

УДК: 616.12-008.331.1-085+616.633.857-06+616-056.52-06+616.153.915-06+615.225.3+615.015.32

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХОМВИОТЕНЗИНОМ И ХОМВИО – РЕВМАНОМ НА ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Коваль С.Н., Мысниченко О.В.

Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины (г. Харьков)

В настоящее время особую актуальность приобрела проблема сочетания гипертонической болезни (ГБ) с метаболическими нарушениями. Такое сочетание патологических состояний в последние годы объединяется термином “метаболический синдром” (МС). Основными компонентами МС считаются: абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, дислипотеинемия (ДЛП) и повышение артериального давления (АД) [4, 10].

Одним из частых метаболических нарушений, которые встречаются как при ГБ, так и при МС, является гиперурикемия (ГУ) и развивающаяся на этом фоне подагра [3, 4, 12, 16]. ГУ возникает в связи с изменением метаболизма мочевой кислоты - избыточное образование из пуринов либо нарушение ее выведения. Эти изменения могут быть связаны с генетическими дефектами, внешнесредовыми влияниями или их сочетанием.

Установлено, что ГУ повышает и без того высокий риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений у больных ГБ и МС [8, 14, 15, 16]. ГУ способствует увеличению выраженности воспалительных процессов, в том числе в эндотелии сосудов, активации ряда мощных провоспалительных цитокинов, ускорению прогрессирования атеросклероза. Неблагоприятным осложнением подагры является поражение почек в виде интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, ведущих в итоге к хронической почечной

недостаточности (ХПН). Показано, что более 60% больных подагрой погибают от сердечно-сосудистых катастроф и около трети – от ХПН [9, 11, 16].

В свете изложенного важнейшее значение имеет разработка эффективных патогенетически обоснованных подходов к терапии больных ГБ с МС и ГУ. При данных сочетаниях патологических состояний существенно ограничен выбор лекарственных препаратов: применяемые препараты должны улучшать показатели пуринового обмена, улучшать или как минимум не ухудшать инсулинорезистентность и состояние липидного обмена. Таким образом выбор адекватной терапии данной категории больных является сложной и не до конца решенной задачей [3, 7, 8, 13]. Одним из перспективных терапевтических подходов у больных ГБ с гиперурикемией, ассоциированной с МС, может быть применение препаратов растительного происхождения с гомеопатическими концентрациями входящих в них ингредиентов антигипертензивной и гипоурикемической направленности. К таким лекарственным средствам можно отнести следующие комбинированные растительные гомеопатические препараты: антигипертензивный препарат с мягким мочегонным, антиаритмическим, гиполипидемическим и седативным эффектами - хомвиотензин и препарат гипоурикемического, противовоспалительного и обезболивающего действия - хомвио-ревман (фирма «Хомвиора Арцнаймиттель» ГмбХ, Германия) [2, 8].

В состав хомвиотензина входят гомеопатические дозы резерпина, раувольфии, омелы белой, боярышника; в состав хомвио-ревмана - гомеопатические дозы безвременника осеннего, клопогона кистевидного, коры ивы, переступня белого, руты пахучей.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния комбинации **Хомвиотензина** и **Хомвио-ревмана** на клинические, гемодинамические и метаболические показатели у больных ГБ, ассоциированной с МС и ГУ.

Материалы и методы

Обследовано 32 больных ГБ (20 мужчин и 12 женщин). Возраст больных составлял от 34 до 66 лет (средний возраст 50 ± 5 лет). Средняя длительность ГБ составила 9 ± 4 лет.

ГБ диагностировали в соответствии с рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов (2004) [6]. Среди обследованных больных у 10 человек диагностирована I стадия, у 22 - II стадия. В зависимости от выраженности повышения АД больные распределялись следующим образом: у 18 больных - I степень ГБ, у 14 - II степень.

В настоящее исследование были включены больные ГБ с наличием ГУ (уровень мочевой кислоты в крови натошак равный и более 400 мкмоль/л у мужчин и 360 мкмоль/л у женщин).

Диагностику подагры проводили в соответствии с критериями ВОЗ (2000) [3]. При этом у 8 пациентов из 32 больных, включенных в исследование, была диагностирована подагра (у 2 больных имел место острый подагрический артрит в анамнезе, у 3 больных - межприступная подагра), у 12 больных выявлены жалобы на периодически возникающие болевые ощущения в одном или нескольких суставах, или в околосуставной области, или преходящие невыраженные болевые ощущения в мышцах ног.

У всех обследованных 32 больных был выявлен МС: у 13 больных - трехкомпонентный МС, у 11 - четырехкомпонентный и у 8 больных - пятикомпонентный МС.

МС диагностировали в соответствии с рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов (2004) при наличии 3-х и более следующих компонентов: повышенное артериальное давление (АД) $> 130/85$ мм рт.ст.; абдоминальное ожирение - объем талии (ОТ) > 102 см у мужчин и > 88 см у женщин; гипергликемия натошак - уровень глюкозы крови натошак $> 6,1$ ммоль/л; гипертриглицеридемия $> 1,69$ ммоль/л; снижение ХСЛПВП менее 1,04 ммоль/л у мужчин и 1,29 ммоль/л у женщин [4, 6, 10].

Абдоминальное ожирение I – II степени выявлено у 18 пациентов, избыточная масса тела (ИМТ) - у 7 больных. Ожирение и ИМТ диагностировали по уровню индекса Кетле: масса тела (кг)/ рост (м). Критерием ИМТ было повышение индекса Кетле до 25,0-29,9 кг/м²; критерием ожирения I степени было повышение индекса Кетле до 30,0-34,9 кг/м², ожирения II степени – 35,0-39,9 кг/м². Абдоминальный характер ожирения диагностировали антропометрическим методом путем измерения ОТ на уровне пупка при ОТ >102 см - у мужчин и > 88 см - у женщин [4, 6].

Ишемическая болезнь сердца – стабильная стенокардия II функционального класса диагностирована у 9 больных, сердечная недостаточность (СН) I стадии – у 12 больных, СН II А стадии - у 10 больных.

Критериями исключения в настоящем исследовании были: симптоматические АГ, острый коронарный синдром, стенокардия высоких градаций, СН II Б - III стадий, сахарный диабет 1 и 2 типов и другие болезни эндокринной системы, острые воспалительные заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, онкологические заболевания.

Обследование больных включало: общепринятые клинико-инструментальные и биохимические методы.

Состояние липидного обмена оценивали на основании определения сыворотке крови уровней общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Эхокардиографическое исследование проводили на аппарате “Aloka SSD – 280 LS” в В и М-режимах по общепринятой методике [5].

Состояние углеводного обмена оценивали по уровню глюкозы сыворотки крови натощак глюкозооксидазным методом и уровню инсулина сыворотки крови натощак при помощи анализатора ”Humalyzer – 2000” иммуноферментным методом с использованием наборов «Инсулин – ELIZA» фирмы DRG (США) с последующим расчетом индекса инсулинорезистентности по формуле: уровень инсулина крови натощак (мЕД/мл) умноженный на

уровень глюкозы крови натощак (ммоль/л) и разделенный на 22,5. Наличие инсулинорезистентности диагностировали при значении индекса НОМА >3,0 [4,10].

Хомвиотензин (фирма «Хомвиора Арцнаймиттель» ГмбХ, Германия) назначали в дозе 1 таблетка 3 раза сутки, длительность терапии 8 недель. При недостаточной эффективности через 2 недели терапии дозу препарата увеличивали до 2 таблеток 3 раза в день. Через 4 недели терапии хомвиотензином всем больным назначали дополнительную терапию препаратом хомвио-ревман (фирма «Хомвиора Арцнаймиттель» ГмбХ, Германия) в дозировке 10 капель 3 раза в день. Обследование проводили до начала лечения, после 4 недель терапии хомвиотензином и после 4 недель комбинированной терапии хомвиотензином и хомвио – ревманом.

Терапия хомвиотензином и хомвио-ревманом у обследованных больных ГБ с ГУ проводилась на фоне малопуриновой диеты с ограничением калоража при наличии ожирения (стол №8 и разгрузочные дни 2 раза в неделю с калоражем до 800 ккал в сутки).

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программного обеспечения SPSS методами вариационной статистики на персональном компьютере типа IBM PC/AT Pentium II.

Результаты исследования.

Анализ влияния 4-х недельной терапии хомвиотензином (до присоединения к терапии хомвио - ревмана) обнаружил следующие изменения в клинических показателях, гемодинамических и метаболических параметрах у обследованных больных. В целом по группе больных выявлено существенное улучшение клинического состояния у 62 % пациентов. При этом установлено статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение частоты жалоб церебрального, кардинального и астено - невротического характера. Так, 66 % пациентов, отметили исчезновение или снижение выраженности имевшихся до лечения головных болей, 60 % больных с болевыми ощущениями в области сердца отметили уменьшение их выраженности или исчезновение.

Частота побочных эффектов была крайне низкой: у 2-х больных выявлена незначительная преходящая сухость во рту, у 3-х больных – незначительная заложенность носа. Негативных изменений со стороны общеклинических показателей крови, функции печени и почек не установлено.

После 4-х недельной терапии в целом по группе больных обнаружено достоверное снижение «офисных» показателей АД: систолического АД - от $(152,1 \pm 4,5)$ до $(127,2 \pm 2,4)$ мм рт.ст., $p < 0,05$; диастолического - от $(96,6 \pm 3,5)$ до $(82,5 \pm 1,3)$ мм рт. ст., $p < 0,05$. Достоверных изменений в уровнях ЧСС до и после 4-х недельной терапии хомвиотензином отмечено не было.

Частота достижения «целевых уровней АД» под влиянием 4-х недельной терапии хомвиотензином была следующей. Среди больных ГБ 1 степени «целевые уровни АД» достигнуты у 67 % человек, среди больных ГБ 2 степени – у 61 % ($p > 0,05$). Достижение «целевых уровней АД» у больных ГБ 1 степени потребовало применения следующих дозировок хомвиотензина: в 65 % случаев – 3 таблетки в сутки и в 35% случаев – 6 таблеток в сутки. Для достижения «целевых уровней АД» в подгруппе пациентов с ГБ 2 степени дозировка хомвиотензина 6 таблеток в сутки была необходима в достоверно большем количестве случаев, чем при ГБ 1 степени, – в 77% ($p < 0,05$) и лишь у 23% этих больных была эффективна дозировка хомвиотензина 3 таблетки в сутки ($p < 0,05$; в сравнении с больными ГБ 1 степени).

Достоверных различий в частоте достижения «целевых уровней АД» у больных ГБ в зависимости от числа компонентов МС не установлено.

При оценке параметров внутрисердечной гемодинамики и структурно-функционального состояния миокарда у больных ГБ с ГУ при помощи эхокардиографического исследования в целом в группе обследованных больных под влиянием 4-х недельной терапии хомвиотензином достоверных изменений не было выявлено.

Лечение хомвиотензином больных ГБ с ГУ в течение 4 недель достоверно не изменило показатели углеводного, липидного и пуринового обменов.

В соответствии с протоколом исследования в последующие 4 недели была продолжена терапия больных ГБ с ГУ хомвиотензином, но дополнительно всем указанным пациентам был назначен хомвио-ревман в дозировке 10 капель 3 раза в сутки. Анализ влияния комбинации хомвиотензина с хомвио-ревманом на клинические, гемодинамические и метаболические показатели у больных ГБ с ГУ приведен ниже.

Установлено, что длительное 8-ми недельное применение хомвиотензина в комбинации с 4-х недельным приемом хомвио-ревмана у больных ГБ с ГУ в целом хорошо переносилось данными пациентами. Частота побочных эффектов достоверно не отличалась от таковой после 4-х недельной терапии хомвиотензином ($p > 0,05$): невыраженная заложенность носа – у 3-х больных, сонливость – у 2-х больных, преходящие гастралгии – у 3-х пациентов. Не было также обнаружено неблагоприятных изменений со стороны общеклинических показателей крови, функции печени и почек. Вместе с тем, отмечалось достоверное уменьшение частоты и выраженности головных болей и кардиалгий. Так, если после 4-х недельного лечения хомвиотензином исчезновение или снижение интенсивности головных болей отметили 66% из числа имевших их до начала лечения, то после комбинированного применения хомвиотензина и хомвио-ревмана еще на протяжении 4-х недель снижение или уменьшение головных болей констатировало 86% пациентов этой группы ($p < 0,05$). Из числа больных с исходными жалобами на кардиалгии 84% пациентов в конце комбинированного лечения хомвиотензином и хомвио-ревманом отметили их исчезновение или уменьшение выраженности (в сравнении с 60%, отметившими улучшение в данной сфере после 4-х недельной терапии только хомвиотензином, $p < 0,05$). Кроме того, у 10 из 12 больных, предъявлявших до начала лечения жалобы на периодические болевые ощущения в суставах, в околосуставной области или в мышцах ног, после добавления к хомвиотензину препарата хомвио-ревман не отмечали подобных жалоб.

В целом после 8-ми недельного лечения хомвиотензином и 4-х недельного применения хомвио-ревмана достоверно большее количество больных отмечало общее улучшение самочувствия (78%) в сравнении с 62% больных после 4-х недельной терапии одним хомвиотензином ($p < 0,05$).

Под влиянием 8-ми недельной терапии хомвиотензином с добавлением на протяжении последних 4-х недель хомвио – ревмана в сравнении только с 4-х недельной терапией хомвиотензином достоверно увеличилась частота достижения «целевых уровней АД» (среди больных ГБ 1 степени с 67 % до 85% ($p < 0,05$), среди больных ГБ 2 степени – с 61 % до 82 % ($p < 0,05$). Достоверных различий в частоте достижения «целевых уровней АД» у больных ГБ в зависимости от числа компонентов МС не установлено.

При эхокардиографическом исследовании у больных ГБ с ГУ после полного курса лечения хомвиотензином в сочетании с хомвио-ревманом наблюдалась отчетливая тенденция к увеличению фракции выброса, степени укорочения передне-заднего размера в систолу и скорости укорочения циркулярных волокон миокарда левого желудочка.

Дополнение к терапии хомвиотензином больных ГБ с ГУ препарата хомвио – ревмана на протяжении 4-х недель приводило к достоверному снижению среднего уровня мочевой кислоты в крови в целом по группе: у мужчин – с $520,3 \pm 34,8$ мкмоль/л до $342,7 \pm 18,7$ мкмоль/л ($p < 0,05$), у женщин – с $380,8 \pm 25,4$ мкмоль/л до $302,7 \pm 16,5$ мкмоль/л ($p < 0,05$). При этом обнаружено более выраженное снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови у мужчин больных ГБ с ГУ в возрасте до 49 лет в сравнении с больными мужчинами в возрасте старше 50 лет: среднее снижение данного показателя составило в первой подгруппе $34,4 \pm 6,5\%$, во второй подгруппе - $14,6 \pm 5,9\%$ ($p < 0,05$).

Анализ влияния 8-ми недельного применения хомвиотензина в комбинации с 4-х недельным приемом хомвио-ревмана на чувствительность тканей к инсулину выявил достоверное снижение показателя инсулинорезистентности (индекса НОМА) в подгруппе больных с выраженным, более чем 30%

снижением уровня мочевой кислоты в крови после курса терапии. Индекс инсулинорезистентности в данной подгруппе больных снизился с $6,7 \pm 2,3$ до $2,5 \pm 1,6$ ($p < 0,05$).

Показатели липидного обмена и степень ИМТ или ожирения по данным индекса Кетле статистически достоверно не изменились в результате проведенного лечения.

Таким образом, данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что 4-х и 8-ми недельная терапия больных ГБ с ГУ хомвиотензином оказывает значимое антигипертензивное действие. Увеличение длительности терапии хомвиотензином с 4-х до 8-ми недель и/или добавление хомвио-ревмана достоверно повышает антигипертензивную эффективность лечения.

Важным результатом настоящего исследования является обнаруженный факт достоверного снижения степени ГУ у больных ГБ с данным метаболическим нарушением. Особо необходимо отметить более выраженное гипоурикемическое действие хомвио-ревмана у мужчин ГБ с ГУ молодого возраста в сравнении с пожилыми мужчинами.

Заслуживает также быть отмеченной возможность достоверного улучшения чувствительности тканей к инсулину под влиянием комбинированной терапии хомвиотензином и хомвио-ревманом у больных ГБ с ГУ и исходным наличием инсулинорезистентности. В наибольшей степени эта возможность проявляется у больных с выраженным снижением степени ГУ.

К значимому результату исследования следует отнести то, что показана высокая безопасность и хорошая переносимость достаточно длительного применения комбинации хомвиотензина и хомвио-ревмана у больных ГБ с наличием ГУ. Немаловажным является клинически проявлявшееся у больных противовоспалительное и обезболивающее действие хомвио-ревмана (его способность снижать выраженность головных болей, кардиалгий и болевых ощущений в суставах и мышцах).

Обсуждая полученные данные следует отметить, что антигипертензивное действие хомвиотензина обусловлено его составом: раувольфия и ее алкалоид резерпином (гипотензивные агенты), омела белая (влияние на сосудодвигательный центр продолговатого мозга, мягкое диуретическое действие, улучшение выделительной функции почек), боярышник (спазмолитическое, мягкое диуретическое и седативное действие) [2].

Вместе с тем практически важным является то, что препарат с гомеопатическими концентрациями ингредиентов способен столь существенно улучшать гемодинамические показатели не только при 1, но и при 2 степени ГБ.

Несомненно, очень интересным является и хомвио-ревман, который показал значимый гипоурикемический эффект у больных ГБ с наличием достаточно выраженной ГУ. Полученные данные согласуются с результатами исследований других авторов, полученных при применении хомвио-ревмана у больных с различными проявлениями подагры [1, 9]. Не вполне понятно более существенное гипоурикемическое действие хомвио-ревмана у молодых мужчин. С одной стороны, это является практически значимым, а с другой – требующим дальнейшего изучения.

Важным представляется улучшение под влиянием хомвио-ревмана чувствительности тканей к инсулину, особенно у больных хорошо чувствительных к гипоурикемическому действию препарата. Однако не достаточно ясно, что в данном случае первично. Возможно хомвио-ревман может непосредственно улучшать чувствительность тканей к инсулину, что способствует его гипоурикемическому эффекту. Это предположение базируется на имеющихся данных о том, что гиперинсулинемия значительно снижает экскрецию и увеличивает реабсорбцию мочевой кислоты почками [1, 11]. Вместе с тем, данный эффект хомвио-ревмана требует дальнейшего изучения.

Таким образом, комбинированная терапия хомвиотензином и хомвио-ревманом является терапией выбора у больных ГБ, протекающей с ГУ в сочетании с МС.

Список литературы.

1. Барскова В.Г. Подагра и синдром инсулинорезистентности // Русский медицинский журнал.-2003.-Том 11 № 23.-С.28-34.
2. Безродная Л.В., Давыдова И.В., Шлыкова Н.А. Результаты рандомизированного, двойного слепого, плацебо – контролируемого, параллельного клинического исследования препарата «Хомвиотензин» для лечения больных первичной артериальной гипертонией.-2001, с.6
3. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз: практическое руководство.-К.: Морион, 2003.-448с.
4. Материалы Рабочей группы УАК и УАЭ по проблеме метаболического синдрома, диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний./ Митченко Е.И. и соавт. - Киев, 2007, 59 с.
5. Мухарлямов Н.М., Беленков Ю.Н., Атьков О.Ю (1987) Клиническая ультразвуковая диагностика. Руководство для врачей: В 2-х томах. - М., Медицина, Т 1:с. 43-155.
6. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, Київ, 2004- 83 с.
7. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. (2001). Артериальная гипертензия. Практическое руководство. Под ред. В.Н. Коваленко. Киев: Морион, 528 с.
8. Свінцицький А.С. Ревматичні хвороби та синдроми . – К.: 2006.-621с.
9. Шостак Н.А. и соавт. Подагра - острый подагрический артрит и возможности его лечения // Русский медицинский журнал. – 2003.-том 11 № 23.-С.41-47.
- 10.Школа по диагностике и лечению метаболического синдрома/Под ред. Оганова Р.Г., Мамедова М.Н. –М.:2007; 63 с.
- 11.Alderman M.H. Serum uric acid and cardiovascular events in secsassfulli trtated hypertensive patients. Hypertension. 1999; 34: 144-150.

- 12.Despres J.-P. Abdominal obesity: the most prevalent cause of the metabolic syndrome and related cardiometabolic risk// Eur.Heart J.,V.8,Suppl.B, 2006, p.4-12
- 13.European Society of Hypertension, International Society of Hypertension (2007) Guidelines for the Management of Hypertension. J. Hypertens., 17: 51-18
- 14.France L.V.; Pahor M. et. al. Serum uric acid, diuretic treatment and risk of cardiovascular events in Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). J. Hypertension. 2000; 18; 1149-1154.
- 15.Hoiggen A. et al. The impact of serum uric acid on cardiovascular outcomes in the LIFE study. Kidney Int. 2004; 65; 1041-1049.
- 16.Verdecchia P. Relation between serum uric acid and risk of cardiovascular disease in essential hypertension. The PIUMA Study. Hypertension. 2000; 36: 1072-1078.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХОМВИОТЕНЗИНОМ И ХОМВИО – РЕВМАНОМ НА ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Коваль С.Н., Мысниченко О.В.

Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

В работе представлены данные клинического изучения комбинации фитопрепаратов - хомвиотензина и хомвиоревмана (фирмы «Хомвиора Арцнаймиттель» ГмбХ, Германия), содержащих ингредиенты в гомеопатических концентрациях, у больных гипертонической болезнью, ассоциированной с метаболическим синдромом и гиперурикемией.

Обследовано 32 больных указанной группы в возрасте от 34 до 65 лет (20 мужчин, 12 женщин). Проведено общепринятое клинико-инструментальное, биохимическое обследование, антропометрия, эхокардиография, определение липидного обмена, индекса инсулинорезистентности и уровня в сыворотке крови мочевой кислоты. Хомвиотензин назначали в дозе 3 таблетки в сутки, длительностью 8 недель. При недостаточной эффективности через 2 недели терапии дозу увеличивали до 6 таблеток в сутки. Хомвио-ревман назначали с 5-ой недели терапии хомвиотензином длительность 4 недели в дозе 10 капель 3 раза в сутки.

Установлено значимое антигипертензивное действие хомвиотензина и существенный гипоурикемический эффект хомвио-ревмана у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом и гиперурикемией. Показана возможность снижения инсулинорезистентности у данной категории больных под влиянием комбинированного применения хомвиотензина и хомвио-ревмана.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХОМВІОТЕНЗИНОМ ТА ХОМВІО-РЕВМАНОМ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ЯКА АСОЦІЙОВАНА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ГІПЕРУРІКЕМІЄЙ

Коваль С.М., Мисниченко О.В.

Інститут терапії ім. Л.Т. Малої АМН України, м. Харків

РЕЗЮМЕ

В роботі представлені дані клінічного вивчення комбінації фітопрепаратів - хомвіотензина і хомвіо-ревмана (фірми «Хомвіора Арцнайміттель» ГмбХ, Німеччина), які вміщують інгредієнти в гомеопатичних концентраціях, у хворих гіпертонічною хворобою, яка асоційована з метаболічним синдромом та гіперурікемією.

Обстежено 32 хворих вказаної групи у віці від 34 до 65 років (20 чоловіків, 12 жінок). Проведено загальноприйняті клініко-інструментальні, біохімічні методи, антропометрію, ехокардіографію, дані ліпідного обміну, визначення індексу інсулінорезистентності (НОМА) та рівня в сироватці крові січової кислоти. Хомвіотензин призначали в дозі 3 таблетки на добу, на протязі 8 тижнів. При недостатньої ефективності через 2 тижні дозу збільшували до 6 таблеток на добу. Хомвіо-ревман призначали з 5-го тижня терапії хомвіотензином на протязі 4 тижнів в дозі 10 крапель 3 рази на добу.

Встановлена значима антигіпертензивна дія хомвіотензина та суттєвий гіпоурікемічний ефект хомвіо-ревмана у хворих на гіпертонічну хворобу з метаболічним синдромом и гіперурікемією. Показана можливість зниження інсулінорезистентності у данної категорії хворих під впливом комбінованого застосування хомвіотензина и хомвіо-ревмана.

THE INFLUENCE OF COMBINED THERAPY WITH HOMVIOTENSIN AND HOMVIO-RHEUMAN ON THE COURSE OF ESSENTIAL HYPERTENSION ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME AND HYPERURICEMIA

Koval S.N., Mysnychenko O.V.

Research Institute of Therapy named after L.T. Malaya of the AMS of Ukraine,
Kharkov

Summary

The results of clinical study of phytodrugs combination included homviotensin and homvio-rheuman in homeopathic concentration of ingredients (production of “Homviora Arzneimittel” Gmb, Germany) in patients with essential hypertension associated with metabolic syndrome and hyperuricemia are presented in the work.

32 patients of indicated group (20 males and 12 females) aged 34 to 65 years old were examined. The examination included usual clinical, instrumental, biochemical methods, anthropometric measurements, echocardiography, evaluation of plasma lipids and an obtaining of insulin resistance index (HOMA index) and serum level of uric acid were the main parts of examination. Homviotensin was prescribed 3 tablets daily during 8 weeks. If it was necessary, in a fortnight the daily dose was increased to 6 tablets. Homvio-rheuman was prescribed after 4 weeks of therapy with homviotensin for a period of 4 weeks in daily dose of 30 drops.

A significant antihypertensive action of homviotensin and marked hypouricemic effects of homvio-rheuman were revealed in patients with essential hypertension associated with metabolic syndrome and hyperuricemia. A possibility to decrease insulin resistance in this category of patients under combined usage of homviotensin and homvio-rheuman was shown.