов. 1-я степень АГ не была зарегистрирована ни у одного пациента (табл. 1).

Таблица 1

Степени АГ у пациентов групп эсмордикора и эналаприла

Исследуемая группа	АГ 1-й степени	АГ 2-й степени	АГ 3-й степени
Эсмордикор	0	14 (33,3%)	24 (66,7%)
Эналаприл	0	42 (70%)	18 (30%)

Обращаем внимание, что исходный уровень среднего систолического и диастолического АД (мм рт.ст.) у пациентов в группе эсмордикора несколько превышал таковой в группе эналаприла: 174,78±9,09 и 97,82±4,12 против 155,08±7,53 и 88,33±3,09 соответственно (рис. 1, 2). Через 12 дней применения эналаприла в максимальных терапевтических дозировках целевые цифры АД были достигнуты у 48 (80%) человек, однако у 12 (20%) пациентов АД по-прежнему превышало рекомендуемые значения. Этим пациентам был добавлен индапамид 2,5 мг/сут. Во всех случаях комбинированной терапии она оказалась эффективной; средние показатели АД составили 129,41±1,92 (САД) и (77,33±1,86) мм рт. ст. (ДАД). В группе эсмордикора результаты антигипертензивной терапии несколько иные: целевые цифры АД (<140/90 мм рт. ст.) через 12 дней приема препарата были достигнуты у всех 38 (100%) человек: САД (128,47±4,98) мм рт. ст. и ДАД (79,95±2,02) мм рт. ст. Динамика цифр АД в обеих группах пациентов представлена на рис. 1, 2.

Применение обоих препаратов (S-амлодипина и эналаприла) не сопровождалось выраженными изменениями липидного и углеводного обмена, а также ухудшением функции почек (табл. 2).

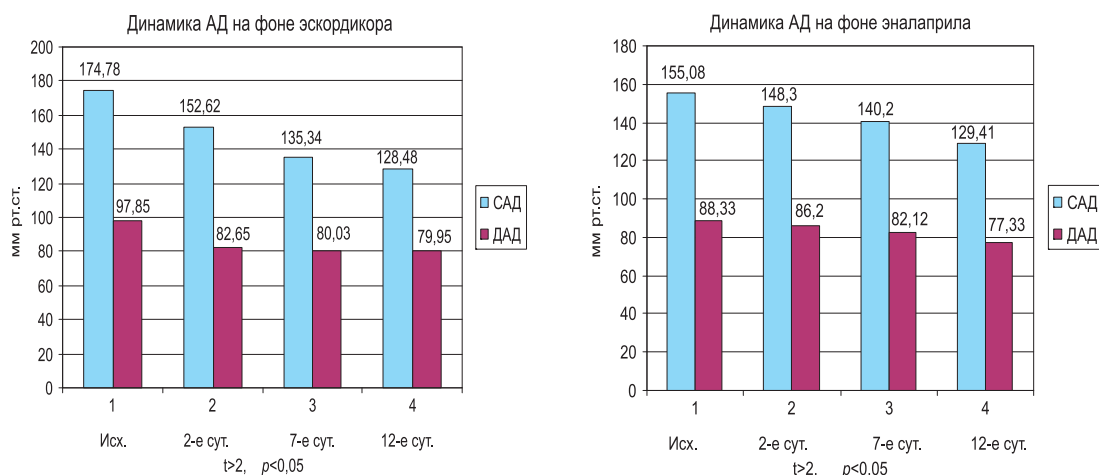


Рис. 1. Динамика АД у пациентов групп эсмордикора и эналаприла

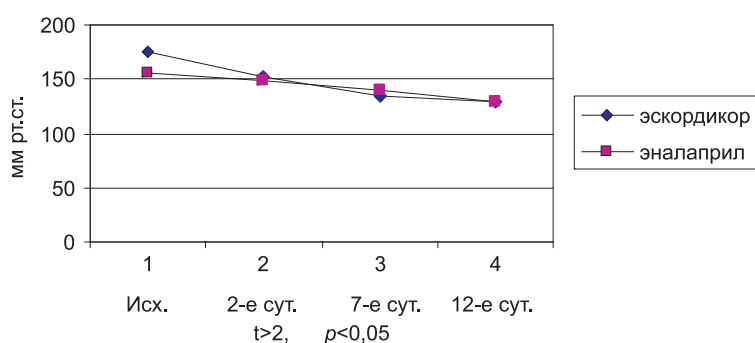


Рис. 2. Сравнительная динамика АД у пациентов групп эналаприла и эсмордикора

Таблица 2

Динамика клиничко-лабораторных и инструментальных показателей у больных ГБ в ходе лечения эсмордикором и эналаприлом

Показатель	Эсмордикор		Эналаприл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД, мм рт.ст.	174,78±9,09	128,47±4,98	155,08±7,53	129,41±1,92
ДАД, мм рт.ст.	97,82±4,12	79,95±2,02	88,33±3,09	77,33±1,86
ЧСС, уд/мин	68,5±2,23	68,3±1,15	66,2±4,2	77,1±2,5
Креатинин, моль/л	79,6±2,1	75,8±4,4	78,4±3,2	76,7±2,8
Глюкоза, моль/л	4,7±1,3	4,7±1,9	4,2±2,5	4,4±1,9
Общий холестерин, моль/л	4,11±2,1	4,01±2,3	3,8±1,2	3,7±1,3

Применение эсмордикора сопровождалось хорошей переносимостью. На появление побочных эффектов, характерных для АКК (тахикардия, отек лодыжек и пр.), не указал ни один пациент, тогда как в группе эналаприла 2 (3,33%) пациента отметили появление сухого кашля.

Таким образом, у больных ГБ со 2—3-й степенью АГ в сочетании с ОКС включение в комплексную терапию S-амлодипина (эсмордикора) в дозе 2,5—5 мг/сут привело к наиболее эффективному снижению АД при отсутствии побочных эффектов.

Выводы. Антигипертензивная терапия, включавшая S-амлодипин, обеспечивала устойчивое пролонгированное снижение АД у пожилых пациентов с ГБ.

В процессе терапии не было значимых изменений уровней глюкозы, общего холестерина, креатинина сыворотки крови.

Антигипертензивный эффект проводимого лечения не отличался в группах с различной выраженностью и длительностью ГБ у пожилых пациентов разного пола.

S-амлодипин не вызывает тахикардии, что позволяет применять препарат для лечения пожилых больных ГБ в сочетании с ИБС.

Ни в одном из наблюдений не отмечено необходимости в отмене S-амлодипина.

S-амлодипин (эсмордикор) является достаточно эффективным и безопасным антигипертензивным препаратом у пожилых больных ГБ, что оправдывает его использование в качестве компонента комбинированного антигипертензивного лечения. Мы полагаем, что назначение S-амлодипина у лиц пожилого возраста предупредит развитие характерной ночной симптоматики стенокардии за счет вазодилатирующего эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсеньева, К.Е. S(-)амлодипин: новые возможности фармакотерапии артериальной гипертензии / К.Е. Арсеньева // Русский медицинский журнал. — 2008 — Т. 16, № 21. — С.1466—1470.
2. SESA study — Safety and efficacy of S(-)Amlodipine // JAMA. — 2003. — № 2(8). — P.87—92.
3. Rocha, E. Isolated systolic hypertension—epidemiology and impact in clinical practice / E. Rocha [et al.] // Rev. Port. Cardiol. — 2003. — № 22(1). — P.7—23.
4. Alam, M.G. Systolic blood pressure is the main etiology for poorly controlled hypertension / M.G. Alam // Am. J. Hypertens. — 2003. — № 16(2). — P.140—143.
5. Grimm, R.H. Amlodipine versus chlorthalidone versus placebo in the treatment of stage I isolated systolic hypertension / R.H. Grimm [et al.] // Am. J. Hypertens. — 2002. — № 15, pt. 1. — P.31—36.
6. Kannel, W.B. Prevalence and implications of uncontrolled systolic hypertension / W.B. Kannel // Drugs Aging. — 2003. — № 20(4). — P.277—286.
7. Отчет о проведении клинического исследования, ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава» под руководством акад. РАМН Оганова Р.Г., 2006.

© Р.Р.Фасахов, Р.И.Ахмерова, Е.И.Меркулова, Л.Д.Ахметгалиева, 2009

УДК 616.12-008.331.1-053.9-085.225.2(Carvedilol)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Раис Рафикович Фасахов, Руфана Ильметдиновна Ахмерова, Елена Ильинична Меркулова, Лилия Джаудатовна Ахметгалиева
МБУЗ «Васильевская районная больница», п.г.т. Васильево Зеленодольского района РТ
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра внутренних болезней № 2

Реферат. Лечение артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста остается актуальной проблемой. Обосновывается безопасность и эффективность карведилола в качестве монотерапии при лечении изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых пациентов.

Ключевые слова: пациенты пожилого возраста, артериальная гипертензия, карведилол.

SAFETY AND EFFICACY OF CARVEDILOL IN THE TREATMENT OF ISOLATED SYSTOLIC HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS

R.R. Fasakhov, R.I. Akhmerova, E.I. Merkoulova, L.D. Akhmetgaliyeva
The District Hospital of Vasilyevo, RT
Kazan State Medical University, Department of Internal Diseases № 2

Abstract. Treatment of arterial hypertension in elderly patients is important problem today. Safety and efficacy of carvedilol as monotherapy in the treatment of isolated systolic hypertension in elderly patients are substantiated in article.

Key words: elderly patients, arterial hypertension, carvedilol.

Артериальная гипертензия (АГ) остается актуальной проблемой в кардиологии из-за значительной ее распространенности, а также в связи с тем, что АГ является одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. По данным эпидемиологических исследований, Россия относится к странам с наиболее высокой распространенностью АГ: около 40% взрослого населения [1, 2] имеет повышенное артериальное давление (АД). При этом в возрастной группе 60—69 лет распространенность АГ достигает 62% у мужчин и 73% у женщин. За последние 10 лет отмечается значительный рост случаев данного заболевания у лиц пожилого возраста [3]. Установлено, что у пациентов старше 60 лет уровень АД прямо коррелирует с общей летальностью от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом даже пограничная I степень АГ ассоциируется с 7-кратным повышением риска тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) по сравнению с оптимальным АД [4].

В последние годы исследователями доказана целесообразность и эффективность лечения АГ у пациентов пожилого и старческого возраста, обсуждаются различные схемы гипотензивной терапии. Наиболее часто регистрируемая форма АГ в пожилом возрасте — изо-

лированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), которая диагностируется в 70% случаев у лиц старше 60 лет.

Целью исследования являлось изучение эффективности и безопасности карведилола в качестве монотерапии у больных с ИСАГ.

Материал и методы. В рамках исследования наблюдалось 42 пациента (18 мужчин и 24 женщин) с ИСАГ 1-й и 2-й степени. Средний возраст — (65,6±0,8) года. Длительность АГ составила в среднем (12,4±0,41) года. Диагноз ИСАГ верифицирован. Уровень АД оценивался в соответствии с рекомендациями 2007 г. по лечению АГ [5]. Сопутствующая патология: сахарный диабет — у 7 (16,7%) пациентов, ИБС — у 34 (80,9%), ХОБЛ — у 9 (21,4%).

Карведилол назначался в дозе 12,5 мг в сут в течение 3 нед. Титрование дозы карведилола проводилось до достижения целевого уровня АД менее 149/85 мм рт. ст. Исходное и финальное (22-е сут) исследования включали в себя: общеклиническое исследование с оценкой переносимости терапии, ЭКГ, суточное мониторирование АД (СМАД), определение стандартного биохимического профиля.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало положительную динамику практически всех