

III stage in 16.5% and of the II stage in 73.3% and a lymphocytosis B. CIC had high values at the beginning of treatment (77.2 ± 65.1) and became normal (48.7 ± 36.7) ($p < 0.05$) in 2 months from the administration of treatment, but it increased (78 ± 46.0) at the end of treatment.

Conclusions

Citomix treatment in patients with HVC contributed to the:

- improvement of clinical symptoms;
- the size of the liver became normal in 43.4% and in 10.0% of the spleen;
- the improvement of cytotoxicity syndrome indices, which indicates in favour of hepatoprotective features of the drug;
- a moderate decreasing of anti-HVC IgM titres with a bias in 2 was found;
- an improvement of the immune status was seen in 66.6% of patients enrolled in the study, which confirm the immunomodulatory properties of the drug;

-citomix was well tolerated and no side effects were determined.

References

1. Pântea V, Ceboatarescu V, Smeşnoi V. The treatment with Citomix of Patients with Chronic Viral Hepatitis B, C and Mixed C. *Curierul medical*. 2010;6:51-61.
2. Pântea V, Ceboatarescu V, Smeşnoi V. The combined Treatment with Cyto-mix of Patients with Chronic Viral Hepatitis B, C and Mixed B and C with Cytomix+Guna Liver+Interferon Gamma. *Curierul medical*. 2010;5:31-38.
3. Heine H. Homotoxicology and basic regulation: Bystander reaction therapy. *La Medicina Biologica*. 2004;1:3-12.
4. Lozzi A. Dispensa "Tratamento omo tossicologica". Sculo Triennale di Omeopati a clinica Discipline Integrate Anno Accademico 2001-2002.
5. Malzac, S. Homeopathic Immunomodulators: principles and clinical cases. The informative role of cytokines in fractal dynamics. *La Medicina Biologica*. 2004;1:19-24.
6. Pântea V. Acute and chronic viral hepatitis. Up-to dates. Chişinău, 2009;224.

Контроль холестерина на поликлиническом уровне в профилактике артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой заболеваемости

М. К. Мустафаев, А. А. Агаев*

Department of Public Health and Public Health Services Organization, Azerbaijan Medical University
 23, Bakixanov Street, Baku, Azerbaijan

*Corresponding author: +994553870107. E-mail: nauchnaya@rambler.ru
 Manuscript received June 07, 2010; revised June 27, 2011

M. K. Mustafayev, A. A. Aghayev*

Cholesterol Control in the Polyclinics in the Prophylaxis of Arterial Hypertension and Cardiovascular Morbidity

Cholesterol levels provide one of the few tools in assessing the degree of Arterial Hypertension and Cardiovascular Diseases, and control of cholesterol is an important preventative measure that can be taken at the polyclinic level though necessary measurements are not performed on a regular basis for each patient. Results of the study show that a high cholesterol level is not only a risk factor for the development of AH and CVD, but also decreases the effectiveness of medical treatment of these diseases. Strict adherence to recommended low-cholesterol diet normalizes the cholesterol level within a fixed time period of two years and increases the likelihood of successful treatment.

Key words: arterial hypertension, cholesterol, cardiovascular diseases, risk factors.

Реферат

Результаты проведенного исследования показывают, что повышенное содержание общего холестерина в крови является не только фактором риска развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой заболеваемости, но и снижает эффективность медикаментозной терапии этих заболеваний. Максимальная выполняемость рекомендованной упрощенной холестеринснижающей диеты позволяет в определенный период времени (2 года) нормализовать содержание общего холестерина в крови. Изыскание подходов по повышению приверженности пациентов к холестеринснижающей диете повышает эффективность медикаментозной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, холестерин, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска.

Введение

Адекватный контроль артериального давления (АД) у населения с целью предупреждения развития артериальной гипертензии (АГ) и сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и их осложнений остается одной из важных задач органов здравоохранения [2, 7].

В массовом порядке эта работа осуществляется на поликлиническом уровне. Ее слагающими являются: регулярная обращаемость к врачам; назначение соответствующей терапии; измерение артериального давления (АД); определение общего холестерина (ОХ) и модификация доминантных поведенческих факторов риска формирования АГ и ССЗ; отказ от курения; чрезмерного употребления алкоголя и поваренной соли; снижение избыточной массы тела (ИМТ); интенсификация физической активности (ФА); упрощенное холестериноснижающее питание. В свою очередь, АГ является основным фактором риска (ФР) формирования ССЗ, в связи с чем эффективная профилактика АГ одновременно во многом снижает вероятность развития ССЗ [1, 3, 4, 8, 9].

Как видно на поликлиническом уровне, контроль ОХ является одним из немногих инструментов, позволяющих достаточно объективно оценить состояние АГ и ССЗ, предпринимать необходимое медикаментозное воздействие и прогнозировать дальнейшее развитие заболеваний [1, 5, 6, 10]. Однако, использование этого инструмента в общей врачебной практике не приобрело статуса обязательности при каждом случае заболеваний.

Цель исследования – оценить эффективность контроля целевого уровня ОХ на поликлиническом уровне в профилактике АГ и ССЗ и их осложнений.

Материал и методы

Исследование проводили в районных поликлиниках г. Баку совместно с местными кардиологами. Слепым методом отобрали результаты определений ОХ в крови 568 пациентов, из них 261 пациент был с различными формами АГ, 84 пациента – с ССЗ, 223 пациента не имели системной патологии (сердечно-сосудистой, эндокрино-

логической и прочей) и служили контролем. Наблюдения за пациентами с АГ и ССЗ осуществляли в течение 2 лет. При каждом их визите фиксировали жалобы, оценивали текущее состояние заболеваний, измеряли АД, определяли уровень ОХ в крови, по показаниям вносили коррективы в медикаментозную терапию. Всем пациентам рекомендовали использовать холестеринобедную пищу, отказаться от курения, уменьшить потребление поваренной соли (одну чайную ложку ежедневно), для снижения массы тела интенсифицировать ФА (эквивалент – ходьба пешком в течение 60 мин. ежедневно). Измерения отмеченных поведенческих факторов фиксировали во время визитов пациентов или посредством телефонных контактов с ними. Массу тела пациентов рассчитывали при помощи индекса Кетле (кг/м²).

При выполнении работы степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Гиперхолестеринемия выявлена у 384 из 568 наблюдаемых пациентов (67,6 ± 2,0%). У 249 пациентов она была в мягкой форме – 5,0-6,4 ммоль/л (43,8 ± 2,1%), у 102 пациентов, соответственно, в умеренной форме – 6,5-8,0 ммоль/л (18,0 ± 1,6%; t = 9,77; p < 0,001), у 33 пациентов в выраженной форме – более 8,0 ммоль/л (5,8 ± 1,0%; t = 6,46; p < 0,001); у остальных 184 пациентов ОХ в крови был в норме и не превышал 5 ммоль/л (32,4 ± 2,0%; t = 11,88; p < 0,001). Показатели умеренных и выраженных значений ОХ имеют выраженную возрастную приуроченность (таб. 1).

По мере повышения возраста пациентов умеренные значения ОХ (6,5-8,0 ммоль/л) последовательно возрастают с 8,1 ± 3,2 до 24,4 ± 4,9% (t = 2,79; p < 0,01), несколько снижаясь в возрастной группе от 70 лет и старше – 21,1 ± 4,9% (t = 0,48; p > 0,05). С такой же последовательностью возрастают и выраженные значения ОХ (> 8,0 ммоль/л) – с 2,7 ± 1,9 до 7,7 ± 3,0% (t = 1,41; p > 0,05) с небольшим снижением в возрастной группе от 70 лет и старше – 7,0 ± 3,0% (t = 0,17; p > 0,05). Скорее всего, это связано с тем,

Таблица 1

Показатели общего холестерина в разных возрастных группах пациентов

Возрастные группы, лет	Частота значений общего холестерина, %			
	< 5,0 ммоль/л n = 184	5,0-6,4 ммоль/л n = 249	6,5-8,0 ммоль/л n = 102	> 8,0 ммоль/л n = 33
< 20	50,0 ± 5,9	39,2 ± 5,7	8,1 ± 3,2	2,7 ± 1,9
20-29	40,5 ± 5,5	44,3 ± 5,6	11,4 ± 3,6	3,8 ± 2,2
30-39	32,9 ± 5,1	47,1 ± 5,4	15,3 ± 3,9	4,7 ± 2,3
40-49	26,4 ± 4,6	42,9 ± 5,2	24,2 ± 4,5	6,6 ± 2,6
50-59	31,1 ± 4,9	41,1 ± 5,2	20,0 ± 4,2	7,8 ± 2,8
60-69	20,5 ± 4,6	47,4 ± 5,7	24,4 ± 4,9	7,7 ± 3,0
≥ 70	26,8 ± 5,3	45,1 ± 5,9	21,1 ± 4,9	7,0 ± 3,0
Всего	32,4 ± 2,0	43,8 ± 2,1	18,0 ± 1,6	5,8 ± 1,0

Таблица 2

Средние значения общего холестерина, массы тела и артериального давления среди пациентов с разными формами артериальной гипертензии и сердечно-сосудистыми заболеваниями на старте исследований (n = 568)

Группы пациентов	Число пациентов		Средние значения показателей			
	Абс.	%	ОХ, ммоль/л	Масса тела, кг/м ²	САД, мм рт.ст.	ДАД, мм рт.ст.
АГ:						
- мягкая	103	18,1 ± 1,6	5,83 ± 0,3	25,8 ± 0,6	148,3 ± 3,3	83,3 ± 1,2
- умеренная	93	16,4 ± 1,6	7,14 ± 0,5	28,6 ± 0,7	160,4 ± 3,6	90,4 ± 1,4
- выраженная	65	11,4 ± 1,3	9,26 ± 0,6	32,3 ± 0,8	176,0 ± 3,5	96,5 ± 1,5
- Всего	261	46,0 ± 2,1	7,15 ± 0,3	28,4 ± 0,5	159,5 ± 3,1	89,1 ± 1,2
ССЗ	84	14,8 ± 1,5	9,73 ± 0,4	32,8 ± 0,9	171,3 ± 4,1	97,3 ± 1,9
Контроль	223	39,3 ± 2,1	4,13 ± 0,2	23,7 ± 0,5	127,2 ± 3,1	74,1 ± 1,1

САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД.

что с возрастом питание людей приобретает обильный и высококалорийный характер, что и приводит к увеличению уровня ОХ в крови. В старческих возрастных группах, в связи с угасанием физиологических функций питания приобретает, наоборот, умеренный характер.

Сказанное подтверждается и тем, что между значениями ОХ и массой тела пациентов выявлена прямая положительная коррелятивная связь ($r = 0,92 \pm 0,06$), а это, в свою очередь, отражается на частоте их заболеваемости разными формами АГ и ССЗ и показателях АД (таб. 2).

Приведенные данные показывают, насколько важен ОХ в формировании АГ и ССЗ. Если в контрольной группе показатель ОХ составляет в среднем $4,53 \pm 0,2$ ммоль/л (норма), то в общей группе пациентов с АГ он возрастает до $7,15 \pm 0,3$ ммоль/л ($t = 8,39$; $p < 0,001$), достигая $9,26 \pm 0,6$ ммоль/л среди пациентов с выраженной формой АГ ($t = 3,15$; $p < 0,01$). Высок показатель ОХ и среди пациентов с ССЗ – $9,73 \pm 0,4$ ммоль/л ($t = 11,67$; $p < 0,001$). Масса тела в контрольной группе была равна в среднем $23,7 \pm 0,5$ кг/м², в группе АГ соответственно $28,4 \pm 0,5$ кг/м² ($t = 6,62$; $p < 0,001$), в группе ССЗ – $35,8 \pm 0,9$ кг/м² ($t = 4,27$; $p < 0,001$).

Весьма показательны и результаты измерений АГ. Так, на старте настоящих исследований средние значения

соотношения САД и ДАД в контрольной группе составили $127,2 \pm 3,1$ и $74,1 \pm 1,1$ мм рт.ст., в группе пациентов с АГ значение САД возросло до $159,5 \pm 3,1$ мм рт.ст. ($t = 7,34$; $p < 0,001$), значение ДАД – до $89,1 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($t = 9,20$; $p < 0,001$), еще выше были эти значения в группе пациентов с ССЗ – соответственно $171,3 \pm 4,1$ мм рт.ст. ($t = 2,30$; $p < 0,05$) и $97,3 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($t = 3,64$; $p < 0,001$).

Всем пациентам было рекомендовано следующее холестериноснижающее питание: отказ от животного масла, снижение углеводных, кондитерских и мясных изделий, увеличение куриных, рыбных и молочных изделий, фруктов, овощей и зелени. Пациентам была роздана памятка, содержащая сведения об энергоценности отдельных продуктов питания и разъяснена методика их набора – до 2200-2500 ккал/сутки. Также было рекомендовано уменьшение употребления поваренной соли (не более одной чайной ложки в день). На финише исследований (примерно через 2 года) среди пациентов с АГ и ССЗ было сформировано по 2 группы. Все пациенты получали примерно идентичную медикаментозную терапию. Однако, одна группа пациентов полностью придерживалась рекомендаций по холестериноснижающей диете, а другая часто нарушала ее. В результате учитываемые показатели ОХ в крови оказались неодинаковыми (таб. 3).

Сочетание адекватной медикаментозной терапии с холестериноснижающим питанием позволяет в течение 2 лет нормализовать содержание ОХ в крови. Так, среди пациентов АГ показатель ОХ снизился с $7,15 \pm 0,3$ до $4,62 \pm 0,4$ ммоль/л ($t = 5,06$; $p < 0,001$), среди пациентов с ССЗ соответственно с $9,73 \pm 0,4$ до $5,73 \pm 0,8$ ммоль/л ($t = 4,49$; $p < 0,001$).

Произошло и довольно ощутимое снижение и массы тела: среди пациентов с АГ – с $28,4 \pm 0,5$ до $26,1 \pm 0,7$ кг/м² ($t = 2,67$; $p < 0,01$), среди пациентов с ССЗ – с $32,8 \pm 0,9$ до $27,5 \pm 1,1$ кг/м² ($t = 3,73$; $p < 0,001$). В результате удалось достигнуть стабильных, практически целевых уровней АД. В частности, в течение 2 лет среди пациентов с АГ САД снизился с $159,5 \pm 3,1$ до $136,7 \pm 3,3$ мм рт.ст. ($t = 5,03$; $p < 0,001$), ДАД – с $89,1 \pm 1,2$ до $73,3 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($t = 8,59$; $p < 0,001$), среди пациентов с ССЗ: САД – с $171,3 \pm 4,1$ до $143,5$

Таблица 3

Средние значения общего холестерина, массы тела и артериального давления среди пациентов с артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от выполняемости холестериноснижающей диеты на финише исследований (через 2 года)

Учитываемые показатели	Выполняемость холестериноснижающей диеты			
	Максимальная		Частичная	
	АГ	ССЗ	АГ	ССЗ
	n = 114	n = 36	n = 147	n = 48
ОХ, ммоль/л	4,62 ± 0,4	5,73 ± 0,8	6,44 ± 0,3	7,86 ± 0,6
Масса тела, кг/м ²	26,1 ± 0,7	27,5 ± 1,1	27,5 ± 0,6	31,6 ± 1,0
САД, мм рт.ст.	136,7 ± 3,3	143,5 ± 4,1	148,4 ± 3,2	78,6 ± 1,3
ДАД, мм рт.ст.	73,3 ± 1,4	74,8 ± 2,1	156,2 ± 3,8	83,6 ± 2,0

$\pm 4,1$ мм рт.ст. ($t = 4,79$; $p < 0,001$), ДАД – с $97,3 \pm 1,9$ до $74,8 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($t = 7,95$; $p < 0,001$). Необходимо отметить, что пациенты оказались восприимчивыми к рекомендованной нами упрощенной холестеринснижающей диете и самостоятельно контролировали энергоценность ежедневно употребляемых продуктов питания. В то же время, в силу устоявшихся пищевых привычек, не всем пациентам удалось строго придерживаться рекомендуемой диеты. Хотя в течение 2 лет и произошло снижение показателей ОХ, массы тела, САД и ДАД, однако, при сравнении данных на старте и финише исследований разница в показателях оказалась статистически не достоверной.

Выводы

Повышенное содержание общего холестерина в крови является не только фактором риска формирования артериальной гипертонии и сердечно-сосудистой заболеваемости, но и снижает эффективность медикаментозной терапии этих заболеваний. Максимальная выполнимость рекомендованной упрощенной холестеринснижающей диеты позволяет в фиксированный период времени (2 года) нормализовать содержание общего холестерина в крови. В результате сочетания лечения и диеты достигается стабильный целевой уровень артериального давления. Изыскание подходов по повышению приверженности пациентов к холестеринснижающей диете повышает эффективность медикаментозной терапии.

Литература

1. Акимова ЕВ, Кузнецов ВА, Гафаров ВВ, и др. Некоторые поведенческие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин средних возрастных групп. *Тер. Архив.* 2009;1:56-60.
2. Бубнова МГ. Современные рекомендации по профилактике и лечению артериальной гипертонии. *Проф. забот. и укрепл. здоровья.* 2006;2:1-11.
3. Колбасникова СВ, Воробьева НО, Кононова ЕС, и др. Факторы риска артериальной гипертонии и психологическая готовность больных на проведение профилактики. *Здравоохр. Рос. Фед.* 2009;2:21-23.
4. Мартынова АГ, Кодочигова АИ, Киричук ВФ, и др. Артериальная гипертония и масса тела, решенные и нерешенные проблемы. *Клин. мед.* 2005;8:32-36.
5. Оганов РГ, Галкин ВА, Масленникова ГЯ. Артериальная гипертония – проблема поликлиническая. *Тер. Архив.* 2006;1:6-9.
6. Фролова ЕВ, Плавинский СЛ, Моисеева ИЕ, и др. Эффективность немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии в общей врачебной практике. *Кардиология.* 2004;2:35-39.
7. Chobanian A, Bakris G, Black H, et al. The National High Blood Pressure Education Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention. Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. ОНК 7 Complete version. *J. Hypertens.* 2003;42:1206-1252.
8. Graham IM, D'Agostino R. Managing cardiovascular risk. *Oxford Clinical Publishing.* 2007;3:11.
9. Lloyd-Jones DM. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation.* 2006;113:791-798.
10. Sever P, Dahlof B, Poulter, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower than average cholesterol concentrations in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Lipid Lowering Arm. *Lancet.* 2003;361:1149-1158.

Neiromidina în afecțiunile sistemului nervos periferic și în parezele, cauzate de accidentele vasculare cerebrale ischemice

M. Gavriiliuc, A. Grumeza*, O. Șchiopu

Institute of Neurology and Neurosurgery
2, Korolenko Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37379450924. E-mail: alexgrumeza@yahoo.com

Manuscript received February 03, 2011; revised May 27, 2011

Neiromidin in the Treatment of Ischemic Stroke Patients and Patients with Pathology of Peripheral Nervous System

The purpose of this study was to evaluate the efficiency of Neiromidin (Ipidacrine) in the treatment of ischemic stroke patients and patients with pathology of peripheral nervous system (polyneuropathies, mononeuropathies, radiculopathies) by clinical and electrophysiological examinations. In order to enhance the accuracy of the study patients were randomized in 4 groups. All patients were examined clinically using special scales (Barthel index of daily living, polyneuropathic scale), as well they underwent electrophysiological exams (neurography, needle EMG, Somatosensorial Evoked Potentials). All patients were examined twice: one time at the beginning of the treatment and a second time three months later. Results of repeated clinical examination revealed a significant increase in the functional independency in patients treated with Neiromidin. Electrophysiological exam showed faster improvements of electrophysiological parameters in Neiromidin treated patients.

Key words: Ipidacrine, electrophysiology, stroke, peripheral paresis.