

Вариабельность артериального давления и состояние вегетативного гомеостаза у больных артериальной гипертензией на фоне приема Неотенза

Украина занимает первое место в Европе по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно вследствие кардиоваскулярной патологии умирают более 500 тыс. украинцев, то есть приблизительно 1370 человек ежедневно. По данным Государственной службы статистики Украины, в 2013 г. в стране 66% случаев летальных исходов были обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения в Украине составляет почти 35%. У лиц с АГ в 3-4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в 7 раз чаще – инсульт. Существенного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний можно достичь путем влияния на артериальное давление (АД). В частности, снижение систолического АД на 10 мм рт. ст. уменьшает риск летального исхода от ИБС на 30%, инсультов – на 40%.

Особую значимость в структуре АГ имеют ее ранние формы, распространенность которых среди людей трудоспособного возраста составляет 65%. Необходимость выявления заболевания на ранних этапах развития

не вызывает сомнения, однако это сопряжено с определенными трудностями. Пациенты с неосложненной АГ крайне редко обращаются за медицинской помощью именно по поводу повышенного АД. Подъемы АД в дебюте заболевания часто имеют эпизодический и разноуровневый характер, что затрудняет практический подбор медикаментозной схемы лечения. Даже пациенты с подтвержденным диагнозом, не ощущая гипертензии, имеют низкую приверженность к лечению.

Важнейшую роль в развитии АГ играет вегетативная нервная система. По данным разных исследований, от 30 до 90% больных АГ имеют нарушения вегетативной регуляции как функционального, так и органического

характера. Особенно характерна для пациентов с АГ гиперактивация симпатического отдела вегетативной нервной системы. Доказано, что увеличение симпатической активности может служить пусковым моментом для повышения АД и у экспериментальных животных, и у людей, а также вносить значительный вклад в последующее структурное ремоделирование сердечно-сосудистой системы и развитие сопутствующих метаболических нарушений (инсулинорезистентности, гиперлипидемии). Преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы сопровождается усиленным образованием свободных радикалов, т. е. окислительным стрессом, что также вносит свой вклад в поражение органов-мишеней. Активация свободнорадикального окисления негативно влияет на синтез простагландинов, окисление катехоламинов, способствует нарушению регуляции АД и прогрессированию гипертонической болезни. Одной из наиболее вероятных причин повышения симпатического тонуса представляется нарушение регуляторных механизмов в центральной нервной системе, особенно в продолговатом мозге, откуда сигналы поступают в гипоталамус и лимбическую систему. В экспериментальных исследованиях выявлена связь активации данных структур с повышением периферического тонуса симпатической нервной системы. Больные АГ, у которых отмечаются нарушения вегетативного гомеостаза, чаще имеют высокую вариабельность АД и, как правило, более выраженную клиническую симптоматику: отмечают ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, головные боли, головокружение. Большое количество пациентов как с АГ, так и с часто предшествующей ей нейроциркуляторной дистонией отмечают повышенную метеочувствительность – максимальное проявление симптомов при изменении погодных условий и сменах сезонов, особенно при колебаниях атмосферного давления, изменениях температуры воздуха, влажности, скорости ветра. Феномен метеозависимости (метеочувствительности, метеопатии) связан с тем, что факторы окружающей среды приводят к изменениям внутренней среды организма человека. Индикаторами изменений в окружающей среде являются барорецепторы кровеносных сосудов, слизистых оболочек, внутренних органов. Поддержание постоянства внутренней среды организма обеспечивают адаптационные реакции, состоятельность которых у больных АГ, как правило, недостаточна вследствие нарушения взаимосвязей между продолговатым мозгом, гипоталамусом и лимбической системой, регулирующих гомеостаз.

Лечение такой категории пациентов, помимо назначения антигипертензивной терапии, обычно включает дополнительные методы, направленные на уменьшение субъективной симптоматики. В этой связи определенные преимущества, особенно на начальных стадиях АГ, могут иметь созданные на основе стандартизированной рациональной комбинации экстрактов лекарственных растений препараты, которые обладают комплексным антигипертензивным и седативным действием, улучшают состояние вегетативной нервной системы, в значительной степени уменьшая явления метеочувствительности. Одним из таких средств является диетическая добавка Неотенз (ООО «Универсальное Агентство Про-Фарма»).

Целью настоящего исследования было изучить клинический статус, состояние вегетативного гомеостаза, вариабельность АД, показатели сердечного ритма, про- и антиоксидантных систем у больных с АГ I ст. в динамике комплексной терапии с включением Неотенза.



М.Н. Кочуева



А.Н. Корж

Материалы и методы

Нами обследовано 50 пациентов с эссенциальной АГ I ст., из них 45 мужчин и 5 женщин. Средний возраст больных составил 38±3,4 года, длительность АГ – менее 3 лет. Наличие ИБС, сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности, органических заболеваний нервной системы и внутренних органов были критериями исключения из исследования. Верификацию диагноза АГ проводили согласно клиническим рекомендациям Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 года.

Дизайн исследования – открытое сравнительное в параллельных группах без плацебо-контроля. До включения в исследование регулярной антигипертензивной терапии никто из пациентов не получал. Соответственно типу лечебного вмешательства больные были разделены на 2 группы. Пациентам 1-й группы (n=18) назначалась стандартная базисная терапия, включавшая 10 мг лизиноприла на фоне коррекции образа жизни (отказ от вредных привычек, рациональное питание, адекватная физическая активность); больные 2-й группы (n=32) на фоне аналогичной базисной терапии дополнительно получали Неотенз в суточной дозе 2 капсулы 2 р/день за 30 мин до еды (утром и днем). Группу контроля составили 20 здоровых лиц. Указанные группы обследованных были сопоставимы по возрасту, полу и клиническому статусу. Длительность периода наблюдения составляла 12 нед.

Жалобы анализировались до начала терапии, через 4, 6 и 12 нед и оценивались в баллах от 0 до 5, где 0 – отсутствие жалоб, а 5 – выраженный характер жалоб. Всем больным проводилось общеклиническое обследование: измерение офисного АД, осмотр глазного дна, ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, клинический анализ крови и мочи, анализ мочи по Зимницкому, определение уровня креатинина крови, аспаратамино-трансферазы (АсТ) и аланинаминотрансферазы (АлТ), липидного спектра крови.

Суточное мониторирование АД выполняли с помощью осциллометрических регистраторов АВРМ-02М (Meditech, Венгрия), которые устанавливали пациенту в период с 10:00 до 11:00, учет результатов производили с 12:00 в течение последующих 24 ч. Периодичность активации монитора – 30 мин в дневное время и 1 ч в период ночного сна (всего 39 измерений за сутки). Оценивали следующие показатели: среднесуточное систолическое (САД_{ср}), среднесуточное диастолическое (ДАД_{ср}), среднее дневное (САД_д, ДАД_д) и ночное (САД_н, ДАД_н) АД, процент снижения САД и ДАД в ночное время (с 23:00 до 7:00), вариабельность САД и ДАД.

Таблица 1. Динамика показателей среднего САД и ДАД у больных с АГ I ст. под влиянием проводимой терапии

Показатель	Базисная терапия + Неотенз		Базисная терапия	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САД _{ср} , мм рт. ст.	138,5±13,7	121,1±10,4*	135,6±14,3	128,4±11,7
ДАД _{ср} , мм рт. ст.	86,3±9,2	74,2±8,1	84,7±12,1	75,2±9,5
ПАД _{ср} , мм рт. ст.	52,2±4,1	46,9±3,4*	50,9±4,2	53,2±4,6

* p<0,05 по сравнению с показателем до лечения.

Таблица 2. Показатели вариабельности АД у обследованных больных в динамике терапии

Показатель	Базисная терапия + Неотенз		Базисная терапия	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Вариабельность САД _д (мм рт. ст.)	19,57±1,05	12,6±0,35*	18,98±1,07	16,24±0,68*
Вариабельность САД _н (мм рт. ст.)	11,23±1,16	9,98±0,54*	10,65±1,12	10,15±0,62
Вариабельность ДАД _д (мм рт. ст.)	12,45±0,68	9,32±0,38*	11,84±0,71	10,37±0,45
Вариабельность ДАД _н (мм рт. ст.)	9,32±0,84	8,52±0,40*	9,03±0,78	8,69±0,56

* p<0,05 по сравнению с показателем до лечения.

Таблица 3. Динамика показателей кардиоинтервалографии с ортостатической пробой

Показатели	Базисная терапия (n=18)		Базисная терапия + Неотенз (n=32)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Мода (Мо) ₁	0,88±0,02	0,81±0,03	0,89±0,08	0,82±0,04
Амплитуда моды (Амо) ₁	24,65±3,17	23,12±1,09	25,89±3,24	24,41±2,76
Dx1	0,28±0,02	0,26±0,03	0,29±0,09	0,26±0,02
Индекс напряжения (ИН) ₁	89,81±7,66	86,62±6,17	90,88±8,67	81,92±7,71*
Мода (Мо) ₂	0,64±0,02	0,64±0,02	0,63±0,04	0,61±0,02
Амплитуда моды (Амо) ₂	38,13±3,12	37,18±2,10	39,33±4,60	24,00±1,59*
Dx	0,24±0,01	0,21±0,02	0,25±0,07	0,12±0,02*
Индекс напряжения (ИН) ₂	205,40±35,66	189,38±16,27	207,70±48,41	165,32±18,69*
ИН ₂ /ИН ₁	2,83±0,31	2,78±0,21	2,91±0,34	2,53±0,23*

* p<0,05 по сравнению с показателем до лечения.

Таблица 4. Динамика показателей оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных АГ I ст. под влиянием проводимой терапии

Показатель	Базисная терапия + Неотенз (n=32)			Базисная терапия (n=18)		
	До лечения	После лечения	Динамика, %	До лечения	После лечения	Динамика, %
МДА, мкмоль/л	20,34±2,11	16,25±1,21*	-20,1	19,87±2,14	17,36±1,12	-12,64
ДК, ммоль/л	0,67±0,08	0,58±0,03*	-13,4	0,65±0,07	0,61±0,04	-6,16
КАТ, мкмоль/мин/г НВ	1,85±0,16	2,10±0,15	+13,5	1,89±0,15	2,08±0,17	+10,05
СОД, усл. ед./мг НВ	0,44±0,05	0,53±0,04*	+20,4	0,45±0,06	0,51±0,05	+13,3

* p<0,05 по сравнению с показателем до лечения.

Таблица 5. Динамика ЧСС по данным холтеровского мониторирования ЭКГ у больных АГ I ст. под влиянием проводимой терапии

Показатель	Базисная терапия + Неотенз		Базисная терапия	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЧСС _{ср}	72,8±9,2	68,1±6,9	71,4±8,6	69,1±7,2
ЧСС _д	79,4±7,0	75,2±6,4	78,3±9,0	76,3±8,1
ЧСС _н	62,3±6,2	62,1±5,8	63,2±6,8	62,9±6,0



Рис. 1. Выраженность клинической симптоматики (в баллах) у больных АГ 1 ст. в динамике проводимой терапии

За нормальные показатели вариабельности АД были приняты следующие значения для САД: день – 15,5 мм рт. ст., ночь – 14,8 мм рт. ст.; для ДАД: день – 13,3 мм рт. ст., ночь – 11,3 мм рт. ст.

Выделяли следующие типы суточного профиля АД: dipper – при достаточном снижении АД в ночные часы (физиологический тип, суточный индекс (СИ) – 10-20%); non-dipper – при недостаточном снижении АД в ночное время (СИ – 0-10%); night-peaker – в случаях, когда ночное АД превышало дневное (СИ меньше 0%) и over-dipper – при значительном, чрезмерном снижении АД в ночные часы (СИ выше 20%).

Для оценки вегетативного тонуса всем больным проводилась кардиоинтервалография по стандартной методике, при этом учитывались следующие показатели:

- Мо (мода) – наиболее часто встречаемое значение длительности интервала R-R, выраженное в секундах;

- АМо (амплитуда моды) – число значительных интервалов, равных Мо, в процентах к общему числу зарегистрированных кардиоциклов;

- DX (вариационный размах) – разница между максимальным и минимальным значениями продолжительности интервала R-R;
- ИН (индекс напряжения) – характеризует активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регулирования (кора головного мозга, гипоталамо-гипофизарные и подкорковые вегетативные центры) и степень его преобладания над автономным контуром регулирования (легкие, синусовый узел, ядра блуждающего нерва), рассчитывался по формуле: $ИН = АМо / (2 Мо \times DX)$;

- ВР (вегетативная реактивность) – характеризует направленность и степень изменения функционирования вегетативной нервной системы в момент перехода организма из одного состояния в другое, рассчитывается по формуле: $ВР = ИН_2 / ИН_1$.

Всем больным проводили определение содержания в крови продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК), а также факторов антиоксидантной защиты – каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД). Концентрацию МДА в сыворотке крови определяли флуориметрическим методом в реакции с тиобарбитуровой кислотой, а содержание ДК, КАТ и СОД – спектрофотометрическим методом. Также проводилась регистрация ЭКГ по Холтеру.

Результаты и обсуждение

Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствовали о положительной клинической динамике после проведенной терапии: в обеих группах больных отмечено значительное уменьшение симптоматики (головной боли, сердцебиения, слабости, головокружения, бессонницы, метеозависимости), которое было более выраженным у участников, дополнительно получавших Неотенз (рис. 1).

Отмеченная нами положительная клиническая динамика сопровождалась уменьшением уровня САД и ДАД. По данным суточного мониторинга АД среднесуточное САД снизилось на 12,6% в группе больных, получавших Неотенз ($p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения), и только на 6,4% у пациентов, находившихся на базисной терапии. Различия в динамике САД между группами носили характер тенденции ($p > 0,05$). Снижение среднесуточного ДАД в обеих группах после лечения также носило характер тенденции. Статистически значимое уменьшение среднего пульсового АД (ПАД) зафиксировано только в группе пациентов, получавших Неотенз. Динамика показателей среднего САД, ДАД и ПАД у больных АГ 1 ст. под влиянием проводимой терапии представлена в таблице 1.

Анализ показателей суточного мониторинга АД показал, что до начала исследования половина больных в обеих группах имели нормальный профиль АД типа dipper, а остальные – профиль non-dipper и over-dipper. Тип night-peaker не регистрировался ни у одного из обследованных лиц. После проведенной терапии зафиксировано улучшение суточного профиля АД в обеих группах наблюдений: в группе пациентов, получавших Неотенз, физиологический тип dipper после лечения составил 75% (прирост по сравнению с показателем до лечения 28,2%) против 66% (прирост 16%) в группе базисной терапии. Указанные различия после лечения оказались статистически значимыми ($p < 0,05$) (рис. 2).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о нормализующем влиянии Неотенза на характер суточного профиля АД у больных АГ 1 ст. Нормализация профиля АД имеет важное значение в уменьшении риска развития и прогрессирования поражений жизненно важных органов и сосудистых катастроф, происходящих, как правило, на фоне значительных перепадов уровня АД.

При оценке вариабельности АД было установлено, что у 76,5% обследованных лиц с АГ 1 ст. имеет место превышение верхних пороговых значений АД. У всех пациентов оно отмечалось в дневные часы, однако у 36,2% регистрировалось в течение суток; изолированного повышения АД в ночное время выявлено не было. Нами установлена положительная взаимосвязь между повышением офисного АД при медицинском осмотре (феномен «белого халата») и наличием повышенной вариабельности АД при суточном мониторинговании.

Согласно современным представлениям, повышенная вариабельность АД является одним из негативных факторов, отражающих неблагоприятное течение АГ, т. к. с ней ассоциируется раннее поражение органов-мишеней, большая частота развития острых сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда). Поэтому мишенью антигипертензивной терапии должно являться не только достижение целевого уровня АД, но и снижение вариабельности АД и нормализация его профиля.

Анализ вариабельности АД в динамике терапии показал, что к концу периода наблюдения в группе пациентов, получавших Неотенз, регистрировалось статистически значимое снижение данного показателя как в дневное, так и в ночное время; при этом указанные позитивные изменения наблюдались в отношении как САД, так и ДАД ($p < 0,05$). В группе базисной терапии положительная динамика вариабельности АД носила характер тенденции и была статистически значимой только для показателя САД (табл. 2).

При анализе исходных показателей кардиоинтервалографии было установлено, что больные АГ 1 ст. имели более высокие АМо, ИН и вариационный размах по сравнению с показателями, характерными для здоровых лиц, что указывало на активацию как симпатических, так и парасимпатических влияний.

После проведенной терапии в группе больных, получавших Неотенз, отмечено уменьшение Мо независимо от исходного ИН₁ ($0,82 \pm 0,04$ против $0,89 \pm 0,08$ в группе базисной терапии). Происходило снижение АМо в сравнении с показателем до лечения ($24,41 \pm 2,76$ против $25,89 \pm 3,24$) при уменьшившемся вариационном размахе и достоверно уменьшившемся ИН ($81,92 \pm 7,71$ против $90,88 \pm 8,67$; $p < 0,05$), который колебался в пределах эйтонии.

При выполнении ортостатической пробы отмечалось достоверное уменьшение АМо ($24,00 \pm 1,59$ против $39,33 \pm 4,60$; $p < 0,05$) и вариационного размаха ($0,12 \pm 0,02$ против $0,25 \pm 0,07$; $p < 0,05$), достоверное снижение

ИН ($165,32 \pm 10,34$ против $207,70 \pm 12,41$; $p < 0,05$).

Снижение показателя ИН и ВР на фоне приема Неотенза указывало на его вегетостабилизирующие свойства и способность снижать напряженность механизмов вегетативной регуляции. Клинически эти эффекты проявлялись в уменьшении или исчезновении жалоб и отчетливой динамике феномена метеочувствительности в виде ее снижения. При этом симптомы метеочувствительности уменьшались к концу 1-й недели приема Неотенза, их более выраженное снижение отмечалось на 2-й и 3-й неделе приема препарата, а через 4-6 нед лечения наступало стойкое снижение метеочувствительности у 85% больных. У 15% участников стойкое снижение метеочувствительности развилось на 10-12-й неделе лечения. Выраженность жалоб коррелировала с данными кардиоинтервалографии.

Динамика показателей кардиоинтервалографии с ортостатической пробой представлена в таблице 3.

В патогенезе многих сердечно-сосудистых заболеваний, в т. ч. АГ, важную роль играет увеличение образования свободных радикалов (СР), называемое оксидативным стрессом (ОС). Последний является одним из механизмов прогрессирования поражения органов-мишеней при сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваниях. Свободнорадикальная агрессия лежит в основе процессов перекисного окисления структурных компонентов клеточных мембран – белков и липидов. Установлена взаимосвязь интенсивности окислительных процессов с клиническими проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний и традиционными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений. Активно изучается роль ОС в развитии и прогрессировании АГ. Протекторные функции в отношении избытка СР осуществляет антиоксидантная система, которая представлена ферментами (СОД, КАТ, глутатионпероксидазой и др.) и низкомолекулярными антиоксидантами

(α -токоферолом, витамином С, убихиноном, глутатионом и др.).

Нами проведено изучение динамики содержания в крови продуктов ПОЛ и факторов антиоксидантной защиты у больных АГ 1 ст. в ходе лечения. В обеих группах наблюдения произошло снижение содержания в крови МДА и ДК и увеличение СОД, более значимое у пациентов, получавших Неотенз ($p < 0,05$ для всех показателей). Повышение уровня КАТ имело характер тенденции в обеих группах ($p > 0,05$). Степень положительной динамики параметров ПОЛ и антиоксидантной системы оказалась достоверно большей в группе пациентов, получавших Неотенз ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таким образом, антиоксидантное действие Неотенза можно объяснить его свойствами, реализуемыми как через активацию антиоксидантных систем, так и путем уменьшения свободнорадикального окисления в тканях.

Проводимая пациентам терапия сопровождалась некоторым уменьшением частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным холтеровского мониторинга ЭКГ: к концу периода наблюдения отмечено снижение ЧСС_{ср}, дневной и ночной ЧСС в обеих группах обследованных, которое носило характер тенденции у пациентов, получавших Неотенз, и было статистически незначимым в группе базисной терапии (табл. 5).

Анализ динамики суточного количества желудочковых и суправентрикулярных экстрасистол у больных показал уменьшение их частоты в обеих группах наблюдения, более выраженное у пациентов, принимавших Неотенз. Уменьшение количества суправентрикулярных экстрасистол в этой группе после лечения было статистически значимым ($p < 0,05$), что может быть обусловлено выраженными вегетостабилизирующими свойствами диетической добавки (рис. 3).

Прием Неотенза не сопровождался побочными эффектами, ни один пациент не был исключен из исследования по причине непереносимости добавок.

Продолжение на стр. 30.

Неотенз

стабілізація артеріального тиску і попередження гіпертонічного кризу^{1,2}

ДОПОМОГА МЕТЕОЗАЛЕЖНОМУ ПАЦІЄНТУ з нейроциркуляторною дистонією та артеріальною гіпертензією

ПРИРОДНА ДІЯ:^{1,2}

- Адаптогенна
- Седативна
- Гіпотензивна

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Неотенз[®]
СКЛАД. 1 капсула містить: активні інгредієнти: екстракт кореня шоплонії байкальської (Scutellaria baicalensis) – 110 мг; екстракт трави кропиви собачої (Lepidium sativum) – 55 мг; екстракт ірідію японського (Iridium japonicum) – 30 мг; допоміжні речовини: мінеральна цукерка, цукор, оболочка капсули: желатин.
Неотенз рекомендований з метою нормалізації функціонального стану серцево-судинної системи при артеріальній гіпертензії (I та II стадії) для попередження кардіальних проявів в умовах стресу, негативного впливу навколишніх факторів, сезонних коливань артеріального тиску внаслідок метеорологічних умов (соняч., зміни атмосферного тиску тощо).
СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА РЕКОМЕНДОВАНА ДОЗА. Взяти 2 капсули по 2 капсули 2 рази на добу (ранок та вечір) за 30 хвилин до або через 1 годину після їди. Небажано використання ввечері через можливий снігочинний ефект. Курс споживання визначається лікарем індивідуально. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем.
ПРОТЯГОВАЇЗМІН. Індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів: артеріальна гіпотензія, набригання в області застосовування, вагітність та годування груддю. З обережністю слід вживати при талкозоді через наявність солей магнієвої солі.
ФОРМА ВИПУСКУ. капсули з масою вмісту 425 мг ± 7,5% у блистері.
УМОВИ ЗБЕРІГАННЯ. зберігати в оригінальній упаковці за температури від +4 °C до 25 °C в сухому, захищеному від світла і недоступному для дітей місці. Додаткова інформація. Категорія контролю ліо ризику.
ВИРОБНИК: Лабораторіос Вірес С.П., Івано-Франківська обл., Івано-Франківськ, вулиця І.П. Кошового, 10.
БАРС. Барселона; тел.: +34-93628977.
РОЗПОДІЛНИК: ТОВ «УНІВЕРСАЛЬНЕ АГЕНТСТВО «ПРО-ФАРМА», Україна, ТУ У Львівській області, вулиця С.П. Корняківського, 10.
СЛАСОК ЛІТЕРАТУРИ: 1) Долженко М.М. Влияние эффективности та безопасности «Неотенз». 2) Инструкция щодо до застосування препарату Неотенз.

М.Н. Кочуева, д.м.н., профессор, А.Н. Корж, д.м.н., профессор, Г.И. Кочуев, к.м.н. Харьковская медицинская академия последипломного образования; Л.А. Рубан, Харьковская городская студенческая больница

Вариабельность артериального давления и состояние вегетативного гомеостаза у больных артериальной гипертензией на фоне приема Неотенза

Продолжение. Начало на стр. 28.

Проведенное нами исследование продемонстрировало выраженные положительные эффекты Неотенза при его включении в программу терапии больных АГ 1 ст. Активными ингредиентами Неотенза являются экстракт корней шлемника байкальского (*Scutellaria baicalensis*), уникального адаптогена с вегетостабилизирующим и антигипертензивным эффектами; экстракт травы крапивы собачьей (пустырника пятилопастного, *Leonurus sardica*), экстракт ягод можжевельника обыкновенного (*Juniperus communis*). Эффекты Неотенза обусловлены свойствами биологически активных веществ, входящих в состав его компонентов. Экстракт корней шлемника байкальского содержит флавоноиды, стероидные сапонины, дубильные вещества, эфирные масла, смолы; имеет антигипертензивные и седативные свойства, улучшает общее самочувствие, функциональное состояние сердечно-сосудистой, центральной и вегетативной нервной системы. Входящий в состав шлемника байкальского флавоноид байкалин тормозит проведение импульсов в синапсах нейронов, симпатических ганглиях и в периферических нервных окончаниях, что приводит к снижению симптоматики метеочувствительности.

Экстракт травы крапивы собачьей содержит флавоноиды, сапонины, дубильные вещества, эфирные масла, органические кислоты, горечи, витамины А, С и Е, макро- и микроэлементы (кальций, натрий, серу) и оказывает выраженные седативный, антигипертензивный, противоритмический и кардиотонический эффекты. В состав экстракта ягод можжевельника обыкновенного входят эфирное масло, сахар, смолы,

жирные кислоты, пектиновые вещества, органические кислоты, аскорбиновая кислота; он обладает мочегонным, противоритмическим мембраностабилизирующим, антиоксидантным и седативным действием. Благодаря синергизму эффектов активных компонентов Неотенза оказывает комплексное метеостабилизирующее, антигипертензивное, мочегонное, седативное, антиоксидантное, противоритмическое, кардиотоническое действие; регулирует состояние центральной и вегетативной нервной системы.

Результатом приема Неотенза явилась активация компенсаторных механизмов, которые помогают нормализовать тонус вегетативной нервной системы, уменьшить интенсивность ОС, снизить вариабельность АД и улучшить его суточный профиль, уменьшить частоту нарушений сердечного ритма, минимизировать симптомы метеозависимости.

Выводы

Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что использование диетической добавки Неотенз в комплексной терапии больных АГ 1 ст. оказывает благоприятное влияние на их клинико-функциональное состояние: усиливает антигипертензивное действие базисной терапии, снижает вариабельность АД и частоту экстрасистол, нормализует параметры вегетативного гомеостаза и суточного профиля АД, снижает показатели ОС, реализует антиоксидантный эффект и, что весьма важно для улучшения самочувствия пациентов, значительно уменьшает симптомы метеозависимости.

Комплексное полисистемное действие активных веществ, входящих в состав Неотенза, способствует существенному регрессу клинической симптоматики у больных АГ 1 ст. Положительные клинические эффекты

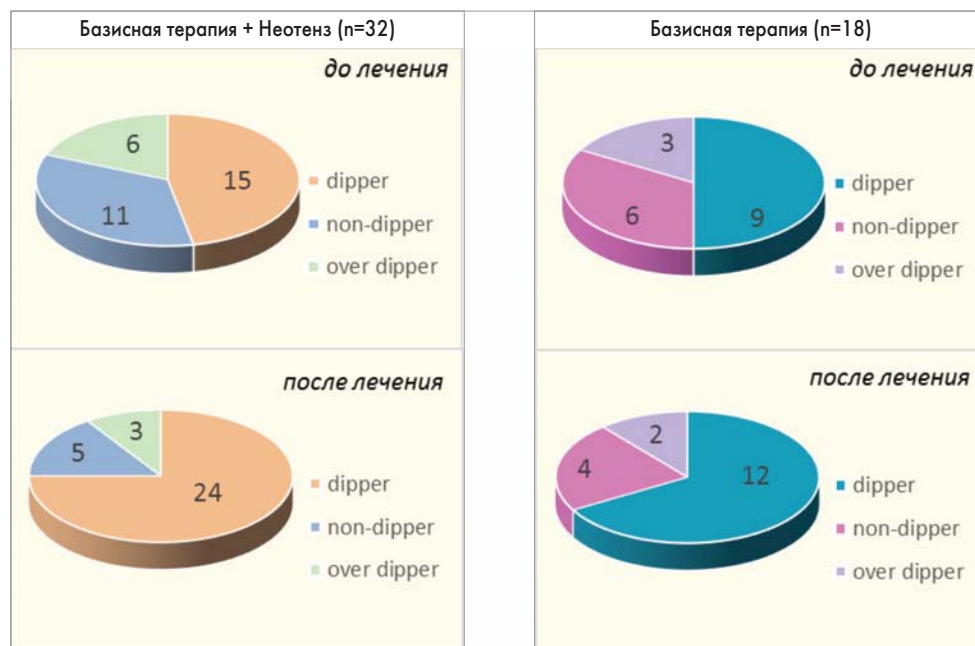


Рис. 2. Количество пациентов с различными суточными профилями АД в динамике терапии



Рис. 3. Динамика суточного количества экстрасистол по данным Холтеровского мониторинга ЭКГ под влиянием проводимой терапии

Неотенза отчетливо проявляются уже через 1 нед терапии, достигают максимума через 2-3 нед лечения и приобретают устойчивый характер через 6-8 нед. Прием диетической добавки в течение 12 нед позволяет достичь стойкого клинически значимого улучшения состояния больных АГ 1 ст. при выраженном снижении метеочувствительности.

Эффективность и хорошая переносимость этой добавки позволяют рекомендовать ее прием пациентам с АГ 1 ст. в комплексной терапии в течение 4-12 нед (1-3 мес) и курсами от 4 до 6 нед в периоды смены сезонов.

Список литературы находится в редакции.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Одесский национальный медицинский университет

VI ежегодная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная памяти академика Б.Я. Резника

Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине

10-11 апреля, г. Одесса

Место проведения: концерт-холл «Сады Победы» (пл. 10-го Апреля).

Тематика пленарных и секционных заседаний

- Антибиотики в педиатрии и неонатологии
- Актуальные проблемы клинической педиатрии
- Диагностика и лечение аллергических, иммунологических, наследственных, метаболических заболеваний у детей
- Первичная педиатрическая помощь

К участию в мероприятии приглашаются педиатры, неонатологи, семейные врачи, интерны, врачи других специальностей.

Оргкомитет

Председатель член-корреспондент НАМН Украины, д.м.н., профессор Н.Л. Аряев
Адрес: 65031, г. Одесса, ул. Воробьева, 3,
Одесская областная детская клиническая больница, кафедра педиатрии № 1, неонатологии и биоэтики
Тел.: +380 (48) 740-52-49; +380 (67) 985-68-17
Контактное лицо: Кожевин Роман Владимирович
Официальный сайт: <http://reznik.weebly.com>
E-mail: reznik.konferencia@gmail.com



III НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ»

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Асоціація фтизіатрів і пульмонологів України, Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» інформують Вас про те, що 17 квітня 2014 року на базі ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» (м. Київ, вул. М. Амосова, 10) відбудеться III науково-практична конференція «Актуальні проблеми лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (початок о 9 год.).

Запрошуємо до участі в роботі конференції терапевтів, пульмонологів та алергологів.

Робота конференції буде проходити в вигляді науково-практичних доповідей за участю провідних фахівців нашої країни.

Робочі мови конференції: український та російський.
В роботі конференції прийме участь приблизно 250 осіб.

Адреса оргкомітету конференції:

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
Національний інститут фтизіатрії і пульмонології НАМН України,
професор Гаврисюк Володимир Костянтинівич
тел. (044) 270-35-59
gavrysyuk@inbox.ru
професор Дзюблик Олександр Ярославович
тел. (044) 270-35-61
oleksandrd@pulmon.kiev.ua