

8–10 лет, определена смена вегетативных влияний с 11 до 14 лет и постепенное усиление преобладания парасимпатической системы у подростков 15–16 лет (рисунок 4).

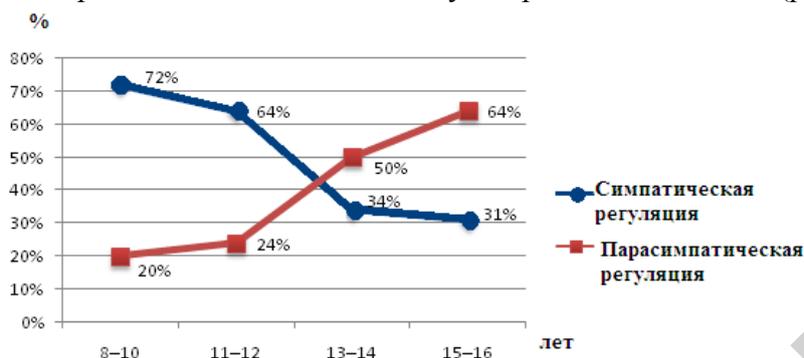


Рисунок 4 — Преобладание симпатических и парасимпатических влияний у детей и подростков 8–16 лет

Выводы

Таким образом, полученные нами данные указывают на наличие критических периодов в развитии детей и подростков — это возраст 11–16 лет. Это время начала полового созревания, глобальной перестройки организма и совершенствования всех функций. Наличие достаточно большого количества испытуемых с дистоническим, ступенчатым, гипер- и гипотоническим типами реакции на физическую нагрузку, вероятно, можно объяснить, в том числе, и неравномерным созреванием нервного звена регуляции функций.

Результаты наших исследований показали, что среди практически здоровых детей и подростков наблюдаются дистонические и ступенчатые типы реакции, которые чаще регистрируются в возрасте 11–12, 13–14, 15–16 лет. Распространенность повышения сосудистого тонуса в этих возрастных группах можно объяснить нейроэндокринной перестройкой организма в период полового созревания. В связи с этим в указанные возрастные периоды подростки требуют индивидуального наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пристром, М. С. Повышение приверженности к терапии артериальной гипертензии — путь снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / М. С. Пристром, В. Э. Сушинский // Медицина. — 2007. — № 2. — С. 5–9.
2. Малеваная, И. А. Характеристика клинических, лабораторных и ЭКГ показателей у детей с различными типами сосудистых дистоний / И. А. Малеваная // Медицина. — 2007. — № 4. — С. 67–70.
3. Калюнов, В. Н. Практикум по физиологии человека и животных: учеб. пособие / В. Н. Калюнов, Т. А. Миклуш. — Минск: БГПУ, 2004. — 152 с.

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2:614.212

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА АПФ ТРИТАЦЕ ПЛЮС У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Приходько Л. Н., Карасев М. И., Кидун К. А.

Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская поликлиника № 1»

Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельский областной клинический кардиологический кардиодиспансер»

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — это стабильное повышение САД > 140 мм. рт. ст. и (или) ДАД > 90 мм.рт.ст. по данным не менее, чем двукратных измерений, при двух или более последовательных визитах пациента к врачу с интервалом не менее двух недель [1, 2].

Адекватное лечение АГ — актуальная задача, стоящая перед современной медициной. Достижение целевого уровня артериального давления является важной целью практического врача, снижение АД до регламентируемых цифр приводит к уменьшению риска развития основных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, нефропатия, сердечная недостаточность и т. д.) и смертности за счет снижения модифицируемых факторов риска [2].

Ингибиторы АПФ — один из основных классов препаратов для лечения артериальной гипертензии и вторичной профилактики сердечно-сосудистых катастроф [3, 5]. Выделяют ряд положительных класс-эффектов иАПФ, которые дают им полное право занимать первое место в лечении не только АГ, но и других сердечно-сосудистых заболеваний:

1. Гемодинамические и кардиопротективные эффекты (снижение ОПСС, снижение пред- и постнагрузки, уменьшение объема ЛЖ, замедление процессов ремоделирования ЛЖ и т. д.).

2. Антипролиферативные эффекты (регресс ГЛЖ, уменьшение постнагрузки, снижение уровня АТII приводит к снижению симпатикотонии).

3. Нейрогуморальные эффекты (снижение уровня альдостерона, повышение концентрации ренина).

4. Вазо- и нефропротективные эффекты (уменьшение явлений эндотелиальной дисфункции за счет уменьшения вазоконструкции, антиатерогенное, антипролиферативное действие, снижение внутривагочного давления, увеличение Na-уреза).

5. Антиатеросклеротический эффект (замедление атеросклеротического процесса за счет снижения АТII, повышения уровня брадикинина и оксида азота, что способствует улучшению эндотелиальной функции).

Цель работы

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата Тритаце плюс (производство фирмы «Sanofi» Франция) в лечении пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Были проанализированы данные ретроспективного анализа 33 пациентов проходивших лечение на базе ГОККД и ГПП № 1 г. Гомеля с использованием препарата Тритаце Плюс в дозах 10/12,5 и 10/25 мг. На основе информации анамнеза, осмотра, инструментальных и клинико-лабораторных исследований была разработана электронная база данных. Данные сведены в таблицы и обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica» 8.0. Так как распределение большинства изучаемых показателей отличалось от нормального, для статистической обработки применяли непараметрические методы, критерии и показатели описательной статистики.

Анализ различий в двух независимых группах по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, проводили с использованием критерия Манна-Утти. Для анализа различий по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, в изучаемых взаимосвязанных группах применяли парный тест Вилкоксона. Для проведения частотного анализа применяли точный двусторонний критерий Фишера. Анализ взаимосвязи проводили с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена и коэффициента ассоциации Кендалла.

Параметры описательной статистики для количественных показателей представлены в виде медианы и квартилей, для качественных — виде долей и процентов. Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости ($p < 0,05$) [4].

Результаты и обсуждения

В исследование были включены данные 33 пациентов (15 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 32 до 79 лет, медиана составила 57 (47; 59) лет. Среднее образование имели 36,4 % пациентов, среднее специальное — 33,3 %, высшее — 30,3 %. Медиана стажа АГ составила 7 (5; 12) лет. Сопутствующая патология выявлена у 52 % участников исследования, в том

числе: ИБС у 10 пациентов, желудочковая экстрасистолия — у 6, дисметаболическая миокардиодистрофия — у 1, дислипидемия — у 4, хроническая ревматическая болезнь сердца — у 1, сахарный диабет — у 3, бронхиальная астма — у 1 пациента.

Данные описательной статистики по количественным показателям клинико-лабораторных и инструментальных показателей на момент до начала приема Тритаце Плюс приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Данные исследований пациентов на момент начала исследования

Показатель	Медиана и квартили
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	160 (160; 170)
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	100(90; 100)
Общий холестерин, ммоль/л	5,0 (4,6; 6,0)
Триглицериды, ммоль/л	1,70(1,46; 1,79)
Липопротеиды низкой плотности, ммоль/л	3,01 (2,7; 3,8)
Липопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1,21 (0,97; 1,3)
Концентрация ионов Na ⁺ , ммоль/л	141,8 (140,2; 145,0)
Концентрация ионов K ⁺ , ммоль/л	4,50(4,06; 4,7)
Мочевина, ммоль/л	6,6 (6,2; 7,0)
Билирубин, ммоль/л	12,43 (10,57; 15,20)
Активность АСТ, ЕД	24,7 (21,7; 31,0)
Активность АЛТ, ЕД	24,5 (22,7; 31,0)

До включения в исследование 8 пациентов (24 %) не получали гипотензивное медикаментозное лечение. Из пациентов, которым ранее назначалось терапевтическое лечение, 9 (36 %) участников исследования получали монотерапию и 16 (64 %) комбинированное лечение, из них ингибиторы АПФ использовали 64 % пациентов, β-адреноблокаторы — 60 %, диуретики — 56 %, антагонисты кальция — 28 %, статины — 20 %.

Данные опроса о причинах, на основании которых специалистами принималось решение о включении препарата Тритаце Плюс в курс лечения АГ, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Причины назначения Тритаце Плюс при АГ по данным опроса

Основание для назначения Тритаце Плюс	Доля положительных ответов врачей, %
Однократный прием	100
Новизна препарата	15
Неэффективность предшествующего лечения	63,6
Побочные эффекты предшествующего лечения	6
Профилактика сердечно-сосудистых катастроф	93,9

При проведении анализа различий значений артериального давления до и после применения препарата Тритаце Плюс были выявлены статистически значимые различия. Результаты расчетов представлены в таблице 2.

Таблица 3 — Значение АД до и после лечения Тритаце Плюс

Момент времени		Систолическое АД, мм рт.ст.			Диастолическое АД, мм рт. ст.		
		T	Z	p	T	Z	p
Исходное	2 недели	0,0	5,01	<0,001	0,0	4,62	<0,001
Исходное	4 недели	0,0	4,86	<0,001	0,0	4,54	<0,001
Исходное	12 недель	0,0	4,86	<0,001	0,0	4,70	<0,001
2 недели	4 недели	12,5	4,04	<0,001	6,5	2,36	0,018
2 недели	12 недель	0,0	4,29	<0,001	10,5	2,81	0,005
4 недели	12 недель	2,0	2,24	0,025	6,0	1,68	0,093

Данные описательной статистики о динамике изменения артериального давления крови при приеме препарата Тритаце Плюс представлены на рисунке 1.

При проведении анализа различий у пациентов, при лечении которых в течение 12 недель использовался препарат Тритаце Плюс, по показателям лабораторных исследований было выявлено статистически значимое снижение концентрации общего холестерина и липопротеидов низкой плотности. Результаты расчетов приведены в таблице 4.

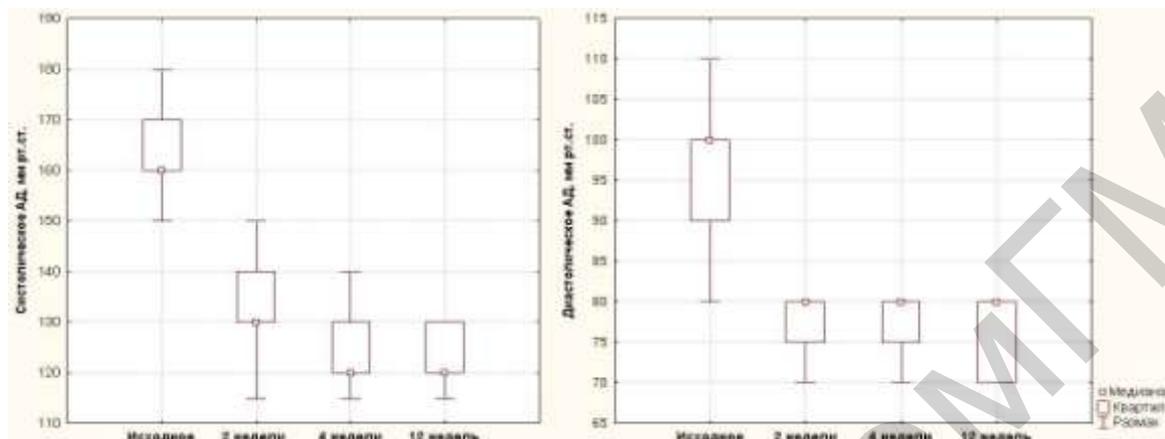


Рисунок 1 — Динамика изменения АД при приеме Тритаце Плюс

Таблица 4 — Показатели биохимического анализа крови у пациентов, проходивших лечение с применением препарата Тритаце Плюс

Показатель	До лечения	Спустя 12 недель	T	Z	p
Общий холестерин, ммоль/л	5,0 (4,6;6,0)*	4,6 (4,4;5,0)	72,0	2,98	0,003
Триглицериды, ммоль/л	1,70 (1,46;1,79)	1,75 (1,30;1,78)	225,5	0,44	0,659
Липопротеиды низкой плотности, ммоль/л	3,01 (2,7;3,8)*	2,73 (2,6;3,2)	120,5	2,50	0,012
Липопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1,21 (0,97;1,3)	1,18 (0,94;1,30)	173,5	0,37	0,710
Концентрация ионов Na ⁺ , ммоль/л	141,8 (140,2;145,0)	141,0 (140,0;143,0)	117,5	1,95	0,052
Концентрация ионов K ⁺ , ммоль/л	4,50 (4,06;4,70)	4,50 (4,30;4,70)	141,5	1,40	0,161
Мочевина, ммоль/л	6,6 (6,2;7,0)	6,5 (6,0;6,7)	184,5	1,24	0,213
Билирубин, ммоль/л	12,43 (10,57;15,20)	12,50 (10,50;15,10)	221,5	0,52	0,604
Активность АСТ, ЕД	24,7 (21,7;31,0)	22,30 (20,7;32,0)	159,0	1,51	0,131
Активность АЛТ, ЕД	24,5 (22,7;31,0)	23,0 (21,8;32,8)	182,0	1,29	0,196

*Различия статистически значимы, $p < 0,015$

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность и безопасность лечения Тритаце плюс.

Выводы:

1. Проводимая терапия Тритаце плюс позволила достичь целевого уровня артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией.
2. Комбинированная терапия Тритаце плюс клинически и статистически снижает артериальное давление, хорошо переносится пациентами и не вызывает серьезных побочных эффектов.
3. Препарат Тритаце плюс является метаболически нейтральным, не оказывает отрицательного влияния на показатели липидного спектра, билирубина, креатинина и мочевины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Месникова, И. Л. Качество жизни больных артериальной гипертензией в амбулаторных условиях / И. Л. Месникова // Медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 67–70
2. Белоусов, Ю. Б. Дженирики — мифы и реалии / Ю. Б. Белоусов // Ремедиум. — 2003. — № 4. — С. 4–9
3. Шальнова, С. А. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения / С.А. Шальнова // РКЖ. — 2006. — № 4. — С. 45–50
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. — М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.
5. Чазов, И. Е. Комбинированная терапия, артериальная гипертензия / И. Е. Чазов, Л. Г. Ратова // Сердце. — 2005. — Т. 4. — С. 120–127.