

Влияние изменения образа жизни на антигипертензивную эффективность квинаприла у больных артериальной гипертензией и ожирением

А.И. Гапон, О.В. Евдокимова, А.Э. Иванова

Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН. Тюмень, Россия

Lifestyle modification effects on antihypertensive quinapril effectiveness in patients with arterial hypertension and obesity

L.I. Gapon, O.V. Evdokimova, A.E. Ivanova

Tumen Cardiology Center, Research Institute of Cardiology, Tomsk Scientific Center, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Science. Tumen, Russia

Цель. Оценить эффективность немедикаментозных мероприятий, направленных на снижение массы тела (МТ) и их влияние на клиническую эффективность квинаприла у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с АГ и ожирением, мужчин и женщин в возрасте 34–71 года (средний возраст $50,8 \pm 1,78$). Использованы следующие методы обследования: общеклинические – осмотр, антропометрия, определение индекса МТ (ИМТ), измерение артериального давления (АД) по методу Короткова и суточное мониторирование АД, определение количества висцерального жира с помощью аппарата “OMRON BF 302”.

Результаты. У всех больных статистически значимо уменьшались показатели офисного АД ($p < 0,05$), систолического АД (САД) и индекса площади (ИП) для САД ($p < 0,05$). У пациентов, снизивших МТ, наблюдалось снижение показателей офисного САД на 20,29 % и диастолического АД (ДАД) на 21,22 %, среднего АД на 8,5 %, САД и ДАД по результатам СМ на 7,43 % и 8,39 % соответственно ($p < 0,05$), а также частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 8,2 % ($p < 0,05$). В группе пациентов, достигших положительных результатов в снижении МТ, уменьшились показатели ИП САД на 51,13 %, ДАД – на 38,93 % и индекс времени (ИВ) САД на 37,9 % и ДАД на 45,6 %. Изменился суточный профиль АД.

Заключение. У пациентов, не снизивших МТ, антигипертензивная терапия уступала по своей эффективности сочетанию терапии медикаментозной и немедикаментозной. В отличие от обычной терапии квинаприлом, снижение МТ позволило добиться в большей степени положительной динамики показателей САД.

Ключевые слова: ожирение, артериальная гипертензия, немедикаментозная и медикаментозная терапия, квинаприл, снижение массы тела.

Aim. To assess the effectiveness of non-pharmaceutical body weight (BW) reduction and its influence on clinical quinapril effectiveness in patients with arterial hypertension (AH) and obesity.

Material and methods. Fifty AH patients – men and women aged 34–71 years (mean age $50,8 \pm 1,78$ years) were examined. Physical examination, anthropometry, measurement of body mass index (BMI) and blood pressure (BP) by Korotkoff method, 24-hour BP monitoring (BMP) and visceral fat measurement with OMRON BF 302 device were performed.

Results. In all participants, significant reduction in office BP ($p < 0,05$), systolic BP (SBP) and pressure load area index (AI) for SBP by 24-hour BPM data ($p < 0,05$) were observed. In participants with BW reduction, 16-week therapy was associated with reductions in office SBP (–20,29 %) and diastolic BP, DBP (–21,22 %), mean BP (–8,5 %), SBP and DBP by 24-hour BPM data (–7,43 % and –8,39 %, respectively; $p < 0,05$), as well as in heart rate, HR (–8,2 %; $p < 0,05$). Among those with BW reduction, SBP AI decreased by 51,13 %, DBP AI – by 38,93 %, SBP time index (TI) – by 37,9 %, and DBP TI – by 45,6 %. Circadian BP profile also changed.

Conclusion. In participants without BW reduction, antihypertensive therapy was less effective than the combination of pharmaceutical and non-pharmaceutical treatment. Comparing to standard quinapril therapy, its combination with BW reduction was associated with better dynamics of 24-hour BPM results.

Key words: Obesity, arterial hypertension, non-pharmaceutical and pharmaceutical therapy, quinapril, body weight reduction.

Введение

Ожирение и избыточная масса тела (МТ) на современном этапе признаны новой неинфекционной “эпидемией” XXI века [1,2]. Установлено, что значимость ожирения определяется высоким риском развития заболеваний, в основе которых лежит нарушение метаболизма [3].

Заметное прогрессирование этой патологии обусловлено наличием прямой связи с образом жизни человека, способствующим ожирению (гиподинамия, рафинированное питание, несоответствие между потреблением высококалорийной пищи и энергетическими затратами). Многие авторы придают большое значение немедикаментозной терапии и высоко оценивают ее возможности в предотвращении возникновения и прогрессирования заболеваний в сфере сердечно-сосудистой патологии [5–8].

Ожирению часто сопутствует артериальная гипертензия (АГ), что служит причиной для назначения медикаментозного лечения. В связи с этим разработаны подходы к лекарственной терапии, позволяющей достичь отчетливых, положительных результатов, а при длительной терапии привести даже к регрессу болезни. Таким задачам отвечает ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) квинаприл, обладающий тканевой аффинностью, за счет которой улучшается метаболический профиль, и, тем самым, результат модификации образа жизни [9]. Изучение такого комплексного воздействия могло бы положить начало качественно новому подходу в лечении АГ [10].

К числу мер немедикаментозного воздействия с доказанной эффективностью относится нормализация МТ. Известно, что если уже имеются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), то успешное снижение избыточной МТ позволяет уменьшить их проявления, улучшить качество жизни (КЖ) [11]. Однако, несмотря на возросший интерес к влиянию изменения образа жизни при лечении ССЗ, многие аспекты остаются недостаточно изученными [12].

Материал и методы

Обследованы 50 больных мягкой и умеренной АГ и ожирением. Диагноз верифицирован в условиях стационара. Средний возраст больных — 50,80±1,78 лет.

Ожирение I степени (ст.) установлено у 60,0 % больных, II ст. — у 40,0 %. По типу распределения жировой ткани большая часть пациентов были с андроидным типом (56,7 %) и меньшая — с гиноидным (43,3 %).

Точное определение массы абдоминального жира возможно при компьютерной или магнитно-резонансной томографии, однако стоимость этих исследований слишком высока. Достаточно информативно альтернативное определение висцерального жира (ВЖ) в процентном и количественном отношении с помощью аппарата “OMRON BF 302” (Япония), работа которого основана на принципе АБЭС (Анализ биоэлектрического сопротивления). Метод анализирует электрическое сопротивление тканей, пропуская через тело предельно малый ток. Поскольку жировые ткани имеют электропроводность, близкую к нулю, прибор вычисляет разность показателей сопротивления тканей. Таким образом, монитор определяет проценты и количество (кг) жировой ткани от общего веса тела. Оценка избытка ВЖ была произведена с помощью таблицы, прилагаемой в инструкции к прибору. Подавляющее большинство больных имели большую массу ВЖ. В начале исследования 70 % пациентов относились к “очень тучному”, 20 % — к “тучному” и 10 % — к “полному” типам.

У всех пациентов до и после лечения исследовали суточный профиль (СП) артериального давления (АД) с помощью аппарата MEDITEX, АВРМ (Венгрия). Мониторирование проводили в условиях свободного двигательного режима и в течение 23±0,5 ч. Интервал между измерениями АД составил 15 мин в период бодрствования и 30 мин во время сна. На основании данных мониторинга анализировали следующие показатели СП АД: значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, среднего давления (АД ср.) за 24 ч, максимального АД (АД макс), частоту сердечных сокращений (ЧСС); анализировали показатели нагрузки давлением: индекс площади (ИП) САД и ДАД и индекс времени (ИВ) САД и ДАД. Исследовали показатели стандартного отклонения САД и ДАД, отражающие его вариабельность (ВСАД, ВДАД), скорость утреннего подъема давления (СУП).

При статистической обработке результатов использовали программу SPSS. Статистическую значимость различия средних величин оценивали по критерию Стьюдента.

Работа являлась фрагментом к всероссийскому исследованию “ЭКО” (многоцентровое, рандомизированное, открытое исследование по изучению эффективности изменения образа жизни и терапии ИАПФ (квинаприлом) у больных ожирением и АГ). Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

По протоколу, на протяжении всего исследования всем пациентам, без исключения, проводили одинаковые мероприятия, направленные на модификацию образа жизни и снижение МТ, включающие умеренно гипокалорийную диету, ведение дневников питания и повышение физической активности (ФА). Умеренно гипокалорийная диета с дефицитом в 600 ккал рассчитывалась индивидуально для каждого больного на первом визите. Во время каждого визита с пациентами проводилась личностно-ориентированная работа с обсуждением дневников пита-

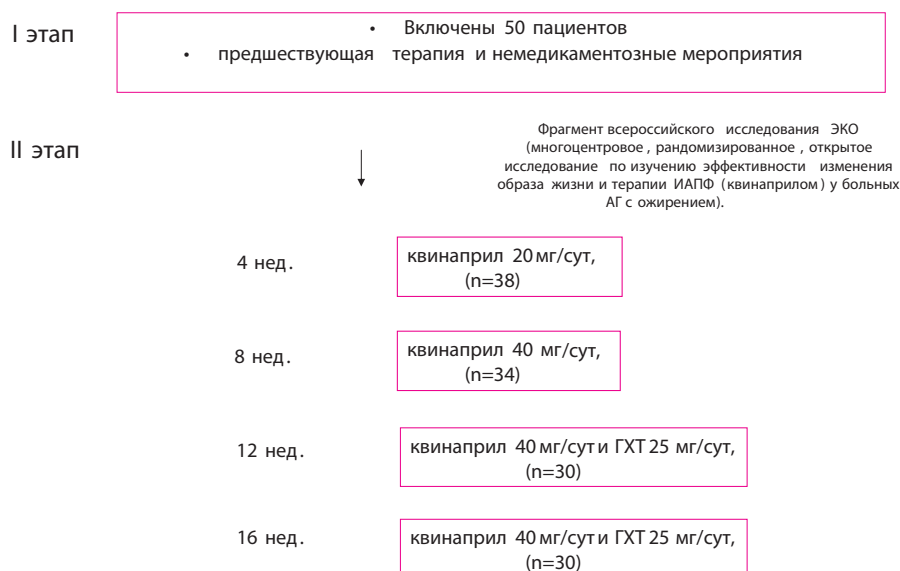


Рис. 1 Дизайн исследования

ния. Визиты происходили через каждые 4 недели. В начале исследования все пациенты выразили готовность изменить образ жизни и снизить МТ. По результатам проведенного исследования продолжительностью 16 недель, снижение МТ произошло не у всех пациентов и не все они закончили исследование, что объясняется различной степенью приверженности немедикаментозным мероприятиям. По истечении первых 4 недель выбыли 12 пациентов, к концу 8 недели — еще 4, к концу 12 недели — 4 пациента. Дошли до конца исследования и были проанализированы результаты, полученные у 30 пациентов.

Немедикаментозные мероприятия на протяжении всего исследования у части пациентов привели к достоверному снижению индекса МТ (ИМТ), что позволило выделить группу пациентов, достигших положительных результатов в снижении МТ, и группу без достоверно значимой динамики МТ.

Группы сформированы равными по численности ($n=15$), сопоставимыми по возрасту, продолжительности заболевания, исходному уровню АД. Это дало возможность оценить воздействие немедикаментозных методов снижения МТ на эффективность квинаприла в рамках параллельного, сравнительного анализа. В течение первых 4 недель все пациенты получали предшествующую монотерапию любыми антигипертензивными препаратами, за исключением ИАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II. Через 4 недели от начала исследования производили замену препарата на ИАПФ квинаприл в дозе 20 мг/сут. Еще через 4 недели осуществляли контроль АД и, при недостаточной антигипертензивной эффективности квинаприла в дозе 20 мг/сут. (отсутствие достижения целевых уровней САД и ДАД — 140/90 мм рт.ст.), увеличивали дозу препарата до 40 мг/сут. Доза препарата оставалась прежней (20 мг/сут.) в случае достижения целевых значений САД и ДАД. В последующие 4 недели, при необходимости (отсутствие достижения целевого уровня АД), к дозе квинаприла 40 мг/сут. присоединяли гидрохлортиазид (Гхт) в дозе 25 мг/сут.

Группу пациентов, достигших положительных результатов в снижении МТ, составили 15 больных. 53,3 % пациентов получали квинаприл в дозе 40 мг/сут. в качестве

монотерапии, а комбинацию препаратов (квинаприл 40 мг/сут. и Гхт 25 мг/сут.) — 46,7 %.

В группе сравнения ($n=15$) 6,7 % пациентов лечились квинаприлом в дозе 20 мг/сут., 73,3 % пациентов квинаприлом в дозе 40 мг/сут., а комбинацию квинаприла 40 мг/сут. и Гхт получали 20,0 %.

Разница между группами сравнения в дозе Гхт и частоте назначаемой комбинированной терапии объясняется условием протокола. На каждом этапе (4 недели) увеличивали дозу препарата или назначали комбинацию при отсутствии достижения целевых значений САД и ДАД (140/90 мм рт.ст.). В случае достижения целевых значений САД и ДАД, дозировка препарата оставалась прежней.

Результаты

Часть пациентов выбыла до окончания исследования по разным причинам: сухой кашель — 4 %, недостаточная коррекция АД — 15 %, низкая приверженность — 15 %, смена места жительства — 2 %, добровольный отказ от продолжения исследования — 4 %. Всего из исследования выбыли 40 % пациентов ($n=20$).

Количество пациентов, ранее относившихся к очень тучному типу, достоверно уменьшилось ($p=0,004$). В группе пациентов, достигших положительных результатов в снижении МТ, было зарегистрировано статистически значимое уменьшение всех показателей антропометрии: ИМТ с $33,11 \pm 0,66$ кг/м² до $30,74 \pm 0,69$ кг/м²; окружность талии (ОТ) — со $104,66 \pm 2,18$ см до $99,13 \pm 2,17$ см; окружность бедер (ОБ) — со $117,06 \pm 1,43$ см до $111,80 \pm 1,71$ см; индекса ОТ/ОБ — с $0,89 \pm 0,01$ до $0,87 \pm 0,01$. Также уменьшились показатели ВЖ: с $37,99 \pm 1,36$ % до $35,60 \pm 1,33$ % и с $33,55 \pm 1,17$ кг до $30,16 \pm 1,15$ кг ($p<0,05$).

В группе пациентов, не достигших положительных результатов в снижении МТ, достоверно уменьшился лишь показатель ОТ со $106,46 \pm 3,32$ см до

Таблица 1

Динамика средних антропометрических показателей обеих групп пациентов за 16 недель наблюдения ($M \pm m$)

Показатель	Группа, снизивших МТ (n=15)	Группа, не снизивших МТ (n=15)
ИМТ, кг/м ²	33,11±0,66 30,74±0,69*	34,67±1,32 34,70±1,70
ОТ, см	104,66±2,18 99,13±2,17*	106,46±3,32 104,73±3,55*
ОБ, см	117,06±1,43 111,80±1,71*	118,73±2,03 118,26±2,04
Индекс ОТ/ОБ, ед.	0,89±0,01 0,87±0,01*	0,89±0,02 0,88±0,02
ВЖ, %	37,99±1,36 35,60±1,33*	37,08±1,66 37,06±1,60
ВЖ, кг	33,55±1,17 30,16±1,15*	35,32±2,42 35,22±2,29

Примечание: * – $p < 0,005$.

104,73±3,55 см ($p < 0,05$), что существенно не влияло на индекс ОТ/ОБ. Результаты изменения изучаемых параметров на протяжении 16 недель терапии представлены в таблице 1.

По показателям офисного АД ($AD_{\text{оф.}}$), в группе пациентов, снизивших МТ, через 4 недели (нед.) терапии квинаприлом достигли целевого уровня САД 33,3 % (без достижения целевых значений ДАД), и достигли целевого уровня ДАД – 40,0 % (без достижения целевых значений САД). К окончанию 8 нед. достигли целевых уровней по САД – 60,0 % и ДАД – 46,7 %.

В группе пациентов, без динамики МТ, через 4 нед. наблюдения достигли целевого уровня по САД 26,7 % пациентов, ДАД – 13,3 %. К окончанию 8 нед. целевые уровни по САД имели 33,3 % и ДАД – 26,7 %. Показатели $AD_{\text{оф.}}$ представлены в таблице 2.

По данным СМАД, после лечения в обеих группах наблюдалась положительная динамика (таблица 3). В группе пациентов, достигших положительных результатов в снижении МТ, в течение всего срока наблюдения отмечено достоверное снижение уровней: САД₂₄ – со 142,66±4,10 мм рт.ст. до 132,06±3,11 мм рт.ст.; ДАД₂₄ – с 84,06±2,32 мм рт.ст. до 77,00±2,66 мм рт.ст. Уменьшился показатель $срAD_{24}$ – со 103,60±2,50 мм рт.ст. до 94,80±2,72 мм рт.ст.; ЧСС₂₄ – с 75,53±1,89 уд./мин до 69,33±1,74 уд./мин. Положительная динамика выявлена и по показателям: ИП САД₂₄ – с 342,20±76,93 мм рт.ст. • час до 167,26±46,12 мм рт.ст. • час и ИП ДАД₂₄ – со 104,13±20,32 до 63,60±21,32 мм рт.ст. • час; ИВ САД₂₄ – с 69,00±7,34 % до 42,80±7,26 % и ИВ ДАД₂₄ – с 43,66±6,75 % до 23,73±6,48 % ($p < 0,05$).

В группе пациентов, не достигших положительных результатов в снижении МТ, за 16 недель наблюдения статистически значимо изменился показатель САД₂₄ – со 143,26±2,50 мм рт.ст. до 136,00±3,14 мм рт.ст. В числе показателей ИП уменьшилось значение только ИП САД₂₄ – с 314,13±50,22 мм рт.ст. • час до 208,60±35,54 мм рт.ст. • час ($p < 0,05$).

В группе больных, не достигших положительных результатов в снижении МТ, не было выявлено значимых изменений таких показателей, как среднее АД, ЧСС, а также ИВ САД и ДАД, ИП ДАД, в отличие от группы пациентов с положительной динамикой МТ.

При анализе данных СМАД обращают внимание на суточные колебания АД. По значениям суточного индекса (СИ) выделяют основные типы суточного ритма АД [13]. По степени значимости показатели суточного ритма отнесли к первому классу показателей СМАД [14]. Недостаточное ночное снижение АД ассоциируется с поражением органов-мишеней (ПОМ), с риском кардиальных осложнений, а чрезмерное снижение АД в ночное время увеличивает риск возникновения острых сосудистых осложнений со стороны головного мозга [15,16].

В начале исследования большинство пациентов относились к категории “non-dipper” по САД и “dipper” – по ДАД.

В группе больных с положительной динамикой МТ к концу исследования уменьшилось число “non-dipper” по САД с 50,0 % до 40,0 % и по ДАД – с 30,0 % до 20,5 %. Больше стал процент “dipper” по СИ САД – с 39,7 % до 53,3 % и СИ ДАД – с 43,3 % до 49,4 %. Разнонаправлено изменился процент “over-dipper”: увеличился по САД с 26,7 % до 30,1 % и уменьшился по ДАД с 10,3 % до 6,7 % (рисунок 2).

Таблица 2

Динамика средних значений показателей $AD_{\text{оф.}}$ обеих групп пациентов за 16 нед. наблюдения ($M \pm m$)

Показатели	Группа, снизивших МТ, n=15	Группа, не снизивших МТ, n=15
САД, мм рт.ст., начало исследования	161,00±3,49	157,33±2,90
ДАД, мм рт.ст., начало исследования	103,66±1,50	100,33±1,24
САД, мм рт.ст., 4 нед.	150,33±3,29	153,33±4,67
ДАД, мм рт.ст., 4 нед.	96,00±2,19	96,33±2,46
САД, мм рт.ст., 8 нед.	143,00±2,87	147,66±4,04
ДАД, мм рт.ст., 8 нед.	92,00±2,75	97,33±2,06
САД, мм рт.ст., 16 нед.	128,33±1,86	135,33±2,41
ДАД, мм рт.ст., 16 нед.	81,66±2,27	87,00±1,60

Примечание: * – $p < 0,005$.

Таблица 3

Динамика средних суточных значений показателей СМАД
обеих групп пациентов за 16 нед. наблюдения ($M \pm m$)

Показатели	Группа, снизивших МТ, n=15	Группа, не снизивших МТ, n=15
САД, мм рт.ст.	161,00±13,52 / 128,33±1,86*	157,33±2,90 / 135,33±2,41*
ДАД, мм рт.ст.	103,66±1,50 / 81,66±2,27*	100,33±1,24 / 87,00±1,60*
Среднее АД, мм рт.ст.	103,60±2,50 / 94,80±2,72*	106,26±1,57 / 101,33±2,41
САД ₂₄ , мм рт.ст.	142,66±4,10 / 132,06±3,11*	143,26±2,50 / 136,00±3,14*
ДАД ₂₄ , мм рт.ст.	84,06±2,32 / 77,00±2,66*	87,73±1,46 / 83,93±2,19
ЧСС ₂₄ , уд./мин	75,53±1,89 / 69,33±1,74*	75,46±1,90 / 75,46±2,68
МСАД ₂₄ , мм рт.ст.	184,53±2,72 / 171,60±5,50	183,00±2,41 / 175,86±4,24
МДАД ₂₄ , мм рт.ст.	119,20±2,96 / 108,53±4,14	119,40±2,74 / 111,73±2,86
ВСАД ₂₄ , %	15,73±1,14 21,26±5,62	15,40±0,74 / 22,93±6,83
ВДАД ₂₄ , %	12,20±0,67 / 19,26±7,62	10,60±0,76 / 20,00±7,66
ИП САД ₂₄ , мм рт.ст./час	342,20±76,93 / 167,26±46,12*	314,13±50,22 / 208,60±35,54*
ИП ДАД ₂₄ , мм рт.ст./час	104,13±20,32 / 63,60±21,32*	136,40±16,84 / 101,33±22,89
ИВ САД ₂₄ , %	69,00±7,34 / 42,80±7,26*	71,53±4,98 / 55,93±6,47
ИВ ДАД ₂₄ , %	43,66±6,75 / 23,73±6,48*	54,80±6,16 / 40,73±6,49
СУП САД ₂₄ , мм рт.ст./час	21,20±3,40 / 13,86±1,80	20,35±3,12 / 16,26±2,81
СУП ДАД ₂₄ , мм рт.ст./час	13,86±1,80 / 9,27±1,42	16,26±2,81 / 10,55±1,52

Примечание: * — $p < 0,005$.

В группе пациентов, не достигших положительных результатов в снижении МТ (рисунок 3), показатель по СИ САД претерпел незначительные изменения: “dipper” — с 33,3 % до 34,0 %, “non-dipper” — с 60,0 % до 61,2 %, “over-dipper” — с 6,7 % до 4,8 %. По показателям СИ ДАД увеличилось количество больных “over-dipper” — с 20,0 % до 38,4 %; уменьшилось число “dipper” — с 46,7 % до 31,8 % и “non-dipper” — с 33,3 % до 29,8 %. Все вышеперечисленные показатели СИ изменились статистически незначимо ($p > 0,05$).

При проведении корреляционного анализа во всей группе пациентов ($n=30$), не было выявлено статистически значимой взаимосвязи между ИМТ, величиной АД, а также средними дозами квинаприла и Гхт ($p > 0,05$).

Обсуждение

У всех больных статистически достоверно уменьшились показатели офисного АД_{оф.} ($p < 0,05$), САД и ИП для САД по данным СМ ($p < 0,05$). В груп-

пе пациентов с положительной динамикой МТ по прошествии 16 нед. наблюдалось снижение показателей САД_{оф.} на 20,29 % и ДАД на 21,22 %, срАД на 8,5 %, аналогичных показателей АД по результатам СМ на 7,43 % и 8,39 % соответственно ($p < 0,05$), а также ЧСС на 8,2 % ($p < 0,05$). В группе больных, достигших положительных результатов в снижении МТ, уменьшились показатели нагрузки давлением — ИП для САД на 51,13 %, ДАД — на 38,93 % и ИВ САД на 37,9 % и ДАД на 45,6 %. Изменился СП АД. По САД уменьшилось число пациентов “over-dippers” на 3,6 %, “non-dippers” на 10,0 % и увеличился процент “dippers” на 13,6 %. По ДАД стало меньше больных “non-dipper” на 9,5 %, больше “over-dipper” — на 3,4 % и “dipper” — на 6,1 %. В группе сравнения эти показатели изменились в меньшей степени.

В связи с тем, что дозы препарата титровались целесообразно достижению целевых значений АД, по условию протокола, по-видимому, именно положительная динамика МТ является существенным фактором влияния на показатели СМАД; она же

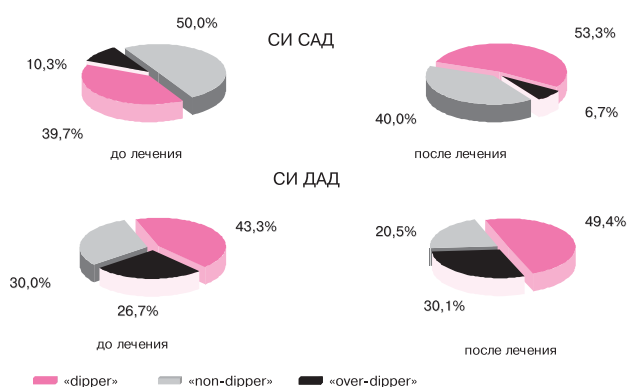


Рис. 2 Динамика показателей СИ по результатам СМАД в группе пациентов, снизивших МТ, за 16 нед. наблюдения ($n=15$).

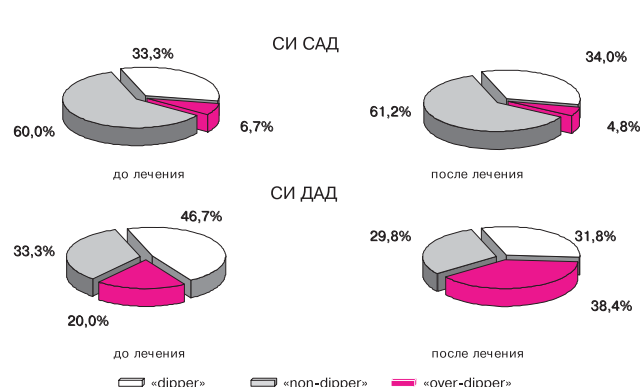


Рис. 3 Динамика показателей СИ по результатам СМАД в группе пациентов, не снизивших МТ, за 16 нед. наблюдения ($n=15$).

способствует улучшению СП АД, потенцирует действие антигипертензивного препарата, посредством воздействия на глубокие патогенетические взаимосвязи между ожирением и нарушением сосудистого тонуса при АГ.

Таким образом, с помощью СМ АД объективно и детально была выявлена антигипертензивная эффективность немедикаментозной терапии. Проведенное клиническое исследование с использованием СМ АД показало эффективность немедикаментозных мер, направленных на снижение МТ у больных АГ и ожирением.

Литература

1. Старостина Е.Г. Принципы рационального питания в терапии ожирения. Часть I. Кардиология 2001; 5: 94–9.
2. Аметов А.С. Ожирение- эпидемия XXI века. Тер архив 2002; 10: 5–7.
3. Егян Р.А., Калинина А.М., Шатерникова И.Н. и др. Характер питания лиц с артериальной гипертонией по данным популяционных исследований в Москве. Профил за-бол укреп здор 2004; 1: 40–1.
4. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертония и ожирение: случайная связь или причинно-следственная связь? Клиническая фармакология и терапия 2000; 9(3): 35–9.
5. Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Двойнишникова О.М. и др. Отдаленные результаты терапевтического обучения больных сахарным диабетом типа 1. Пробл эндокрин 2005; 3: 33–4.
6. Колесникова И.Ю., Беязев Г.С., Леонтьева В.А. О соотношении между качеством жизни, комплаенсом пациентов и течением язвенной болезни. Клини мед 2005; 10: 33–6.
7. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений АГ путем модификации факторов риска. Автореф дис канд мед наук. Хабаровск 2002.
8. Шапиро И.А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения. Автореф дисс докт мед наук. Москва 2002.
9. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Стукалова О.В., Сеницын В.Е. Роль ингибиторов АПФ в лечении сахарного диабета 2: фокус на аккупро. Артер гипер 2002; 8(6): 209–11.
10. Беленков Ю.Н., Мареев Ю.Н., Агеев Ф.Т. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (квинаприл и эндотелиальная дис-функция). Москва 2001; 86 с.
11. Ивлева А.Я., Старостина Е.Г. Ожирение-проблема медицинская, а не косметическая. Москва 2002; 176 с.
12. Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Крюков Н.Н. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. Москва-Самара: изд-во "Парус" 2000; 159 с.
13. Рогоза А.Н., Агальцов М.В., Сергеева М.В. Суточное монитирование артериального давления: варианты врачебных заключений и комментарии. Нижний Новгород: ДЕКОМ 2005; 64 с.
14. Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д., Лобанкова Л.А. и др. Диспропорциональность суточного ритма артериального давления у больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом типа 2. Артер гипер 2003; 9(2): 59–63.
15. Волков В.С., Мазур Е.С. Взаимосвязь циркадного ритма артериального давления и вторичных изменений сердца у больных гипертонической болезнью. Кардиология 2000; 3: 27–30.
16. Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фонакин А.В. АГ и инсульт: связь и перспективы профилактики. Атмосфера 2001; 1: 5–8.

Заключение

У больных, не снизивших МТ, антигипертензивная терапия уступала по своей эффективности сочетанию медикаментозной и немедикаментозной терапии. В отличие от обычной терапии квинаприлом, уменьшение МТ позволило добиться в большей степени положительной динамики показателей СМ АД. Достоверное снижение уровней САД, ДАД, срАД, а также нагрузки давлением и ЧСС наблюдается у пациентов, изменивших образ жизни в плане снижения МТ и повышения ФА.

Поступила 15/08–2007