

2. Александров А.А., Розанов В.Б. // Рос. педиатрич. журнал. – 1998. – № 2. – С. 16–19.
3. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Смагина Л.В. // Проблемы эндокринологии. – 2005. – № 1. – С. 34–40.
4. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. – М.: Медпрактика. – 2002. – 128 с.
5. Гриневич В.Б., Ласый В.П. // Вестн. Санкт-Петербургской гос. мед. академии им. И.И. Мечникова. – 2002. – № 3. – С. 95–101.
6. Леонтьева И.В., Агапитов Л.И. // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2000. – № 2. – С. 32–38.
7. Леонтьева И.В., Морено И.Г., Неудахин Е.В. // Человек и лекарство: тез. докладов IX Рос. национальн. конгресса. – М., 2002. – С. 261.
8. Морено И.Г., Неудахин Е.В., Леонтьева И.В. и др. // Детская кардиология 2002: тез. Всерос. конгресса. – М. – 2002. – С. 204–205.
9. Сидорова Н.В., Белькин Ю.А. Мониторирование артериального давления: учеб. пособ. для врачей. – М., 2001. – 43 с.
10. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А. и др. Ожирение у подростков. – СПб: ЭЛБИ-СПб. – 2003. – 216 с.
11. Ушакова С.А., Кретирина Л.Н., Халидулли-на О.Ю. и др. // Детская кардиология 2004: тез. Все-рос. конгресса. – М., 2004. – С. 27–28.
12. Халанский А.Н., Волчанский Е.И. // Современ-ные технологии в педиатрии и детской хирургии: ма-тер. I Всерос. конгресса. – М., 2002. – С. 112.
13. Цыгин А.Н. // Рос. мед. журнал. – 1998. – № 9. – С. 574–578.
14. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический син-дром. – М., 2004. – 168 с.
15. Juhan-Vague I., Alessi M.C. // Trombosis and Haemostasis. – 1997. – Vol. 5, № 1. – P. 656–660.
16. Reavenh G.M. // Diabetes. – 1988. – Vol. 37. – P. 1595–1601.
17. Witte M., Froese C., Luders S., et al. // Nieren- und Hochdruckkrankheiten. – 1996. – Bd. 25. – S. 214–216.
18. Middeke M. // Nieren- und Hochdruckkrankheiten. – 1994. – Bd. 8. – S. 368–387.
19. Matthevs D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., et al. // Diabetologia. – 1985. – Vol. 5. – P. 93–98.
20. Report of the Second Task Force on Blood Pres- sure Control Children – 1987 // Pediatrics. – 1987. – Vol. 79, № 1. – P. 19.

УДК 616.12–008.46–002.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.А. Платонова

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ

SPECIFICS OF TREATMENT OF CHRONIC CARDIAC FAILURE IN AGED PATIENTS

N.A. Platonova

Abstract. Inclusion of betimil into the basic therapy of patients with chronic cardiac failure improves quality of life of aged patients.

Key words: cardiac failure, coronary disease, betimil, riboxin.

На съезде кардиологов РФ в октябре 2003 г. хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представлена как заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке, часто с задержкой жидкости в организме [1]. По данным Фремингемского исследования установлено, что заболеваемость ХСН увеличивается с возрастом: ежегодно развивается у 1 % людей старше 60 лет и почти у 10 % старше 75 лет. Тенденция к "постарению" населения в последнее время приводит к еще большей распространенности ХСН [2]. У больных пожилого возраста нередко ХСН носит мультифакториальный характер, этой группе больных свойственна полиморбидность [3]. Следует учитывать и возрас-

тные изменения миокарда (гипертрофия, фиброз, отложения амилоида), формирующие "старческое сердце", которые снижают его способность к расслаблению в диастолу, а наслоение заболеваний различных органов и систем уменьшает сократительную способность миокарда [4]. Снижение функциональных резервов миокарда у пожилых делает их более уязвимыми к развитию сердечной недостаточности в различных клинических ситуациях (анемия, тяжелые инфекции, гипергидратация, артериальная гипертония и др.) [5].

Целью нашего исследования является изучение лечения ХСН у больных II–III ФК СН по классификации NYHA на фоне основной терапии ХСН (бета-адреноблокаторы, и-АПФ, диуретики, аспирин) в сочетании с бемитилом в дозе 0,50 мг/сут. Оценка проводилась по клинико-лабораторным

показателям (коагулограмма, ЭхоКГ, КФК, ЛДГ, нагрузочная проба – тест 6-минутной ходьбы; качество жизни оценивалось по Миннесотскому опроснику; вариабельность ритма сердца). Обследовано 50 больных ишемической болезнью сердца с ХСН. У 31 в анамнезе имелся перенесенный инфаркт миокарда давностью не менее 1 г., 45 больных страдали стенокардией напряжения различного ФК. Сочетание с гипертонической болезнью отмечено у 36 пациентов. Средний возраст больных составил $67,7 \pm 6,8$ лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

После рандомизации 24 больных получали базисную терапию ХСН, 26 больным к базисной терапии добавлялся бемитил. Оценка проводилась через 10 дней на фоне терапии эналаприлом в дозе 5–20 мг/сут., эгилоком – 25–50 мг/сут., аспирином – 0,125 мг/сут., 8 больных получали фуросемид в дозе 20–40 мг/сут., в контрольной группе, к группе сравнения добавлялся бемитил в дозе 0,50 мг/сут.

Результаты обработаны с использованием *t*-критерия Стьюдента.

На фоне терапии у большинства больных отмечалась положительная клиническая динамика. Достоверно возросла толерантность к физической нагрузке, по данным теста 6-минутной ходьбы, в группе, принимавшей дополнительно

бемитил, – у больных с перенесенным инфарктом миокарда – на 40 %, в контрольной группе этот показатель увеличился на 12,2 %; у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ИБС без перенесенного инфаркта миокарда на фоне терапии бемитилом, по данным теста 6-минутной ходьбы, возросла толерантность – на 47 %, в контрольной группе на 21,4 %. Также отмечалась тенденция к повышению качества жизни во всех описанных группах.

Таким образом, добавление к базисной терапии бемитила повышает, по сравнению с контрольной группой, толерантность к физической нагрузке, что благотворно сказывается на качестве жизни пожилых пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН // Сердеч. недостаточность. – 2003. – Т. 4. – № 6. – С. 276.
2. Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Акимов О.С. и др. // Сердеч. недостаточность. – 2004. – Т. 5. – №1. – С. 9.
3. Терещенко С.Н., Демидова И.В. // Сердце. – 2002. – Т. 1. – № 5. – С. 251.
4. Лазебник Л.Б., Постникова Л.С. // Сердеч. недостаточность. – 2000. – Т. 2. – № 3. – С. 224.
5. Арутюнов Г.П. // Сердеч. недостаточность. – 2003. – Т. 4. – № 5. – С. 224.

УДК 616.12–008.46–002.2–085.224

ФАРМАКОДИНАМИКА БЕМИТИЛА И РИБОКСИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.А. Платонова

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ

PHARMACODYNAMICS OF BETIMIL AND RIBOXIN IN PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC FAILURE

N.A. Platonova

Abstract. Evidence-based approach has proved that inclusion of betimil into the treatment of patients with cardiac failure decreases the functional class of the disease more effectively than riboxin.

Key words: heart failure, coronary disease, betimil, riboxin.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) как исход многих сердечно-сосудистых заболеваний представляет собой важнейшую проблему кардиологии. Распространенность ее продолжает увеличиваться [1, 3], что определяет необходимость поиска новых способов лечения [3]. Последнее время активно изучается роль метаболической терапии как дополнения к основному лечению [2, 3, 4, 5].

Целью нашего исследования является изучение лечения ХСН у больных II–III ФК СН по клас-

сификации NYHA на фоне основной терапии ХСН (бета-адреноблокаторы, и-АПФ, диуретики, аспирин) в сочетании с бемитилом в дозе 0,50 мг/сут. и в сочетании с рибоксином в дозе 0,6 г/сут. Оценка проводилась по клинико-лабораторным показателям (коагулограмма, ЭхоКГ, КФК, ЛДГ, нагрузочная проба – тест 6-минутной ходьбы; качество жизни оценивалось по Миннесотскому опроснику качества жизни; вариабельность ритма сердца). Обследовано 37 больных ишемической болезнью сердца с ХСН. У 23 в анамнезе имелся