

Метою нашої роботи було дослідити ефективність препарату рослинного походження, що має властивості інгібітора циклооксигенази-2, — Зинаксину при ІХС з супутнім хронічним перикардитом. Групу дослідження (I група) склали 20 хворих – 9 чоловіків (45%) та 11 жінок (65%) віком 45-60 років з діагнозом ІХС: стенокардія напруги стабільна, ІІ ФК, СН I-IIa та наявністю ехографічних ознак хронічного ексудативно-адгезивного перикардиту. Контрольна група складалася з 12 здорових осіб. Хворі групи I приймали Зинаксин по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 2 місяців на тлі базисної терапії стенокардії. При попередньому дослідженні у хворих I групи визначено у крові підвищення швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ) ( $12,5 \pm 4,5$  мм/год проти  $7,5 \pm 2,5$  мм/год у контрольній групі), тенденцію до збільшення кількості лейкоцитів ( $7,4 \pm 0,71 \cdot 10^9$ /л проти  $6,8 \pm 0,32 \cdot 10^9$ /л), вмісту С-реактивного білку (СРБ) ( $3,6 \pm 0,48$  мг/л проти  $1,6 \pm 0,31$  мг/л) ( $p \leq 0,05$ ), підвищення вмісту холестерину (ХС) ( $p \leq 0,05$ ); відмічалися часті екстрасистоли (за даними холтеровського моніторингу), збільшення об'єму рідини у перикардіальній порожнині. Застосування Зинаксину викликало зменшення частоти та тривалості кардіалгій, мало вірогідний позитивний вплив на рівень ХС крові ( $4,7 \pm 0,23$  проти  $5,4 \pm 0,25$  ммоль/л до лікування) та СРБ ( $p \leq 0,05$ ), сприяло значному зменшенню частоти екстрасистол, зменшенню об'єму рідини у перикардіальній порожнині (з  $58 \pm 12,5$  мл перед лікуванням до  $41 \pm 6,5$  мл) (визначення за Teichgolz). Отримані дані обґрунтовують доцільність подальшого дослідження ефективності Зинаксину з перспективою застосування у кардіології.

[УДК 616.12-008.331.1-085.22:616.379-008.64](#)

### **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІПРИЛА ТА КАНДЕСАРА В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ**

**Ярмола Т.І., Ткаченко Л.А., Гуцаленко О.О.**

Кафедра госпітальної терапії з професійними захворюваннями

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Діабетична нефропатія (ДН) – неімульне дифузне прогресуюче ураження нирок, що розвивається на фоні цукрового діабету I та II типу. Хворі на ДН займають перше місце серед пацієнтів, що лікуються гемо- та перитонеальним діалізом в усіх країнах, і в Україні також.

Лікування ДН є актуальною проблемою сьогодення. Прогресування розвитку мікро- та макроангіопатій при цукровому діабеті змушує хворих відвідувати ряд вузьких спеціалістів: офтальмологів, судинних хірургів, кардіологів, і до нефрологів вони приходять вже з анемією і хронічною нирковою недостатністю (ХНН), коли будь-яке лікування вже не може затримувати швидке прогресування ниркової недостатності. При цукровому діабеті ураження судин нирок розвивається в усіх відділах нефрону від капілярів клубочка та каналців до артеріол і артерій усіх калібрів.

У процесі прогресування патологічного процесу в нирках і ХНН частота і значення АГ зростають. Багаточисельними клінічними дослідженнями доведено тісний зв'язок між рівнем артеріального тиску (АТ), зниженням клубочкової фільтрації (КФ) і прогресуванням різних нефропатій. На сьогодні існує стратегія обов'язкового ретельного контролю артеріального тиску при захворюваннях нирок, що відображено в рекомендаціях медичних асоціацій кардіологів і нефрологів.

ДН розвивається зазвичай через 10-15 років після початку цукрового діабету й швидко призводить до розвитку ХНН. ДН має місце у 28-40% пацієнтів на цукровий діабет I типу і приблизно у 10% хворих – II типу. Загальна доля хворих на цукровий діабет серед усіх пацієнтів з ХНН коливається від 21,7 до 32,4%.

Темпи прогресування ДН мають більшу швидкість при наявності АГ та вираженої протеїнурії. У хворих на цукровий діабет наявність патологічних змін в сечі тісно пов'язано з наявністю та тривалістю АГ, а швидкість КФ з протеїнурією.

Препаратами вибору при хронічних захворюваннях нирок у лікуванні АГ є інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) і блокатори рецепторів ангіотензину-II (БРА), окремі препарати групи блокаторів кальцієвих каналів (наприклад, ділтіазем), некалійотримуючі діуретики.

ІАПФ – клас лікарських засобів, що сприятливо впливають на функцію нирок. У хворих з ДН і протеїнурією терапія цими препаратами дозволяє запобігти прогресуванню ниркової дисфункції, тим самим зменшити показники загальної смертності. Також численними дослідженнями доведено, що тривалий прийом ІАПФ знижує темпи прогресування ХНН і збільшує тривалість додіалізного періоду на 3-5 років.

При вивченні дії блокаторів ангіотензину-II експериментально та клінічно було доведено, що як самостійно, так і в сполученні з ІАПФ, вони мають антигіпертензивним і антипротеїнуричним ефектом, здійснюючи, таким чином, кардіо- і ренопротекцію. Крім того, БРА сприяють запобіганню фіброзу нир-

кової паренхіми. Завдяки високій вибірковості дії, відсутності здатності до накопичення брадикініну, БАР відрізняються від ІАПФ вищою безпечністю.

Метою даного дослідження було вивчення впливу ліприлу і кандесару на лікування хворих на ДН.

Нами проведено обстеження 26 хворих (12 чоловіків і 14 жінок) у віці від 24 до 58 років. У 18 хворих мав місце інсулінзалежний цукровий діабет і у 8 хворих – інсуліннезалежний. У 16 хворих мала місце ХНН II ступеню, у 10 хворих – ХНН I ступеню. Середня тривалість цукрового діабету до початку даного дослідження  $11,8 \pm 2,6$  року. У всіх хворих цукровий діабет був в субкомпенсованій фазі.

Хворі розподілені на дві групи. Перша (14 хворих) отримували ліприл (Борщагівського хімзаводу) в дозі 10 мг/добу. Друга група (12 хворих) отримували кандесар (Rapbaxi) в дозі 8 мг/добу разовим прийомом впродовж трьох тижнів. Систолічний артеріальний тиск (САТ) до лікування у I групі був  $168 \pm 6,71$  мм рт ст., у II групі  $172,4 \pm 5,6$  мм рт ст. Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) відповідно  $100,5 \pm 2,4$  та  $102,1 \pm 2,8$  мм рт ст. Добовий діурез  $1056 \pm 61,8$  та  $1120,5 \pm 52,4$  мл/добу. Добова протеїнурія  $2,44 \pm 0,48$  та  $2,38 \pm 0,24$  г/л. Загальний білок крові  $61,24 \pm 2,153$  та  $60,0 \pm 1,248$  г/л; креатинін крові  $243,8 \pm 7,307$  та  $281,3 \pm 16,40$  мкмоль/л, сечовина крові  $12,08 \pm 0,680$  та  $13,06 \pm 0,714$  ммоль/л. КФ відповідно  $42,51 \pm 3,21$  та  $44,6 \pm 4,2$  мл/хв.

Через три тижні лікування в обох групах відбулося достовірне зниження САТ та ДАТ, нормалізація АТ ( $>140/90$  мм рт ст) досягнута в обох групах у інсулін незалежних хворих. У жодного хворого на інсулінзалежний цукровий діабет зниження АТ  $>140/90$  мм рт ст досягнуто не було. У I групі САТ знизився до  $152,4 \pm 4,8$  мм рт ст., у II групі – до  $158,6 \pm 4,2$  мм рт ст. ДАТ відповідно в I групі до  $96,4 \pm 3,2$  та в II – до  $92,6 \pm 3,6$  мм рт ст.

Добова протеїнурія знизилась в I групі до  $1,6 \pm 0,81$  та в II групі до  $1,4 \pm 0,360$  г/л. Креатинін крові знизився в обох групах на 30%.

Через 3 та 6 місяців в обох групах відмічалось подальше достовірне зниження САТ та ДАТ, але більш виваженіше у групі хворих, що приймали кандесар.

Таким чином, використання ліприлу і кандесару у хворих на діабетичну нефропатію ефективно для лікування артеріальної гіпертензії. Обидва препарати мають нефропротекторну дію. Відмічено кращий терапевтичний ефект застосування ліприлу та кандесару у хворих на цукровий діабет I типу.