

мы выполнялось дуплексное сканирование МАГ. В 1-ю, основную группу, включены 30 пациентов с ИБС, стенокардией П-Ш ФК, получавших статины в средних терапевтических дозах в течение 12 месяцев. Во 2-ю, контрольную группу, вошли 30 больных без ИБС, которым рекомендовалась антиатерогенная диета и статины не назначались. Ультразвуковое исследование до начала лечения выявляло одностороннее поражение сонной артерии у 83,4% 1-ой и 36,7% лиц 2-ой группы, двустороннее поражение – у 13,3% и 40% и сочетанное поражение общей и внутренней сонной артерий у 3,3% лиц 1-ой и 23,3% лиц второй группы соответственно. У пациентов 1-й группы толщина комплекса интима-медиа (КИМ) в наиболее измененном участке ОСА колебалась от 1,0 до 1,38 мм, составив в среднем  $1,2 \pm 0,05$  мм на стороне поражения, а у пациентов 2-й группы на стороне стенозирования  $1,24 \pm 0,07$  мм (1,11 до 1,57 мм). Гемодинамически значимый стеноз МАГ > 50% был выявлен у лиц 1-й и 2-й групп, у 86,6% и 73,3% соответственно.

У пациентов 1-й группы под влиянием статинов содержание ОХС, ЛПНП, триглицеридов достоверно снизилось. Значимой динамики уровня ЛПВП не отмечено. На фоне антиатерогенной диеты произошло также достоверное снижение ОХС, ЛПНП. Уровень триглицеридов и ЛПВП не изменился.

По данным дуплексного сканирования МАГ спустя 12 месяцев лечения у пациентов 1-й группы в 96,7% случаев отмечалась положительная динамика: уменьшилась толщина КИМ на 10% на стороне поражения, величина стеноза достоверно не изменилась, но снизились скоростные показатели кровотока в месте стеноза. У пациентов 2-й группы наблюдалось увеличение КИМ на стороне стенозирования сонной артерии; величина стеноза, как и у лиц 1-й группы, достоверно не изменилась, хотя и наблюдалась тенденция к его увеличению на  $2,15 \pm 0,72\%$ , что свидетельствует о прогрессировании атеросклеротического поражения сонных артерий на фоне традиционного лечения каротидного атеросклероза. За время наблюдения ни у одного из пациентов обеих групп не возникло эпизодов проходящего неврологического дефицита.

#### ТЕРАПИЯ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ БОЛЬНЫХ АГ СО СТЕАТОЗОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева, В.Н. Дроздов, А.В. Петраков, С.Ю. Сильвестрова

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

**Введение.**  $\beta$ -адреноблокаторы фармакокинетически различаются по растворимости в жирах или воде: липофильные (метопролол), которые подвергаются метаболизму в печени и гидрофильные (атенолол), которые выводятся почками в неизменном виде. У пациентов циррозом печени (ЦП) метопролол способен к кумуляции в организме, обуславливая большую частоту побочных эффектов.

**Цель исследования.** На основании результатов суточного мониторирования АД (СМАД) и данных фармакокинетики разработать принципы дифференцированной терапии атенололом и метопрололом больных АГ со стеатозом и циррозом печени.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 120 больных с АГ в сочетании с язвенной болезнью (ЯБ – группа сравнения с нормальной функцией печени), стеатозом, ЦП, принимающих атенолол или метопролол по 50 мг. Для оценки эффективности терапии АГ проводилось СМАД. Определение концентраций препаратов в сыворотке крови осуществляли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

**Результаты и их обсуждение.** По данным СМАД у всех обследуемых больных исходно было выявлено повышение АД (ВИ САД > 30%) и ЧСС. На фоне терапии больных с АГ отмечено снижение АД, ЧСС во всех трех группах. Всего эпизодов брадикардии на фоне лечения атенололом было выявлено у 4 больных (6,67%). Эффективность монотерапии и фармакокинетические параметры атенолола не зависели от выраженности функциональных изменений печени. Наибольшее количество эпизодов брадикардии происходило у больных с патологией печени, принимающих метопролол (18,33% больных). При анализе результатов лечения больных АГ с ЦП метопрололом отмечено достоверное максимальное урежение ЧСС до  $48,35 \pm 4,96$  уд. в минуту в сравнении с группой пациентов с АГ и ЯБ до  $55,95 \pm 4,48$  уд. в минуту. Уровень максимальной концентрации метопролола изменяется в зависимости от выраженности нарушений функционального состояния печени, демонстрируя повышения  $C_{max}$  в группе больных с ЦП по сравнению с показателями у больных с АГ и ЯБ ( $18,98 \pm 4,94$  и  $10,22 \pm 1,79$  нг/мл соответственно  $p < 0,001$ ). Время достижения максимальной концентрации также достоверно пролонгируется у больных с патологией печени по сравнению с теми же показателями у пациентов АГ с ЯБ ( $5,42 \pm 0,74$  и  $4,57 \pm 0,82$  ч соответственно).

**Выводы.** Метопролол рекомендуется использовать с осторожностью при терапии АГ у больных с нарушенной функцией печени. Атенлол может применяться при лечении АГ у больных, не зависимо от функционального состояния печени

#### ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю.В. Малюкова, Е.В. Дорофеева, Л.А. Алексеева

Поликлиника № 1 УД Президента РФ, Москва

**Целью исследования** явилось изучение особенностей клинического состояния и лечения больных пожилого и старческого возраста с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

**Материал и методы исследования.** Методом случайной выборки отобраны истории болезни 43 пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся в отделение скорой медицинской помощи (ОСМП) в 2006 г. во время пароксизмов ФП. Из них 18 мужчин и 25 женщин, 12 пациентов пожилого и 31 пациент старческого возраста. Длительность наблюдения в поликлинике с ГБ колебалась от 9 до 35 лет. Все пациенты получали многокомпонентную антигипертензивную терапию.

**Изучены:** давность ФП, распространенность нарушений углеводного и липидного обмена, сопутствующей хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), застойной сердечной недостаточности, средний уровень систолического и диастолического АД (САД и ДАД), по данным повторных офисных измерений на протяжении года, размеры левого предсердия, частота пароксизмов ФП, количество обращений в ОСМП, число госпитализаций с ФП, характер антиаритмической терапии в последний год наблюдения.

**Результаты исследования.** По группе в целом нарушенная толерантность к глюкозе или сахарный диабет 2 типа наблюдались в 38,5% случаев, индекс массы тела составлял в среднем  $28,7 \pm 0,1$ . Различий в частоте этих показателей у пожилых и старых пациентов не получено. Распространенность ХОБЛ у лиц старческого возраста была достоверно больше, чем у пожилых (45% против 25%,  $p < 0,05$ ). В этой группе регистрировались более высокие средние значения САД ( $147,6 \pm 4,9$ ;  $135,2 \pm 9,4$ ;  $p < 0,05$ ). Размеры левого предсердия не различались ( $4,0 \pm 0,3$  и  $3,9 \pm 0,4$ ;  $p > 0,05$ ). Число пароксизмов ФП было достоверно больше у пожилых, чем у лиц старческого возраста ( $4,2 \pm 1,2$ ;  $2,3 \pm 1,7$ ;  $p < 0,05$ ). Частота обращений в ОСМП и число госпитализаций в обеих группах не отличались. У пациентов, получавших наряду с антигипертензивной терапией антиаритмические препараты, был более длительный анамнез ГБ и ФП, чаще выявлялась застойная сердечная недостаточность и регистрировалась большая частота пароксизмов ФП, чем у пациентов, которые не получали антиаритмические средства.

#### ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.В. Медведев, Н.К. Горшунова, Д.Н. Украинцева, Т.В. Малиновская

Курский государственный медицинский университет

Инволютивные сдвиги в организме, развивающиеся во всех физиологических системах с различной скоростью, зависят от множества факторов. Заболеваемость со стороны сердечно-сосудистой системы пропорционально возрастает по мере старения, проявляясь в основном атеросклеротическими поражениями в виде ИБС и артериальной гипертензии, сопровождающимися нарушениями метаболизма липидов. Цель настоящего исследования – оценить вклад изменений липидного спектра сыворотки крови в выраженность при-