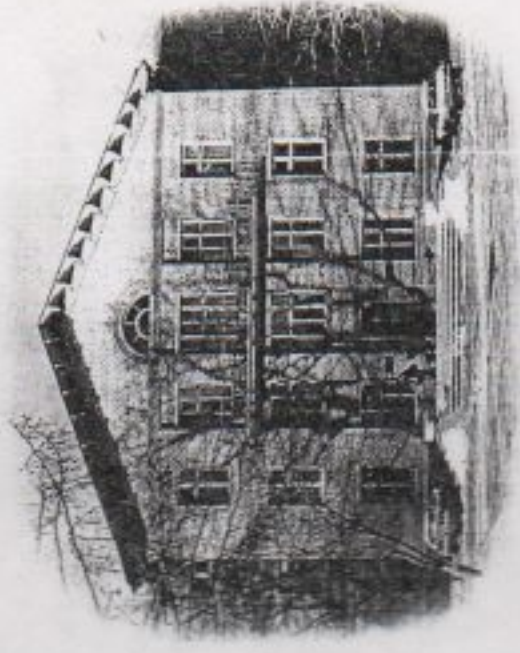


**«ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Материалы научно-практической конференции

(в рамках «Недели здорового сердца и мозга»)



Санкт-Петербург
2000

тики различных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений, так и появление на рынке различных препаратов данного класса. В этих условиях задачей врача является выбор оптимального ИАПФ для конкретного больного, учитывающий возможные особенности фармакокинетики и фармакодинамики препарата в зависимости от клинических характеристик пациента. Сопоставление в этом плане эналаприла и лизиноприла (препаратов зинит и диротон, выпускаемых «Гедеон Рихтер» А.О., Венгрия) вызывает особый интерес, поскольку эффективность обоих ИАПФ доказано многочисленными исследованиями — при этом, что их различий фармакологический профиль обеспечивает достижение должных результатов у самых различных категорий больных. Тот факт, что зинит является «прокардиальным», метаболизирован в печени, жирорастворим и связывается с белками плазмы, позволяет отдавать предпочтение диротону при использовании ИАПФ у больных с патологией печени, нарушениями белкового обмена. Кроме того, эналаприлу свойственен более ранний «взлет действия» и более нестойкий (с колебаниями от 6 до 11 часов у отдельных больных) период «полужизни». Это увеличивает риск гипотензивного эффекта эналаприла, нежелательного у больных острым инфарктом миокарда и тяжелой сердечной недостаточностью, и затрудняет отработку оптимального режима его применения, поскольку продолжительность его действия может варьировать от 12 до 24 часов, в отличие от диротона, который действует после однократного приема 24–30 часов. На практике это определено названием эналаприла, как правило, 2 раза в сутки. Преимущество диротона в свете сказанного заключается в обеспечении лучшего комфорта, который столь важен во всех случаях длительной (пожизненной) терапии, необходимой большинству больных кардиологического профиля.

Воловникова В. А., Шинкина А. И., Попова В. В.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СПб ГУ, Институт Акушерства и Гинекологии им. Д. О. Отта РАМН

Артериальная гипертензия встречается с частотой 15–20% среди взрослого населения. Широкая распространенность артериальной гипертензии определяет ее социальную значимость как важнейшего фактора высокой инвалидизации и смертности. В возрасте после 50 лет, когда у женщины наступает менопауза и формируются связанные с ней гормональные изменения, артериальная гипертензия встречается значительно чаще у женщин, чем у мужчин.

С целью оценки особенностей течения артериальной гипертензии у женщин в перименопаузе обследовано 30 женщин в возрасте от 47 до 57 лет, не лечившихся, не получавших гипотензивной и заместительной гормональной терапии. Из них 12 человек (40%) в постменопаузальном периоде, 17 (60%) с сохраненным менструальным циклом или с нестойкими нарушениями цикла. Оценивались: анамнез; масса тела, 24-часовое мониторирование артериального давления, модифицированный менопаузальный индекс, липидный спектр крови (содержание свёртывающего холестерина, триглицеридов, фосфолипидов), гормональный профиль (уровень в плазме периферической крови 17-β-эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона, пролактин и прогестерона).

Артериальная гипертензия наблюдалась чаще в группах женщин в постменопаузе и с нестойкими нарушениями цикла, по сравнению с женщинами с сохраненным циклом. В этих же группах отмечено повышение уровня липопротеидов низкой плотности и триглицеридов. Тенденция к повышению артериального давления наблюдалась с момента появления первых нарушений цикла, т.е. примерно за 2–3 года до наступления менопаузы. У 4 женщин (13,3%) течение артериальной гипертензии носило кризисный характер, однако не отмечена связь между нарастающим уровнем артериального давления, временем и частотой возникновения приливов. Не прослеживается взаимосвязь между степенью тяжести климатерического синдрома и степенью артериальной гипертензии. У 18 обследуемых зафиксирована избыточная масса тела, что в 66% случаев сочетается с систолической и диастолической артериальной гипертензией. При исследовании гормонального статуса не получено статистически значимых данных, позволяющих подтвердить или опровергнуть связь формирующейся в перименопаузе артериальной гипертензии с физиологическими изменениями гормонального фона.

Полученные результаты указывают на разнообразие механизмы формирования артериальной гипертензии в перименопаузе, связанные не только с угрозой протективного действия половых гормонов на сосудодвигательные механизмы, но и с нарушениями липидного обмена, избыточной массой тела, что требует дальнейшей разработки и изучения.

Гавришова И. А., Максимова В. В., Колесник В. С., Родионов Г. Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭДИНТА У БОЛЬШИХ СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МАНО, НИИ военной медицины МО РФ

В настоящее время в развитии артериальной гипертензии (АГ) особое значение приобретает ренин-ангиотензиновой системе (РАС), препаратами «первой линии» в лечении АГ являются ингибиторы АПФ.

Нами изучалась эффективность монотерапии Эдинтом (эналаприлом) («Гедеон Рихтер» А.О., Венгрия) у больных с мягкой и умеренной АГ и эффективность терапии Эдинтом в сочетании с внутривенным лазерным обучением крови (ВЛОК), а также и влияния Эдинта на метаболические процессы. Исследования проведены на 60 больных (38 мужчин и 22 женщины) в возрасте 45–65 лет с мягкой и умеренной артериальной гипертензией по классификации ВОЗ, длительность АГ превышала 5 лет. Критериями включения в исследование были исходное систолическое АД (САД) менее 200 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) менее 95–114 мм рт. ст. Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: полный эффект — достижение АД < 140/85–89 мм рт. ст.; частичный эффект — снижение АД на 10% и более от исходного уровня, при АД < 140/90 мм рт. ст. Исследование проводилось в течение 6 недель. Пациенты получали Эдинт в дозе 2,5 мг в течение 1 недели, затем ежесуточно по 5 мг. У 10 пациентов терапия Эдинтом сочеталась на 2,5 мг до максимальной дозы 20 мг. У 10 пациентов терапия Эдинтом сочеталась с внутривенным лазерным обучением крови (ВЛОК). Динамика параметров липопротеидного обмена оценивалась у 15 пациентов с умеренной АГ и в возрасте 40–59 лет, содержание липидов крови у которых до начала терапии не превышало верхней границы физиологиче-ской нор-