

является адекватная подготовка больных - нормализация ритма сердечных сокращений и объяснение необходимости следования командам по задержке дыхания. Пока не имеет решения возможность адекватной оценки коронарного русла в области массивной кальцинации.

Результаты использования кандесартана и бисопролола у больных с эссенциальной артериальной гипертензией и гиперинсулинемией.

Канюкова А.А., Смоленская О.Г.

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает роль инсулина и инсулинорезистентности (ИР) в качестве компонента метаболического синдрома в развитии артериальной гипертензии (АГ). Наиболее часто ИР определяется как состояние, характеризующееся сниженным поглощением глюкозы тканями организма под влиянием инсулина, и сопровождающееся хронической гиперинсулинемией (ГИ). Взаимосвязь ГИ и эссенциальной АГ достаточно прочна, поэтому высокая концентрация инсулина плазмы рассматривается как прогностический фактор развития АГ [6].

Ингибиторы АПФ и антагонисты кальция без сомнений считаются препаратами первого ряда при АГ и ГИ. Это связано с целым рядом преимуществ препаратов этих классов. Они вызывают снижение ИР и улучшение гликемического контроля, не влияют на липидный и пуриновый обмены; оказывают вазопротективное действие (SECURE-HOPE-substudy) и нефропротективное действие при диабетической и недиабетической нефропатии (FACET и др.) и т.д. Однако, возможности использования этих групп препаратов могут быть ограничены развитием побочных эффектов более чем в 20% случаев (частоты развития сухого кашля на фоне приема ингибиторов АПФ 0,7-25%, частота развития эффектов, связанных с

периферической вазодилатацией при приеме антагонистов кальция достигает 25%) [7].

Использование диуретиков у пациентов с АГ и ГИ оправдано ввиду имеющейся задержки натрия и гиперволемии, возникающей под влиянием ГИ. Однако, их применение имеет целый ряд ограничений в связи с развитием побочных эффектов: снижение чувствительности периферических тканей к инсулину с компенсаторной ГИ; повышение гликемии; неблагоприятное влияние на липидный профиль; нарушение обмена мочевой кислоты; риск гипокалиемии.

Альфа-адреноблокаторы повышают чувствительность тканей к инсулину и вследствие этого улучшают гликемический контроль, корректируют липидный профиль, благоприятно воздействуют на гемостаз и эндотелиальную функцию. В то же время, промежуточные результаты исследования ALLHAT продемонстрировали увеличение количества сердечно-сосудистых событий, в том числе новых случаев сердечной недостаточности [9].

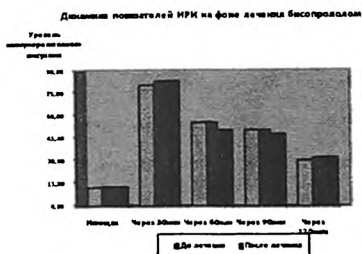
Агонисты I_1 -имидазолиновых рецепторов, уменьшая центральную симпатическую импульсацию, приводят к повышению чувствительности периферических тканей к инсулину, улучшению гликемического контроля и снижению активности РААС. Однако, нет данных, основанных на принципах доказательной медицины, о влиянии этой группы лекарственных средств на прогноз у больных АГ, что не позволяет рекомендовать препараты этого класса в качестве средств первой линии в терапии АГ.

Назначение бета-блокаторов (БАБ) больным с ГИ имеет неоспоримое определенное патогенетическое преимущество ввиду наличия гиперсимпатикотонии. Все побочные эффекты в основном связаны с применением неселективных и низкоселективных БАБ. Поэтому у пациентов с ГИ наиболее целесообразно применять высокоселективные бета-адреноблокаторы (бетаксоллол, бисопролол, небиволол) в составе комбинированной терапии в средней терапевтической дозировке.

Блокаторы АТ₁-рецепторов на современном являются одной из наиболее активно изучаемых групп антигипертензивных препаратов. Обсуждаются свойства одного из представителей этого класса – телмисартана, который может действовать как частичный агонист PPAR γ . Недавно обнаружено структурное сходство между телмисартаном и пиоглатидоном, применяемым для лечения сахарного диабета. На фоне терапии этим блокатором АТ₁-рецепторов описано повышение (и даже нормализация) чувствительности периферических тканей к инсулину, снижение уровня гликемии, а также улучшение показателей липидного спектра в виде снижения общего холестерина, ЛПНП, повышения ЛПВП [3]. Имеются сообщения о благоприятных метаболических эффектах других представителей этого класса.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента с гипертонической болезнью с артериальной гипертензией 1 степени, доказанной ГИ натощак и после углеводной нагрузки и нормальными уровнями гликемии (пероральный глюкозотолерантный тест). Все пациенты были рандомизированы в две сопоставимые по полу и возрасту группы. Пациенты первой группы (n=16) в течение 12 недель получали антигипертензивное лечение блокатором АТ₁-рецепторов кандесартаном в дозировке 4-8 мг/сут (в среднем 6 мг/сут). Вторая группа пациентов (n=16) получала высокоселективный БАБ бисопролол в дозировке 5-10 мг/сут (в среднем 7,5 мг/сут) в течение 12 недель.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов, получавших бисопролол уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) как натощак, так и на фоне углеводной нагрузки, остался на прежнем уровне. В группе, получающей кандесартан, отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня (ИРИ) через 30, 60, 90 и 120 минут после пероральной нагрузки глюкозой. На рисунках 1 и 2 представлена динамика изменения ИРИ до и после лечения.



Рисун.ок1.

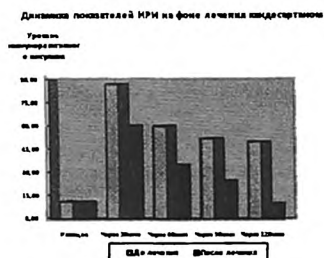


Рисунок 1

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования блокаторов АТ₁-рецепторов в лечении больных с АГ I степени в сочетании с таким метаболическим фактором риска как ГИ.

Особенности развития артериальной гипертензии у пациентов гиперинсулинемией.

Канюкова А.А., Смоленская О.Г.

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает изучение роли инсулина и инсулинорезистентности (ИР) в патогенезе сердечнососудистых заболеваний. Еще в 1761 году появилась публикация, где автор, основываясь на данных клинических историй и аутопсий, обнаружил