

**Висновок.** Встановлено, що люди похилого віку доволі часто страждають від відчуття сухості порожнини рота та зменшення слиновиділення, що необхідно враховувати при проведенні протезування зубів для запобігання його ускладненням.

## ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПИРОНОЛАКТОНОМ

Л. М. Ена, Л. В. Бевзюк

ГУ "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", Киев

**Цель** — повысить эффективность лечения пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) и фибрилляцией предсердий (ФП) на основании изучения влияния антагониста альдостероновых рецепторов спиронолактона на структурно-функциональное состояние сердца.

**Материалы и методы.** Обследованы 105 пациентов пожилого возраста ( $70,1 \pm 0,7$  года). Из них: с неосложненной ГБ — 30 человек, с ГБ и персистирующей формой ФП (персФП) — 39 человек и 36 — с ГБ и постоянной формой ФП (постФП). Пациенты с ФП были разделены на группы, дополнительно к стандартной терапии им назначали спиронолактон в дозе 25 мг/сут. Длительность лечения составляла 12 мес. Изучали структуру и функцию сердца методом доплер-эхокардиографии.

**Результаты.** Стандартная терапия у пациентов с ФП не сопровождалась достоверными изменениями со стороны морфофункционального состояния миокарда. При дополнительном назначении спиронолактона наблюдались выраженный регресс гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и уменьшение дилатации левого предсердия (ЛП): индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) снижался на  $17,9 \pm 7,4$  г/м<sup>2</sup> и  $25,5 \pm 9,1$  г/м<sup>2</sup>, а размеры ЛП — на  $0,3 \pm 0,1$  и  $0,5 \pm 0,1$  см соответственно при персистирующей и постоянной ФП. Наблюдалось улучшение систолической функции (фракция выброса увеличилась на 10 % при персФП и 8 % при постФП). Также отмечается улучшение показателей диастолической функции: показатель E/E' при персФП снизился с  $11,5 \pm 1,2$  до  $9,67 \pm 0,8$  усл. ед. и при постФП с  $9,9 \pm 0,7$  до  $8,9 \pm 0,5$  усл. ед. Снижение давления в легочной артерии на  $6,45 \pm 0,5$  мм рт. ст. при персФП и  $6,45 \pm 0,2$  мм рт. ст. при постФП ( $p < 0,05$ ) сопровождалось уменьшением размеров правого желудочка с  $3,2 \pm 0,5$  до  $3,08 \pm 0,6$  см при постФП и до практически нормальных значений при персФП ( $2,9 \pm 0,3$  см).

**Вывод.** Дополнительное назначение спиронолактона приводит к выраженной регрессии ГЛЖ, улучшению его систолической и диастолической функции, уменьшению выраженности легочной гипертензии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л. М. Ена, А. М. Христофорова

ГУ "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", Киев

Улучшение энергетических процессов в миокарде является одним из возможных путей оптимизации лечения больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

**Цель** — оценить эффективность препарата метаболического действия триметазидина у пациентов пожилого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материалы и методы.** 60 пациентов (средний возраст  $68 \pm 1,2$  года) с ГБ и ИБС (стабильная стенокардия II–III ФК), которые получали стандартную терапию, имели клинические признаки стенокардии и стабильное артериальное давление (АД), были рандомизированы в две группы. Контрольная группа (30 больных) продолжила стандартное лечение; основная группа (30 пациентов) дополнительно получала триметазидин (ТМЗ) в дозе 60 мг/сут. Толерантность к физической нагрузке

(велозргометрический тест), офисное и суточное АД, вариабельность сердечного ритма (BCP), скорость пульсовой волны (СПВ), эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) и уровень стабильных метаболитов оксида азота (NO) в крови оценивали до и через 3 мес лечения.

**Результаты.** В группе ТМЗ значимо, по сравнению с контрольной группой, уменьшилось количество приступов стенокардии и принятого нитроглицерина (на 44,2 и 54,5 % против 9 и 27,7 % соответственно), возросли длительность и мощность пороговой нагрузки (на  $64 \pm 15,5$  и  $9,5 \pm 2,3$  Вт;  $p < 0,01$ ), достоверно снизилось офисное диастолическое АД (на  $3,5 \pm 1,2$  мм рт. ст.), увеличилась степень ночного снижения и замедлилась скорость утреннего подъема АД, сократилось количество Night-peakers ( $\chi^2 = 35$ ;  $p < 0,01$ ). Назначение ТМЗ улучшало функциональное состояние сосудистого эндотелия, упруговязкие свойства артерий и BCP. В группе ТМЗ по сравнению с контрольной группой наблюдался рост ЭЗВД (на  $3,74 \pm 1,1$  %;  $p = 0,043$ ) и уровня стабильных метаболитов NO ( $p = 0,039$ ), отмечалось снижение СПВ по сосудам мышечного типа ( $p = 0,02$ ). Улучшились показатели BCP: увеличилась общая вариабельность сердечного ритма (на 12 %;  $p < 0,05$ ), уменьшились симпатические влияния на сердечный ритм. В построенной модели пошаговой регрессии улучшение функции эндотелия и связанных с ней изменений упруговязких характеристик артерий и вегетативной регуляции было ведущим звеном в реализации дополнительного гипотензивного действия и повышения антиангинального и антиишемического эффекта терапии с использованием ТМЗ ( $F = (6,22) = 3,7$ ;  $p = 0,005$ ).

**Выводы.** Полиmodalность влияния метаболической терапии с включением ТМЗ определяет целесообразность его использования в составе стандартной терапии для оптимизации лечения пациентов пожилого возраста с ИБС в сочетании с ГБ.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КРАТАЛ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДИАБЕТИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ОТКРЫТОГО РАΝДОМИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО СРАВНИТЕЛЬНОГО ПАРАЛЛЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Л. М. Ена<sup>1</sup>, В.Б. Шатило<sup>1</sup>, М. А. Орынчак<sup>2,3</sup>, Л. В. Глушко<sup>2,3</sup>, И. П. Вакалюк<sup>2,4</sup>, И. М. Ширенкова<sup>5</sup>, Т. И. Мазниченко<sup>5</sup>, А. Б. Огурцов<sup>5</sup>, И. А. Антонюк-Щеглова<sup>1</sup>, С. С. Наскалова<sup>1</sup>, В. П. Чижова<sup>1</sup>, Н. С. Наумчук<sup>1</sup>, О. Г. Гаркавенко<sup>1</sup>, И. В. Мудрук<sup>1</sup>, Т. В. Лисенко<sup>1</sup>, Е. В. Купраш<sup>1</sup>, И. И. Вакалюк<sup>2,3</sup>, О. С. Човганюк<sup>2,3</sup>, Н. Р. Артеменко<sup>2,3</sup>, Л. В. Лосюк<sup>2,3</sup>, С. В. Федоров<sup>2,3</sup>, О.С. Вербовская<sup>2,3</sup>, И. В. Козлова<sup>2,3</sup>, П. П. Звонарь<sup>2,4</sup>, Т. П. Мергель<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины», Киев

<sup>2</sup>Ивано-Франковский национальный медицинский университет

<sup>3</sup>Ивано-Франковская центральная городская клиническая больница

<sup>4</sup>Ивано-Франковский областной клинический кардиологический диспансер

<sup>5</sup>ПАО НПЦ «Борщаговский ХФЗ», Киев

Предиабетические нарушения углеводного обмена являются главными факторами риска развития сахарного диабета (СД) 2-го типа. Кроме того, нарушенная толерантность к глюкозе выступает прогностическим фактором повышенного риска смерти от любых причин. По результатам мета-регрессионного анализа установлено, что повышенный уровень глюкозы натощак ( $\geq 6,1$  ммоль/л) и через 2 ч после проведения глюкозотолерантного теста (ГТТ  $\geq 7,8$  ммоль/л) повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Представленные выше данные обосновывают необходимость поиска средств коррекции предиабетических нарушений углеводного обмена, применение которых в медицинской практике позволило бы предупредить развитие СД 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний.

Ранее при СД 2-го типа было доказано преимущество комплексной терапии с включением в схему тауринсодержащего препарата Кратал по сравнению с базовой сахароснижающей терапией по влиянию на показатели гликемии натощак, постпрандиальной гликемии и клинических симптомов СД 2-го типа. Высказано предположение, что при приеме препарата Кратал у больных с предиабетическими нарушениями углеводного обмена можно ожидать подобного положительного терапевтического эффекта.

**Цель** — изучить эффективность препарата Кратал в коррекции показателей углеводного обмена у пациентов с предиабетическими нарушениями углеводного обмена.

**Материалы и методы.** Данное исследование проведено в соответствии со стандартами Надлежащей клинической практики (GCP), принципами Хельсинской Декларации и положениями действу-