

действия сразу с момента применения. В отличие от других форм выпуска эти лекарственные формы обеспечивают распространение эффекта действующего вещества на всю поверхность слизистой оболочки глотки, включая труднодоступные участки.

Повсеместное информирование населения о лечебном эффекте таблеток для рассасывания, содержащих флурбипрофен, должно привести к корректному выбору ЛС, назначаемых как при вирусной, так и при бактериальной инфекции в целях снижения продукции простагландинов – ключевых медиаторов воспаления, ответственных за возникновение такого симптома, как боль в горле, и других клинических и фарингоскопических признаков, обычно наблюдаемых при фарингите или тонзиллите. Комбинированное применение Стрепсилс® Интенсив с антибиотиками, хотя и является весьма эффективным [7], рекомендуется пациентам только по назначению лечащего врача и под его наблюдением.

Литература

1. Аксенова А.В., Брико Н.И., Клейменов Д.А. Эпидемиологическая значимость хронических фарингитов, назофарингитов, синуситов и ринитов в Москве и Российской Федерации с 1996 по 2009 г. // Клиницист. – 2012; 3–4: 38–43.
2. Бодяева Е.В. Оптимизация диагностики и лечения острого тонзиллофарингита в амбулаторной практике г. Смоленска. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2011.
3. Вишняков В.В., Синьков Э.В. Современные препараты при лечении больных с воспалительными заболеваниями глотки // Рус. мед. журн. – 2013; 11: 587–92.
4. Ворошилина М.А., Иванова Е.П. Фармакоэпидемиологическое исследование потребительского поведения при выборе лекарственных средств для лечения боли в горле // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2013; 3 (2): 388.
5. Градович Т.И., Смирнова А.А., Сурикова О.В. и др. Фармакоэпидемиологический анализ лекарственных препаратов, используемых при лечении боли в горле // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2013; 3 (2): 389–90.
6. Краева В. Боль в горле и нестероидные противовоспалительные препараты: современный взгляд на проблему // Врач. – 2013; 2: 41–4.
7. Лучшева Ю.В., Кунельская Н.Л., Изотова Г.Н. Местная терапия при различных формах фарингита // Мед. совет. – 2012; 12: 88–95.
8. Модестов А.А., Сокович О.Г., Терлецкая Р.Н. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения Российской Федерации // Сиб. мед. обозрение. – 2008; 54 (6): 3–8.
9. Торопова И.А. Состояние и пути улучшения использования антибактериальных препаратов населением в Республике Саха (Якутия). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007.
10. Чучалин А.Г. Белая книга пульмонологии / М., 2000; с. 47.

NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PHARYNX IN THE FAR NORTH
N. Lebedeva¹, Candidate of Medical Sciences, **T. Timofeeva²**, **T. Dmitrieva¹**
¹North-Eastern Federal University, Yakutsk
²Republican Hospital, Yakutsk

The results of studies on the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the purpose of comparing the effectiveness of the treatment of patients with diseases of the pharynx.

Key words: sore throat, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, pharyngitis, pharmacoepidemiology, flurbiprofen.

КОРРЕКЦИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

И. Долгова, доктор медицинских наук, доцент
А. Стародубцев, доктор медицинских наук, профессор
 Ставропольский государственный медицинский университет
 E-mail: i.dolgova@inbox.ru

Изучена хроническая цереброваскулярная патология, развившаяся на фоне идиопатической артериальной гипотензии у лиц молодого возраста. Выявлены ведущие клинические синдромы, определены распространенность и тяжесть когнитивных нарушений, психоэмоциональных расстройств. Использование Ноопепта показало его высокую эффективность в лечении хронической цереброваскулярной патологии.

Ключевые слова: артериальная гипотензия, хроническая цереброваскулярная патология, Ноопепт.

Хронические цереброваскулярные заболевания (ХЦВЗ) – наиболее частое патологическое состояние, встречающееся в практике невролога, что обусловлено распространенностью вызывающих его факторов. Тяжесть клинической симптоматики ХЦВЗ обусловлена когнитивными нарушениями (КН), отрицательно влияющими на трудовую и социально-бытовую активность пациентов. Важны ранние диагностика КН и их медикаментозная коррекция, позволяющие предотвратить их прогрессирование и сохранить профессиональные возможности пациента, улучшить качество его жизни [3–6, 9].

Один из факторов риска (ФР) развития ХЦВЗ – идиопатическая артериальная гипотензия (ИАГ). Несмотря на то, что ее часто регистрируют у лиц молодого возраста [1, 2, 7, 8], этому ФР не всегда своевременно уделяют внимание.

Нами изучены особенности ХЦВЗ у лиц молодого возраста на фоне ИАГ и их медикаментозная коррекция с использованием препарата Ноопепт.

Под наблюдением находились 68 пациентов молодого возраста (18–45 лет, в среднем – 35,90±0,56 года) с ИАГ, 65 (95%) женщин и 3 (5%) мужчин. При анализе клинко-лабораторных данных диагноз дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I стадии (ДЭI) был поставлен 37 (54%) пациентам, а ДЭII – 31 (45%). Пациентов подразделили на 2 группы: основную (n=37) – получавшую Ноопепт – и контрольную (n=31) – получавшую только базовую терапию – гутрон (избирательно стимулирующий периферические адренорецепторы симпатической нервной системы). Ноопепт пациенты основной группы получали по 10 мг 2 раза в сутки утром и в обед в течение 2 мес 2 раза в год – весной и осенью), гутрон – по 5 мг 2 раза в сутки. Динамику клинических симптомов оценивали через 6 мес, 1 год и 2 года.

В исследование включали обратившихся к неврологу пациентов с наличием церебральных жалоб. По данным анамне-

за, общемозговая симптоматика наблюдалась на протяжении 3–10 лет, что требовало неоднократного обращения к врачу. Пациентов с наличием в анамнезе черепно-мозговой травмы, инсульта, тяжелой соматической, неврологической патологии в исследование не включали.

Все больные прошли комплексное клинико-лабораторное обследование на базе неврологического и терапевтического отделений Городской клинической больницы скорой медицинской помощи Ставрополя. Состояние эмоционально-личностной сферы оценивали по личностной шкале тревоги (ШТ) Тейлора. КН изучали с помощью ряда тестов: краткой шкалы оценки состояния когнитивных функций (MMSE) – оценка ориентации во времени и пространстве, восприятия, концентрации внимания, памяти; теста запоминания 10 слов (ЗС); теста рисования часов (РЧ). Использовали методы: ЭКГ; суточное мониторирование АД; биохимическое исследование крови; ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) сосудов головного мозга (аппарат Ангиодин).

Для оценки достоверности различий показателей результаты статистически обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок при уровне значимости $p < 0,05$.

При анализе основных жалоб выделяли ведущие клинические синдромы: КН – у 27 (39%) человек; цефалгический синдром – у 26 (38%); вестибулярный – у 25 (37%); дискоординаторный – у 22 (32%); астенический – у 20 (29%); невротический – у 19 (28%); инсомнический – у 13 (19%). В группе больных с ДЭИ наиболее часто встречались следующие синдромы: астенический ($n=12$); невротический ($n=10$); в группе пациентов с ДЭП – КН ($n=22$) и цефалгический ($n=18$).

При использовании нейропсихологических тестов выявлялись легкие и умеренные КН. Результаты тестирования были следующими: при ДЭИ ($n=37$): по MMSE – $26,5 \pm 0,2$ балла; по тесту РЧ – $7,3 \pm 0,2$ балла; по тесту ЗС – $6,2 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$), что указывает на наличие легких КН в этой группе. В группе больных с ДЭП ($n=31$): по MMSE – $25,2 \pm 0,3$ балла; по тесту РЧ – $6,8 \pm 0,05$ балла; по тесту ЗС – $5,5 \pm 0,05$ балла ($p < 0,05$), что соответствует легким КН; у остальных 12 человек результаты тестирования соответствовали умеренным КН: соответственно $24,6 \pm 0,2$; $5,5 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$).

Психоэмоциональное состояние по данным ШТ было следующим: в группе с ДЭИ низкий уровень тревоги выявлен у 12 (48%) человек, средний балл – $3,6 \pm 0,2$; средний уровень тревоги (с тенденцией к низкому) – у 13 (52%) человек, средний балл – $9,4 \pm 0,25$. В группе больных с ДЭП высокий уровень тревоги выявлен у 10 (23,3%) человек, средний балл – $30,25 \pm 0,7$; средний уровень тревоги (с тенденцией к высокому) – у 19 (44,2%), средний балл – $19,4 \pm 0,4$; средний уровень тревоги (с тенденцией к низкому) – у 9 (21%), средний балл – $8,4 \pm 0,3$.

С помощью УЗДГ измеряли скорость, направление кровотока, асимметрию в экстракраниальных отделах сонных и позвоночных артерий (ПА); определяли наличие, сторону, локализацию, протяженность, степень выраженности нарушений кровотока. В группе больных с ДЭИ индекс периферического сопротивления (RI) был ниже в левой внутренней сонной артерии (ВСА) – $0,530 \pm 0,004$ ($p=0,01$), чем в правой, в ПА – ниже справа: $0,540 \pm 0,001$ ($p < 0,001$) и в надблоковой артерии (НА) – ниже справа: $0,59$ ($p < 0,001$). У больных с ДЭП RI во ВСА и ПА справа и слева существенно не различался – $0,600 \pm 0,001$ ($p > 0,05$), в НА был ниже справа – $0,650 \pm 0,001$ ($p < 0,001$).

В группе больных с ДЭИ индекс пульсации (PI) в ВСА справа и слева не различался – $0,850 \pm 0,004$ ($p > 0,05$), в ПА

и НА был справа ниже – $0,820 \pm 0,002$ ($p < 0,001$), чем слева. В группе больных с ДЭИ во всех артериях PI был ниже справа – $0,870 \pm 0,001$ ($p < 0,001$). Линейная скорость кровотока (ЛСК) в группе больных с ДЭИ в ВСА была ниже слева – $22,20 \pm 0,02$ мм/с ($p < 0,001$), а в ПА и НА – справа $8,90 \pm 0,02$ мм/с ($p < 0,001$). В группе больных с ДЭП ЛСК в правой и левой ПА не различалась ($p > 0,05$). В ВСА она была ниже справа: $22,80 \pm 0,07$ мм/с ($p < 0,001$), а в НА – слева: $8,30 \pm 0,03$ мм/с ($p=0,01$).

С учетом количественных показателей – индексов RI и PI, ЛСК исследуемых участков и качественных показателей УЗДГ выявлены следующие изменения: асимметрия скорости кровотока по ПА – $9,30 \pm 0,03$ ($p < 0,01$); усиление скорости кровотока по ПА и НА – $8,30 \pm 0,03$ мм/с ($p < 0,01$); начальные признаки снижения эластичности сосудов головного мозга; недостаточность кровотока в системе ПА; повышение циркуляторного и периферического сопротивления в бассейне ПА и ВСА. Все это влияло на формирование клинической картины ХЦВЗ у пациентов молодого возраста, развившейся на фоне ИАГ.

Для предупреждения процесса ишемии мозга, замедления темпов его прогрессирования, стабилизации процесса с целью коррекции выявленных нарушений применяли препарат Ноопепт, являющийся одним из самых современных препаратов ноотропного и нейропротективного действия. Выбор препарата обусловлен тем, что его активным веществом является этиловый эфир N-фенилацетил-L-пролилглицин, активный метаболит которого – циклопролилглицин – идентичен эндогенному циклическому дипептиду с ноотропной и нейропротективной активностью. Он повышает устойчивость мозговой ткани к гипоксии, ослабляет степень повреждения нейронов мозга, оказывает антиоксидантное действие и, обладая антиагрегантными, фибринолитическими, антикоагулянтными свойствами, улучшает реологические свойства крови. Ноопепт облегчает не только процессы первоначальной обработки информации, ее фиксации и консолидации, но и процесс ее извлечения. Это отличает Ноопепт от других ноотропов, которые влияют только на начальные фазы обработки информации. Обладая анксиолитическим эффектом, он уменьшает или устраняет чувство тревоги, повышенной раздражительности, аффективной лабильности, нарушения сна, улучшает память и внимание.

Динамика регресса частоты клинических проявлений у больных с ДЭИ на фоне лечения Ноопептом представлена на рис. 1. У больных с ДЭИ при лечении Ноопептом через 6 мес наблюдения статистически достоверно уменьшилась частота следующих синдромов: КН – выявлены у 3 ($6,0 \pm 2,6\%$) человек ($p=0,05$); невротический синдром – у 7 ($14,0 \pm 4,9\%$) человек ($p < 0,05$); дискоординаторный – у 1 ($2,0 \pm 0,2\%$; $p=0,05$). При дальнейшем наблюдении к концу 1-го года лечения наблюдался регресс синдромов: цефалгический синдром определялся у 2 ($4,0 \pm 0,4\%$) человек ($p < 0,05$); вестибулярный – у 2 ($4,0 \pm 0,4\%$; $p < 0,01$); КН – у 1 ($2,0 \pm 0,2\%$; $p=0,001$); астенический – у 3 ($6,0 \pm 2,6\%$; $p < 0,001$); невротический – у 2 ($4,0 \pm 0,4\%$; $p < 0,001$). На 2-м году лечения выявлен только слабовыраженный астенический синдром у 1 пациента ($2,0 \pm 0,2\%$; $p < 0,001$).

Данные тестирования по MMSE на фоне лечения Ноопептом пациентов с ДЭИ, обусловленной ИАГ: до лечения – $26,5 \pm 0,2$ балла; через 6 мес – $27,5 \pm 0,3$ балла ($p=0,05$); через 1 год – $29,2 \pm 0,3$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $29,1 \pm 1,5$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $26,4 \pm 0,2$ балла.

Данные тестирования ЗС: до лечения – $6,2 \pm 0,2$ балла; через 6 мес – $7,3 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$); через 1 год – $9,5 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $9,2 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $6,5 \pm 0,2$ балла.



НООПЕПТ®

инновационный ноотроп пептидной структуры

www.noopept.ru

НООПЕПТ®

способствует улучшению памяти и внимания, а также защищает нейроны головного мозга от повреждений (при ишемии, гипоксии, травме)

- ✓ Влияет на 3 основные этапа памяти:
начальную обработку, сохранение и воспроизведение информации
- ✓ Обладает вегетостабилизирующим действием и нормализует сон
- ✓ Не вызывает эффекта психостимуляции

www.pharmstd.ru



НООПЕПТ®

таблетки 10 мг №50

ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА ВРАЧА

ОАО «Фармстандарт» ЗАО «ЛЕККО»
телефон: (492) 437 15 22

Данные теста РЧ: до лечения – $7,3 \pm 0,2$ балла; через 6 мес – $7,7 \pm 0,2$ балла; через 1 год – $9,8 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $9,8 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $7,5 \pm 0,2$ балла.

Динамика уровня тревоги по ШТ у больных с ДЭИ, обусловленной ИАГ, при лечении Ноопептом была следующей: до лечения средний уровень тревоги отмечался у 6 ($46,2 \pm 8,3\%$) больных, низкий – у 7 ($53,8 \pm 7,1\%$); через 6 мес – соответственно у 5 ($38,5 \pm 8,2\%$) и 4 ($30,7 \pm 6,5\%$) ($p = 0,001$) больных; через 1 год – средний уровень тревоги у 1 ($7,7 \pm 4,4\%$; $p < 0,001$) больного и низкий уровень тревоги у 1 ($7,6 \pm 3,7\%$; $p < 0,001$) больного. При дальнейшем наблюдении через 2 года симптомы тревоги не выявлялись. Данные об уровне тревоги в исследуемой группе сопоставляли с показателями контрольной группы, в которой средний уровень тревоги определялся у 6 ($50,0 \pm 14,4\%$) больных и низкий – у 6 ($50,0 \pm 14,4\%$) больных.

Динамика регресса частоты клинических проявлений у больных с ДЭИ на фоне лечения Ноопептом представлена на рис. 2. В этой группе через 6 мес отмечено снижение частоты выявления цефалгического синдрома, который определялся у 14 ($13,7 \pm 2,4\%$; $p < 0,001$) человек. Через 1 год наблюдения этот

показатель статистически достоверно снизился: цефалгический синдром выявлен у 5 ($4,9 \pm 1,9\%$) человек ($p < 0,001$); вестибулярный – у 7 ($6,8 \pm 3,0\%$; $p = 0,001$); синдром КН – у 7 ($6,8 \pm 3,0\%$; $p < 0,001$) человек; астенический – у 2 ($1,9 \pm 0,3\%$; $p < 0,05$); невротический – у 3 ($2,9 \pm 0,3\%$; $p < 0,05$); инсомнический – у 2 ($1,9 \pm 0,4\%$; $p = 0,05$); дискоординаторный – у 7 ($6,8 \pm 3,0\%$; $p < 0,001$). Наилучший результат отмечен к концу 2-го года наблюдения: астенический и инсомнический синдромы не выявлялись, цефалгический синдром отмечен у 2 ($1,9 \pm 0,4\%$) человек ($p < 0,001$); вестибулярный – у 2 ($1,9 \pm 0,4\%$; $p < 0,001$); КН – у 2 ($1,9 \pm 0,4\%$; $p < 0,001$); дискоординаторный – у 2 ($1,9 \pm 0,4\%$; $p < 0,001$); невротический – у 1 ($0,9 \pm 0,3\%$; $p = 0,001$).

Данные тестирования по MMSE на фоне лечения Ноопептом пациентов с ДЭИ, обусловленной ИАГ: до лечения – $25,20 \pm 0,05$ балла; через 6 мес – $25,70 \pm 0,05$ балла ($p < 0,01$); через 1 год – $27,0 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $28,50 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $25,40 \pm 0,06$ балла.

Данные теста ЗС: до лечения – $5,50 \pm 0,05$ балла; через 6 мес – $5,70 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$); через 1 год – $6,8 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $7,7 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $5,30 \pm 0,06$ балла.

Данные теста РЧ: до лечения – $6,80 \pm 0,05$ балла; через 6 мес – $7,40 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$); через 1 год – $8,30 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$); через 2 года – $8,60 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$); в контрольной группе – $6,40 \pm 0,06$ балла.

Динамика выявления тревоги по ШТ у больных с ДЭИ, обусловленной ИАГ, при лечении Ноопептом была такой: до лечения высокий уровень тревоги отмечался у 5 ($23,8 \pm 9,2\%$) больных, средний – у 12 ($57,1 \pm 10,8\%$), низкий – у 4 ($19,1 \pm 8,5\%$); через 6 мес – соответственно у 4 ($19,1 \pm 8,5\%$); 9 ($42,9 \pm 10,8\%$) и 2 ($9,5 \pm 6,3\%$); через 1 год высокий уровень тревоги выявлен у 1 ($4,8 \pm 4,6\%$) человека; средний уровень – у 3 ($14,2 \pm 7,6\%$; $p = 0,01$), а низкий уровень тревоги выявлен у 2 ($9,5 \pm 6,3\%$). При дальнейшем наблюдении через 2 года симптомы тревоги в данной группе не выявлялись. Данные об уровне тревоги в исследуемой группе сопоставляли с показателями контрольной группы, в которой высокий уровень тревоги выявлен у 4 ($25,0 \pm 10,8\%$) больных, средний – у 9 ($56,2 \pm 12,4\%$), низкий – у 3 ($18,8 \pm 9,7\%$).

Лечение пациентов с ХЦВЗ должно быть направлено на предупреждение дальнейшего повреждения вещества мозга и мозговых сосудов, улучшение и стабилизацию когнитив-

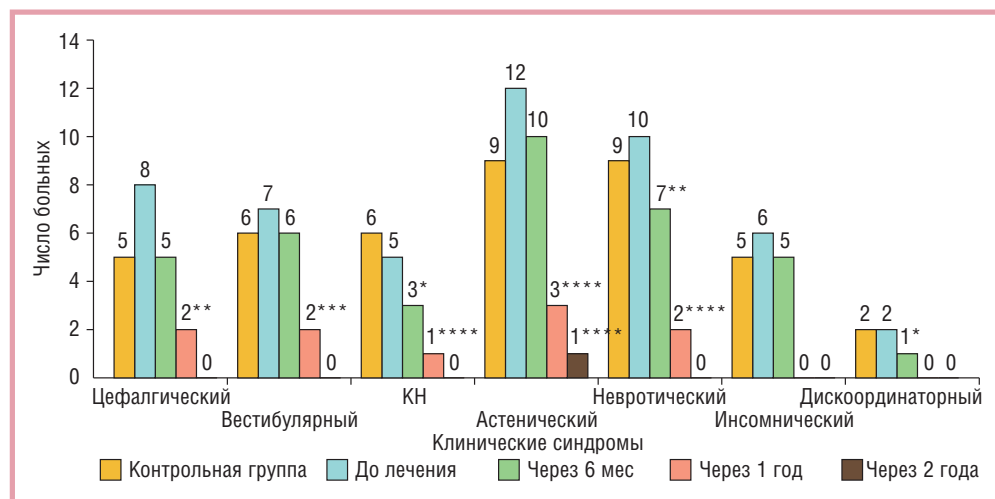


Рис. 1. Динамика регресса частоты клинических проявлений у больных с ДЭИ на фоне лечения Ноопептом; здесь и на рис. 2: * $p < 0,05$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

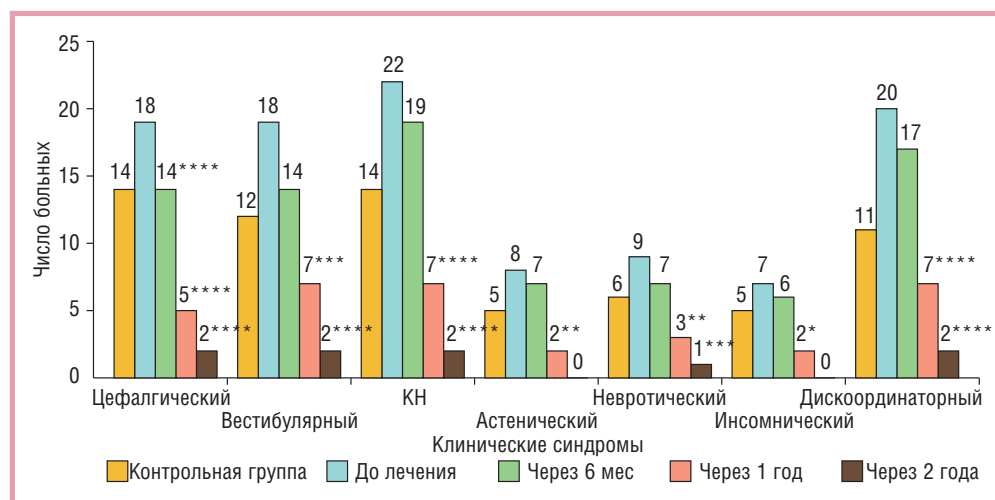


Рис. 2. Динамика регресса частоты клинических проявлений у больных с ДЭИ на фоне лечения Ноопептом

ных функций, коррекцию других клинических проявлений заболевания. По современным представлениям, нейропептиды — эндогенные регуляторы функций центральной нервной системы — имеют существенные преимущества. Они обладают высокой физиологической активностью, во много раз превышающей таковую у непептидных соединений. Наличие нескольких лигандных групп связывания для различных клеточных рецепторов и способность к модуляции экспрессии сигнальных молекул обеспечивает полифункциональность нейропептидов, а короткое время действия — минимум побочных эффектов. К тому же нейропептиды легко преодолевают гематоэнцефалический барьер. Таким образом, применение нейропептидов, действующих на различные звенья патогенеза, является одним из эффективных современных методов нейропротекции.

Исследование выявило влияние ИАГ на формировании ХЦВЗ уже в молодом возрасте. Анамнез и субъективные жалобы больных подтверждены результатами нейропсихологического тестирования, данными УЗДГ сосудов головного мозга.

Согласно данным исследования, препарат Ноопепт эффективен в лечении больных с ХЦВЗ, обусловленными ИАГ. Он корректирует клинические проявления этой патологии и способствует профилактике хронических сосудистых заболеваний головного мозга, что открывает новые перспективы в терапии этих пациентов.

Больные с ИАГ составляют группу риска по развитию ХЦВЗ, в связи с чем целесообразно начинать их лечение как можно раньше, когда эффективность медикаментозной терапии максимальна.

Литература

1. Атаян А.С., Фоякин А.Ф., Машин В.В. Идиопатическая артериальная гипотензия: неврологические нарушения, церебральная и центральная гемодинамика // Анн. клин. и эксперим. неврол. — 2011; 2: 4–7.
2. Бородулина Т.А., Панков Д.Д. Церебральные дисциркуляции у подростков, страдающих артериальной гипотензией // Рос. педиат. журн. — 2005; 2: 15–6.
3. Дамулин И.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Журн. неврол. и психиат. — 2009; 1: 70–5.
4. Живолупов С.А., Пуляткина О.В., Самарцев И.Н. Современная стратегия дифференциальной диагностики и патогенетического лечения цереброваскулярных заболеваний // Consilium Medicum. — 2012; 1: 10–4.
5. Захаров В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения // Consilium Medicum. — 2011; 13 (2): 98–106.
6. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Комплексное лечение хронических сосудистых заболеваний головного мозга (дисциркуляторных энцефалопатий) // Consilium Medicum. — 2011; 1: 5–8.
7. Панченко Е.Н. Нервная патология при артериальной гипотонии / Киев, 1978; 155 с.
8. Путилина М.В., Натарева Э.Б. Особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения у пациентов молодого возраста // Рос. мед. вести. — 2002; 1: 41–3.
9. Фоякин А.В., Гераскина Л.А. Сосудистые когнитивные расстройства и деменция: факторы риска и подходы к терапии // Consilium Medicum. — 2011; 13 (2): 81–5.

CORRECTION OF CEREBROVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC ARTERIAL HYPOTENSION

I. Dolgova, MD Associate Professor; Professor A. Starodubtsev, MD Stavropol State Medical University

Chronic cerebrovascular disease that had developed in the presence of idiopathic arterial hypotension was studied in young people. Its leading clinical syndromes were revealed; the prevalence and severity of cognitive impairments and psychoemotional disorders were determined. Noopept demonstrated its high efficacy in treating chronic cerebrovascular disease.

Key words: arterial hypotension, chronic cerebrovascular disease, Noopept.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ ПРИ ЭСТРОГЕНОДЕФИЦИТЕ

М. Хабибулина, кандидат медицинских наук
Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Екатеринбургский консультативно-диагностический центр
E-mail: mmk@edc.nexcom.ru

У женщин с артериальной гипертензией (АГ) и дислипидемией при гипострогемии в пременопаузе обнаружены выраженные структурно-функциональные изменения сосудистой стенки в виде атеросклероза. Лучшие результаты получены в группе, в которой применялась комбинированная терапия Мертенилом (розувастатин) и Диротоном (лизиноприл).

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пременопауза, общая сонная артерия, Мертенил, Диротон.

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых распространенных патологий, внося весомый вклад в структуру инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [18]. На течение АГ оказывают влияние как внешние, так внутренние факторы. Часто АГ ассоциируется с метаболическими нарушениями: ожирением, в том числе абдоминальным, нарушением толерантности к глюкозе, дислипидемией и др. [6]. По данным литературы, при АГ чаще встречается дислипидемия с повышением уровня атерогенных фракций липидов [13].

В последние годы в ряде исследований подтверждена прогностическая ценность жесткости артерий в разных когортах больных.

Спектр сосудистых нарушений при АГ включает неатероматозную перестройку артерий, сопровождающуюся нарушением их демпфирующей функции с изменением постнагрузки левого желудочка (ЛЖ) и коронарной перфузии. В настоящее время рассматривается концепция об эндотелиальной дисфункции (ЭД), регулирующей равновесие таких процессов, как поддержание тонуса и проницаемости сосудов, гемостаза и местного воспаления, в том числе при АГ [11, 14, 29]. По-видимому, ЭД способствует развитию и прогрессированию факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Ряд исследователей полагают, что снижение функции эндотелия предопределяет неблагоприятный исход сердечно-сосудистой патологии [2, 7, 17, 28]. Сердечно-сосудистые осложнения — результат различных взаимосвязанных процессов (атеросклероза и атеросклероза, эндотелиальной дисфункции) и, как показали многочисленные исследования, структурно-функциональной перестройки отделов сердца, также способной ухудшить прогноз течения основ-