

# СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ЛИПО- И ГИДРОФИЛЬНЫХ ИАПФ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРИ АГ

*Силакова В.Н., Смоленская О.Г.*

*Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО УГМА*

Особенности фармакодинамики ЛП в зависимости от способности растворяться в жирах или в воде активно изучаются в последние годы. Большинство исследований этого плана посвящено действию БАБ.

В нашем исследовании произведена попытка выявить особенности действия гидрофильного и липофильного ингибиторов АПФ на толерантность к физической нагрузке при условии достижения этими препаратами целевых показателей АД.

## **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 79 мужчин с АГ I-II степени, в возрасте от 24 до 56 лет (средний возраст  $39,81 \pm 7,85$ ), сосудистым риском 1-3 (средний риск ССО  $2,25 \pm 0,68$ ). В исследование не включались пациенты с осложненной или злокачественной АГ, ИБС, с нарушениями ритма, с сахарным диабетом I и II типа, тиреотоксикозом, гипотиреозом.

Методом случайных чисел все больные были разделены на 2 группы в зависимости от препарата воздействия на АД. Для решения поставленной задачи было выбрано 2 представителя группы ИАПФ, обладающих различными фармакокинетическими характеристиками:

1 группа больных (40 человек) получала лизиноприл (диротон, фирма «Гедеон Рихтер», Венгрия) – гидрофильный препарат длительного действия, период полувыведения 7-9 часов, содержит карбоксильную группу;

2 группа больных (39 человек) получала фозиноприл (моноприл, фирма «Bristol-Myers Squibb», США) – высоколипофильный препарат длительного действия, период полувыведения 12-14 часов, содержит фосфорильную группу.

По клинической характеристике группы были идентичны.

Курс лечения продолжался 24 недели, клинический осмотр пациентов проводился 1 раз в 2 недели,

Толерантность к физической нагрузке у пациентов, включенных в исследование, оценивалась с помощью непрерывной, ступенчато возрастающей ВЭМ-пробы до общепринятых критериев ее прекращения – достижения субмаксимальной ЧСС (ВОЗ, 1973). ВЭМ проба проводилась в начале и конце наблюдения.

## **Результаты и обсуждение**

Достоверное снижение АД на фоне лечения диротоном и моноприлом подтверждено СМ АД.

Толерантность к физической нагрузке – один из показателей, характеризующих развитие ХСН.

В таблице 1 представлены данные ВЭМ, проведенной до и после 24-недельного приема ИАПФ.

Таблица 1

Изменение показателей ВЭМ на фоне лечения ИАПФ

Показатель	Группа 1 (n=40)		Группа 2 (n=39)	
	Исходно	24 недели лечения	Исходно	24 недели лечения
Исходно САД	142,33±2,60	130,43±2,27*	145,20±10,46	126,54±2,64*
Исходно ДАД	96,33±2,04	89,13±1,81*	88,89±9,34	84,23±7,44*
Исходно ЧСС	76,83±2,21	78,32±1,17	79,04±8,07	76,07±7,98
работа, кдж	64,98±2,47	64,44±3,00	68,22±13,05	85,55±13,23*
Максим. САД	202,19±3,53	185,65±4,49*	210,00±18,19	188,08±23,28*
Максим. ДАД	102,19±2,27	100,00±1,82	103,33±13,59	90,77±11,64*

\* $p < 0,05$  по сравнению с исходными показателями

Гипотензивная терапия привела к улучшению реакции на физическую нагрузку, оставалась четкая гипертоническая реакция на высоте физической нагрузки.

В обеих группах достоверно снизились исходные значения САД и ДАД. Изменение других показателей ВЭМ было различным. На фоне лечения диуретиком достоверно улучшились средние значения исходных цифр САД и ДАД и на высоте физической нагрузки. Уровень выполненной физической нагрузки до достижения субмаксимальной ЧСС практически не изменился и имел небольшую тенденцию к снижению при нормальной исходной ЧСС.

На фоне приема моноприла при окончании заключительной ВЭМ пробы уровень максимального САД и ДАД были достоверно ниже соответствующего показателя в группе диуретика. Это, по-видимому, сказалось и на величине выполненной работы, 68,22±13,05 кдж при первой ВЭМ пробе и 85,55±13,23 кдж после лечения,  $p < 0,05$ . Лишь в этой группе отмечено достоверное повышение количества ступеней нагрузки, выполненных на велоэргометре.

Таким образом, в плане профилактики развития ХСН и улучшения толерантности к физической нагрузке у гипертоников наиболее рационально применение липофильных ингибиторов АПФ длительного действия.

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ РИСКА.

*Симанович А.Г.*

**Введение.** Несмотря на многочисленную информацию о фоновых и предраковых процессах и раке шейки матки (РШМ), а также достаточно надежного цервикального скрининга, это заболевание в настоящее время остается одной из актуальных проблем онкогинекологии. В мире рак шейки матки занимает 2-е место (после рака молочной железы) в структуре онкологической патологии у женщин. [1]. Сегодня РШМ один из самых