

Заключение

Комплексное санаторно-курортное лечение больных НАЖБП является эффективным методом коррекции цитолитического, мезенхимально-воспалительного синдромов, иммунного статуса и перекисного гомеостаза, а также нарушений липидного обмена и, по всей вероятности, может выступать в роли инсулинового сенситайзера. Прием внутрь хлоридно-гидрокарбонатных вод источников Эссентуки-4 и Эссентуки-Новая в сочетании с антиоксидантным действием сульфидных ванн, тренирующим влиянием комплекса лечебной физкультуры и соблюдением щадящей диеты оказывает выраженное благоприятное действие на основные звенья патогенеза метаболического синдрома и приводит к существенному регрессу проявлений НАЖБП, способствует улучшению общего состояния пациентов и повышению качества их жизни.

Литература

1. Богомолов П.О., Никитин И.Г. // *Consilium medicum*. — 2005. — Экстравыпуск. — С. 11–12.
2. Богомолов П.О., Цодиков Г.В. // *Consilium medicum*. — 2006. — Т. 4, № 1. — С. 56–60.
3. Бугаев А.О. // *Врач*. — 2006. — № 7. — С. 33–57.
4. Дранкина О.М. // *Consilium medicum*. — 2008. — № 1. — С. 31–33.
5. Ивашкин В.Т., Шульпекова Ю.О. // *Рус. Мед. журнал*. — 2000 — № 2. — С. 41–45.
6. Истошин Н.Г., Васин В.А., Ефименко Н.В., Поволоцкая Н.Д., Чалая Е.Н. *Актуальные проблемы курортологии на Кавказских Минеральных Водах*, — Пятигорск. — 2007. — 237 с.
7. Ludwig J., Viggiano T.R., McGill D.B. // *Mayo Clin Proc*. — 1980. — Vol. 55. — P. 434–438.

Сравнительная характеристика фармакодинамических эффектов фозиноприла и лизиноприла у больных с артериальной гипертонией

Ю.В. Лунева, Г.Д. Кобзева, Г.Ю. Шилина, Е.В. Чернышков, С.В. Поветкин, В.В. Серяков
ФГУ «Санаторий «Марьино» Управления делами Президента РФ,
Курский государственный медицинский университет

Целью работы являлась сравнительная оценка гипотензивной активности фозиноприла и лизиноприла и их влияния на морфофункциональные параметры сердца, показатели качества жизни больных с артериальной гипертонией на фоне комплексного санаторно-курортного лечения. Проведено открытое рандомизированное исследование фармакодинамических эффектов фозиноприла и лизиноприла в параллельных группах больных с артериальной гипертонией. Показано, что проведение курортной терапии фозиноприлом и лизиноприлом у больных с артериальной гипертонией приводило к достоверному снижению артериального давления. При этом частота достижения целевого уровня артериального давления была выше у больных, получавших фозиноприл. Динамика показателей систолической и диастолической функции левого желудочка и структурных параметров в динамике у больных с артериальной гипертонией была благоприятной и была сопоставима при сравнительном анализе обеих групп больных.

Ключевые слова: артериальная гипертония, фозиноприл, лизиноприл

Артериальная гипертония (АГ) является одной из ведущих проблем современной медицины в силу ее распространенности и высокой медико-социальной значимости [7]. В Российской Федерации около 40% взрослого населения страдают АГ [6]. На фоне старения популяции распространенность АГ и ее осложнений возрастает [2, 3, 4]. В этих условиях оптимизация гипотензивной фармакотерапии является необходимым фактором улучшения состояния больных, снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Целью работы явилась сравнительная оценка гипотензивной активности фозиноприла и лизиноприла, их влияния на морфофункциональные параметры сердца, показатели качества жизни больных с АГ на фоне комплексного санаторно-курортного лечения.

Материал и методы

В исследуемую группу вошло 60 больных с АГ 1–2 степени. Пациенты были рандомизированы в две груп-

пы (по 30 чел. в каждую) по следующим стратификационным признакам: степень АГ, пол, возраст (до 50 лет и старше). Средний возраст пациентов первой группы составил $49,1 \pm 7,87$ лет, средняя длительность заболевания $5,95 \pm 3,37$ лет, мужчин было 9 чел. (30%), женщин — 21 чел. (70%). Среди больных второй группы было 12 мужчин (40%) и 18 женщин (60%). Средний возраст пациентов второй группы составил $51,6 \pm 7,69$ лет, средняя длительность заболевания $6,37 \pm 3,56$ лет. Критериями исключения из исследования являлось наличие хронических заболеваний бронхолегочной системы, стенокардии II–IV ФК, хронической сердечной недостаточности II–IV ФК, инфаркта миокарда, инсульта, инсулинзависимого сахарного диабета.

В качестве гипотензивной терапии больные первой группы получали фозиноприл (фозикард, «Актавис», Исландия), пациенты второй группы — лизиноприл (лизинотон, «Актавис», Исландия). Длительность курсовой терапии составляла 4 недели. Дозы препаратов титрова-

ли до достижения критерия эффективности лечения, которым считали целевой уровень офисного артериального давления (АД) менее 140/90 мм.рт.ст. Кроме медикаментозной терапии, все пациенты получали комплексное санаторно-курортное лечение: ванны (углекислые либо йодо-бромные), лечебные души, массаж области спины (воротниковой зоны, грудного отдела позвоночника либо поясничной области), лечебную физкультуру (занятия лечебной гимнастикой, ходьба по терренкуру, дозированное плавание в бассейне), диетическое питание (гипохолестериновую диету).

Показатели морфофункциональной структуры миокарда левого желудочка (ЛЖ) определяли с помощью ультразвукового сканирования по общепринятым формулам [1, 8]. Рассчитывали следующие показатели: конечно-диастолический индекс левого желудочка, конечно-систолический индекс левого желудочка (КСИ), фракция выброса левого желудочка, степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка, скорость циркулярного сокращения волокон миокарда, удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПС), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ), максимальную скорость потока раннего и позднего наполнения ЛЖ, соотношение максимальных скоростей потоков раннего и позднего наполнения, время изометрического расслабления ЛЖ.

Качество жизни больных исследуемых групп оценивали с помощью опросника SF-36 [5]. Безопасность фармакотерапии контролировалась с помощью регистрации в процессе лечения нежелательных лекарственных реакций и оценки динамики биохимических показателей крови.

Все исследования проводили до начала и в конце курсовой терапии.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью t-критерия (критерий Стьюдента). При распределении переменных, отличных от нормального, достоверность различий оценивали с помощью непараметрических методов. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

У больных исследуемых групп 4-недельная терапия фозикардом (в средней дозе $13,3 \pm 4,7$ мг/сут) и лизинотоном (в средней дозе $15,8 \pm 5,1$ мг/сут), на фоне комплексного санаторно-курортного лечения сопровождалась сопоставимым снижением АД, при несущественно изменявшемся числе сердечных сокращений. Систолическое АД в первой группе уменьшилось ($\Delta\%$) на 21,2% ($p < 0,01$), во второй группе — на 19,8% ($p < 0,01$). Степень снижения диастолического АД составила соответственно 19,8% ($p < 0,01$) и 16,9% ($p < 0,01$). Количество пациентов, достигших целевого уровня АД в группе фозикарда составляло 25 человек (83,3%), в группе лизинотона — 17 человек (53,3%), $p < 0,05$.

Гипотензивный эффект исследуемых препаратов реализовывался за счет вазодилатирующего действия, о чем свидетельствовало достоверное ($p < 0,05$) снижение УПС

в обеих группах больных ($\Delta\%$ в первой группе — 23,5%, во второй — 18,6%). Наряду с этим отмечалось значимое ($p < 0,05$) уменьшение КСИ (в первой группе на 8,5%, во второй — на 11,0%), увеличение фракции выброса (на 9,2% и 11,8% соответственно). Изменение остальных объемных и функциональных показателей ЛЖ носило позитивный недостоверный характер. Различие между группами по динамике оцениваемых параметров было несущественным ($p > 0,05$). Снижение ИММ левого желудочка также было сопоставимым в первой ($\Delta\%$ 10,6%) и второй группах больных ($\Delta\%$ 7,1%).

Использование опросника SF-36 позволило установить благоприятное влияние терапии фозиноприлом и лизиноприлом на качество жизни обследованных пациентов. Это выражалось в достоверном увеличении шкал жизнеспособности, социального функционирования, психического здоровья и самочувствия как у больных первой ($\Delta\%$ 9,5%, 21,5%, 6,1%, 35,4% соответственно), так и второй групп ($\Delta\%$ 8,7%, 18,8%, 7,2%, 29,9% соответственно). Динамика показателей была сопоставима в исследуемых группах.

Изменение лабораторных параметров, оцениваемых у обследованных больных, было статистически незначимым. Нежелательных реакций при приеме фозикарда и лизинотона не зарегистрировано.

Заключение

При проведении курсовой терапии фозикардом и лизинотоном больных с АГ 1–2 степени на фоне комплексного санаторно-курортного лечения достигнуто сопоставимое достоверное снижение систолического и диастолического артериального давления. При этом частота достижения целевого уровня АД была выше ($p < 0,05$) у больных, получавших фозикард. Динамика показателей систолической, диастолической функции левого желудочка, его структурных параметров, ряда шкал, отражающих качество жизни пациентов, носила благоприятный характер и была сопоставима при сравнительном анализе исследуемых групп больных. Использование как фозикарда, так и лизинотона характеризовалось хорошей переносимостью и безопасностью.

Литература

1. Алехин М.Н., Седов В.Н. // *Терап. архив.* — 1996. — № 12. — С. 84–88.
2. Арутюнов Г.П. // *Сердце.* — 2002. — № 4. — С. 187–190.
3. Котовская Ю.В. // *Сердце.* — 2005. — № 3. — С. 142–150.
4. Лабезник Л. // *Врач.* — 2000. — № 7. — С. 25–27.
5. Мясоедова, Н.В. // *Качество жизни: медицина.* — 2003. — № 2. — С. 48–52.
6. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* — 2002. — № 3. — С. 4–8.
7. Плавунов Н.Ф. // *Артериальная гипертензия.* — 2004. — Т. 10. — № 3. — С. 155–158.
8. Schiller N.B. // *Circulation.* — 1991. — № 84. — P. 280–286.