

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е. И.** академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГБУ РКНПК Минздравсоцразвития РФ
- Скворцова В. И.** член-корр. РАМН, заместитель министра здравоохранения РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

- Наркевич К.** профессор, вице-президент Европейского общества по артериальной гипертензии (Польша)
- Карпов Ю. А.** профессор, первый заместитель генерального директора ФГБУ РКНПК, заместитель генерального директора по науке ФГБУ РКНПК Минздравсоцразвития РФ
- Чазова И. Е.** президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, член-корр. РАМН, руководитель отдела системных гипертензий, директор НИИ кардиологии ФГБУ РКНПК Минздравсоцразвития РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

- Наконечников С. Н.** директор Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, д. м. н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК Минздравсоцразвития РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| Ахмеджанов Н. М. (Москва) | Остроумова О. Д. (Москва) |
| Бойцов С. А. (Москва) | Ощепкова Е. В. (Москва) |
| Галявич А.С. (Казань) | Перепеч Н. Б. (С.-Петербург) |
| Гончарова Е. А. (Москва) | Подзолков В. И. (Москва) |
| Демидов А. А. (Астрахань) | Ратова Л. Г. (Москва) |
| Довгалецкий П. Я. (Саратов) | Рогоза А. Н. (Москва) |
| Карамова И. М. (Уфа) | Терещенко С. Н. (Москва) |
| Карпов Р. С. (Томск) | Тюрина Т. В. (С.-Петербург) |
| Лопатин Ю. М. (Волгоград) | Чихладзе Н. М. (Москва) |
| Мартынов А. И. (Москва) | Чукаева И. И. (Москва) |
| Мартынюк Т. В. (Москва) | Шахиджанова С. В. (Москва) |
| Медведева И. В. (Тюмень) | Шальнова С. А. (Москва) |
| Небиеридзе Д. В. (Москва) | Шалаев С. В. (Тюмень) |
| Недогода С. В. (Волгоград) | Шестакова М. В. (Москва) |
| Никитин Ю. П. (Новосибирск) | Шлык С. В. (Ростов-на-Дону) |
| Огарков М. Ю. (Кемерово) | Шутемова Е. А. (Иваново) |

СПОНСОРЫ КОНГРЕССА

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

КРКА



ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ:



АСТРАЗЕНЕКА

«БЕРЛИН-ХЕМИ / А.МЕНАРИНИ»



БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ



ООО БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»



ГЕДЕОН РИХТЕР



ЗЕНТИВА

ООО «НОВАРТИС ФАРМА»



ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ



НИКОМЕД, в составе ТАКЕДА



Nycomed: a Takeda Company



САНОФИ

SANOFI

ООО «ЭББОТТ ПРОДАКТС»



СПОНСОРЫ КОНГРЕССА:

АКТАВИС

АКТЕЛИОН

АСТРОКАРД - ЗАО МЕДИТЕК

БЕЛУПО

ВЕРВАГ

ОЗОН ФАРМАЦЕВТИКА

ОМРОН

ООО «ДИАПАРК»

ООО «ПЁТР ТЕЛЕГИН»

ООО «ЭЙ ЭНД ДИ РУС»

ПФАЙЗЕР

ТЕВА

ФАРМСТАНДАРТ

ФОРМЕД

ООО «ФИЛИПС»

ООО «ШТАДА МАРКЕТИНГ»

ЭГИС

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:

МЕДИА МЕДИКА, ГК РЕМЕДИУМ, ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ МЕДФОРУМ
(ЖУРНАЛ «ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. КАРДИОЛОГИЯ»),
ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»,
ЖУРНАЛ «ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ», ИД «РУССКИЙ ВРАЧ», ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

СОДЕРЖАНИЕ

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ	1
СПОНСОРЫ КОНГРЕССА	2
СОДЕРЖАНИЕ	3
1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	5
2. ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	11
3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ.....	15
4. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	28
5. РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	34
6. НОВЫЕ ДАННЫЕ В ИЗУЧЕНИИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	46
7. НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АГ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ	64
8. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС.....	67
9. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.....	72
10. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ..	78
11. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АРИТМИЙ	83
12. ГЕНЕТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИКА. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	86
13. РАЗНОЕ	91
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	98

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

1.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

БЕЛОЗЁРОВА Н. В., ШУРКЕВИЧ Н. П.,
ВЕТОШКИН А. С., ГАПОН Л. И., ГУБИН Д. Г.

Филиал ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН,
МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ»,
Тюменская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить показатели СМАД у больных АГ в условиях заполярной вахты.

Материал и методы:

Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, которые составили группу наблюдения 93 пациента, работающих в условиях заполярной вахты, и группу сравнения – 64 пациента, постоянных жителей средней полосы (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, офисному САД, ДАД. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008 – 2010) гг. Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов. Рассчитывались средние значения САД и ДАД, индексы нагрузки АД, вариабельность АД, суточный индекс, параметры утреннего подъема АД.

Результаты:

Среднесуточные и дневные значения САД и ИВСАД в тюменской группе были значимо выше ($P = 0.0428$ для САД₂₄, $P = 0.0002$ для САД_д, $P = 0.0151$ для ИВСАД₂₄, $P = 0.0062$ для ИВСАД_д) на фоне значимо более частого ритма и вариабельности ЧСС в группе северных пациентов ($P < 0.00001$). Определялась высокая дневная вариабельность САД ($P = 0.0002$) и ДАД ($P = 0.0292$) в группе наблюдения, но значимо повышенная ВДАД₂₄ у пациентов тюменской группы ($P = 0.0086$). В северной группе пациентов были значимо выше ночные значения САД ($P = 0.0274$), ДАД ($P < 0.00001$) и ИВДАД_н ($P = 0.0006$). В группе наблюдения преобладали типы суточного профиля «non dipper» ($P < 0.00001$) и «night peaker» ($P = 0.0073$), характеризующие недостаточное ночное снижение АД. СИСАД, СИДАД и ЦИ ЧСС были значимо меньше ($p < 0.00001$) в северной группе. В группе сравнения, наоборот, преобладали СП «dipper» ($P = 0.0439$), «over dipper» ($P < 0.00001$), что соответствовало более высоким значениям ВУПСАД, ВУПДАД, СУПСАД и значимо – СУПДАД в группе сравнения.

Заключение:

В условиях Севера преобладала преимущественно ночная систоло-диастолическая гипертензия с более высокой среднесуточной ЧСС и вариабельностью ЧСС, плоским типом суточных ритмов АД и ЧСС, в тюменской группе – преимущественно дневная систолическая АГ.

1.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА

СКРИПЧЕНКО А. Е., СТАНКОВА О. Н., ОГАРКОВ М. Ю.,
АЛЕКСЕЕВА Т. С., МАКСИМОВ С. А., БАРАНОВА М. Н.

НИИ КПССЗ СО РАМН, КЕМЕРОВО
МЛПУ «ГКБ № 29», БГОУ ДПО «НГИУВ», Новокузнец

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) имеет высокую распространенность и характеризуется отсутствием адекватного контроля в масштабе популяции, обуславливая значительный экономический ущерб. Цель исследования: выявить распространенность АГ у работников металлургического комбината.

Материал и методы:

Обследовано 491 человек – работников металлургического комбината в возрасте от 19 до 65 лет, средний возраст 40,4±9,7 лет. Программа обследования включала метод анкетирования, содержащий социально-демографические характеристики, сведения о факторах риска, наличии АГ и проводимой терапии. Измерение артериального давления проводилось по методике ВОЗ (1980г.). Диагноз АГ выставлялся лицам с АД > 140/90 мм рт. ст. или принимавшим антигипертензивные препараты во время исследования. Данные представлены средней и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$). Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6,0».

Результаты:

Среди обследованных было 342 мужчины (70% от всех обследованных), средний возраст 38,6±9,8 лет и 149 женщин (30% от всех осмотренных), средний возраст 40,4±8,2 года. АГ выявлена у 39% мужчин и 36% женщин. Большинство мужчин (93%) имели рабочие специальности. Среди них АГ выявлена у 37%, впервые заболевание диагностировано у 43% мужчин. Принимали на момент осмотра антигипертензивные препараты 6% лиц, у всех был достигнут целевой уровень АД. Среди женщин 55% имели рабочие специальности, 30% – служащие, 15% – являлись руководителями разного уровня. Наибольший процент АГ (45%) выявлен у женщин – служащих, 30% – у женщин-руководителей, 35% – у женщин рабочих специальностей. При этом, впервые АГ диагностирована у 6% женщин каждого профиля. Антигипертензивные препараты принимали 86% руководителей, 20% служащих и 10% рабочих специальностей. Целевой уровень АД у принимающих антигипертензивные препараты женщин был достигнут в 44% случаев.

Заключение:

1. В результате обследования работников металлургического комбината выявлена высокая распространенность АГ – 39% у мужчин, 36% у женщин. 2. Осведомленность женщин о наличии АГ значительно выше мужчин. 3. Приверженность к лечению у женщин выше чем у мужчин. Наибольшая приверженность к лечению АГ выявлена среди женщин, занимающих руководящие должности (более чем в 4 раза выше чем у мужчин и женщин других специальностей).

1.3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАНИЯ И СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Филимонов С. Н., Мулерова Т. А., Онищенко Е. Г., Колбаско А. В.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, МЛПУ ГКБ№1, кардиодиспансер, Новокузнецк

Введение (цели/задачи):

Актуальность. В настоящее время накоплено большое число клинических и экспериментальных данных, позволяющих говорить о том, что в возникновении, течении и исходе АГ важную роль играют социальные факторы, такие как образование и семейное положение. Получение точной информации о частоте АГ и особенностях социальных факторов, ассоциированных с риском её развития, позволяют сформировать приоритеты профилактики АГ в конкретной популяции. Цель работы заключалась в определении доли лиц с АГ, а также оценке социальных факторов и их взаимосвязи с развитием АГ у представителей коренного (тубаларов) и некоренного населения Республики Алтай.

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое обследование жителей Турочакского района Республики Алтай. В исследование включены 935 человек (663 - тубалары, 272 - некоренное население), из них мужчин - 322 человека, женщин - 613 человек. По полу и возрасту группы статистически значимо не различались. Измерение АД проводилось по методике ВОЗ/МОАГ (1999 г). Диагноз АГ выставлялся лицам с АД \geq 140/90мм.рт.ст. или принимавшим антигипертензивные препараты во время обследования. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Результаты:

Доля лиц с АГ среди тубаларов составила 38,6%, среди некоренных жителей – 40,8% ($p>0,05$). У населения Республики Алтай частота АГ ассоциирована с уровнем образования. Среди тубаларов наибольшее число лиц с АГ в группе с начальным образованием (64,0%) по сравнению с группами со средним, средне-специальным и высшим образованием (35,8%, 34,9% и 24,6% соответственно) ($p<0,001$). Среди лиц некоренной национальности эти показатели составили: 55,0%, 41,5%, 40,9% и 28,6% соответственно ($p>0,05$). У мужчин тубаларов доля больных АГ в группе «разведен» выше, чем в группе «женат» и составила 77,8% и 38,7% соответственно ($p<0,001$), а в группе «вдовец» - 71,4% ($p>0,05$). Среди некоренной популяции эти показатели составили: 68,8% и 39,7% соответственно ($p<0,05$), а в группе «вдовец» 66,7% ($p>0,05$). В женской популяции тубаларок различий по числу лиц с АГ в группе «разведена» и в группе «замужем» не было – 41,7% и 39,7% соответственно ($p>0,05$), в группе «вдовы» – 52,8% ($p>0,05$). Среди некоренных жительниц число лиц с АГ составило 42,8%, 46,2% и 60,0% соответственно ($p>0,05$).

Заключение:

Число больных АГ среди населения Республики Алтай сопоставимо со среднероссийскими показателями. В обеих этнических группах число лиц с АГ выше при наличии начального образования. В группе разведенных мужчин доля больных АГ больше, чем в группе женатых.

1.4. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КОНТРОЛИРУЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО ДАННЫМ 5-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Левашов С. Ю., Волкова Э. Г., Редькина М. В.

Челябинская государственная медицинская академия, кафедра терапии ЧелГМА

Введение (цели/задачи):

В современных условиях вопросы мониторинга ситуации по артериальной гипертензии (АГ) и эффективности ее контроля являются важной частью превентивной кардиологии, позволяющей научно обосновать приоритеты профилактических вмешательств не только на уровне популяции, но и в группах высокого риска. Целью работы было изучение динамики распространенности АГ и анализ ситуации по контролю АГ на уровне субъекта федерации.

Материал и методы:

Проведено популяционное исследование факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на репрезентативной выборке населения Челябинской области в возрасте 18-65 лет на основе списков областного фонда обязательного медицинского страхования: в 2002 году – 2543 чел., в 2007 году – 1956 чел.

Результаты:

За 5-летний период отмечено увеличение распространенности АГ, которая в 2002 году составила 32.8%, а в 2007 – 37.5%, среди мужчин прирост составил 2.8% (34.1% и 36.9%), а у женщин 6.1% (31.9% и 38.0%). При этом как у мужчин, так и у женщин отмечено существенное увеличение частоты АГ у молодых людей в возрастной группе 18-35 лет в среднем на 14% и значимое ее снижение у лиц 55-64 лет – с 69.9% до 55.2% ($p<0.01$). При анализе эффективности контроля АГ было установлено достоверное увеличение числа мужчин, принимающих гипотензивные препараты: в 2002 году - 13.4%, а в 2007 году – 23.7% ($p<0.05$), при этом достигли целевых уровней артериального давления 22.4% и 26.9% респондентов соответственно. Среди женщин установлены однонаправленные тенденции: так в 2002 году гипотензивную терапию получали 21.1%, а в 2007 году – 36.9% ($p<0.05$), а число лиц, достигших целевых значений артериального давления, было соответственно 19.9% и 25.3%.

Заключение:

Таким образом мониторинг ситуации по АГ показал увеличение распространенности АГ в популяции, преимущественно среди лиц молодого возраста; установлены позитивные тенденции в ситуации по контролю артериальной гипертензии как в плане увеличения числа лиц, принимающих гипотензивную терапию, так и достижения целевых уровней артериального давления.

1.5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ Г. КУРСКА С НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ерина А. М., Ротарь О. П., Солнцев В. Н., Конради А. О.

ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова

Введение (цели/задачи):

Целью нашего исследования было оценить распространенность компонентов метаболического синдрома (МС) у жите-

лей города Курска с нормальным артериальным давлением (АД), офисной (или «белого халата») артериальной гипертензией (АГ), изолированной амбулаторной АГ и АГ, зарегистрированной как амбулаторно, так и в офисе.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 173 жителей города Курска рандомизированных, стратифицированных по полу и возрасту. Все обследуемые были опрошены по вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности, сопутствующей патологии и терапии. АД и пульс измерялись в положении сидя трехкратно на правой руке с интервалом в 1 мин. Далее рассчитывалось среднее АД из двух последних измерений. Проводились антропометрические измерения, забор крови для определения липидного спектра и глюкозы натощак. Пациенты с наличием хотя бы одного компонента МС (АГ или антигипертензивная терапия, ожирение, гипертриглицеридемия или снижение уровня ЛПВП, гипергликемия) и при отсутствии ассоциированных клинических состояний (ИБС, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт или транзиторная ишемическая атака, сердечная или почечная недостаточность, клинически значимые нарушения ритма, сахарный диабет), онкологических заболеваний были приглашены на следующий этап обследования. На втором этапе участникам (n=69) выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД). СМАД проводилось на аппарате ДМС-МДП-НС-02с (Россия). В связи с особенностями организации исследования статистический анализ выполнялся с использованием «взвешенных» данных.

Результаты:

Результаты исследования. При офисных измерениях АГ была определена как систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст. При СМАД критерием АГ было среднесуточное АД $\geq 125/80$ мм рт. ст. Нормальное АД зарегистрировано у 22 (24,1) курян, изолированная амбулаторная АГ- 11 (12,1), офисная АГ- 5 (5,7), АГ как амбулаторно, так и в офисе- 31 (25,5). Абдоминальное ожирение (АО) согласно критериям NCEP- АТР III (объем талии $>102/88$ см у мужчин/женщин) диагностировано у 40,2% участников с нормальным АД и 81,4% с АГ как амбулаторно, так и в офисе ($p=0.006$), у 51,4% участников с изолированной амбулаторной АГ и 18,7% с офисной АГ. При применении критериев IDF (объем талии $>94/80$ см у мужчин/женщин) распространенность АО повысилась до 79,9% при нормальном АД и 100% при АГ, зарегистрированной как амбулаторно, так и в офисе ($p=0,01$), 78,6% при изолированной амбулаторной АГ и 48,3% при офисной АГ. Гипертриглицеридемия (триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л) определена у 6% нормотоников и у 29,7% с АГ как амбулаторно, так и в офисе ($p=0,03$), у 41,2% обследованных с изолированной амбулаторной АГ и 51,7% при офисной АГ. Статистически значимые различия по распространенности снижения уровня ЛПВП $<1,29/1,03$ ммоль/л у женщин/мужчин и гипергликемии (глюкоза плазмы $\geq 5,6$ ммоль/л) при нормальном АД и различных типах АГ не выявлены.

Заключение:

Выводы. Абдоминальное ожирение распространено у практически здоровых жителей г. Курска. Наличие АГ, зарегистрированной как амбулаторно, так и в офисе сопровождается 2-кратным повышением преваленса абдоминального ожирения по сравнению с нормотониками согласно критериям NCEP- АТР III. При применении критериев IDF абдоминальное ожирение в группе с АГ, зарегистрированной как амбулатор-

но, так и в офисе определяется в 100% случаев. Гипертриглицеридемия распространена ниже у участников с нормальным артериальным давлением, чем при наличии артериальной гипертензии.

1.6. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К КОНТРОЛЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГА В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

АВДЕЕВА М. В., ЩЕГЛОВА Л. В.

СПб ГПМА

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) относится к наиболее распространенным заболеваниям, которым страдает около 1 миллиарда человек во всем мире и считается поддающимся контролю фактором риска при таких заболеваниях, как атеросклероз, мозговой инсульт, сахарный диабет, ИБС и хронические заболевания почек. Цель: изучение распространенности целевого уровня артериального давления (АД) у пациентов с эссенциальной АГ, обратившихся в Центр здоровья для скрининга.

Материал и методы:

Обследование проводилось в Центре здоровья СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 109». АД измерялось в положении сидя после 10-минутного отдыха на правой руке. Измерение АД осуществлялось три раза с интервалом в 1 минуту. Далее рассчитывалось среднее АД из двух последних измерений. Факторами риска считались АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.; индекс массы тела ≥ 25 кг/м²; общий холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л; глюкоза капиллярной крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л. Статистический анализ данных проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты:

Всего обследовано 2007 человек (средний возраст $50,80 \pm 16,54$ лет). Основную часть обследованной популяции составили женщины, в то время как численность мужчин оказалась намного меньше (соответственно: 83,41% vs 16,59% при $p < 0,01$). Среди обследованных оказалось 39,36% (n=790) пациентов, страдающих эссенциальной АГ. Изучение параметров уровня АД у пациентов с эссенциальной АГ показало, что у половины из них уровень АД не соответствует целевым значениям. Так среди пациентов с эссенциальной АГ было выявлено 51,65% (n=408) случаев с уровнем АД $>140/90$ мм рт. ст. и 48,35% (n=382) с уровнем АД $\leq 140/90$ мм рт. ст. В группе с нецелевым уровнем АД выявлена высокая распространенность комбинированных факторов риска. Так 1 фактор риска имел место у 5,39% (n=22) пациентов этой группы; 2 фактора риска – у 23,04% (n=94); 3 фактора риска – у 47,06% (n=192); 4 фактора риска – в 24,51% (n=100) случаев. В то время как в группе с целевым уровнем АД распространенность комбинаций 3 и 4 факторов риска оказалась более низкой. Так 1 фактор риска имел место в 11,78% (n=45); 2 фактора риска – в 29,58% (n=113); 3 фактора риска – в 40,05% (n=153); 4 фактора риска – в 18,59% (n=71).

Заключение:

Скрининговое обследование в Центре здоровья позволяет верифицировать 51,65% случаев нецелевого уровня АД при эссенциальной АГ. Нецелевой уровень АД при эссенциальной АГ ассоциирован с высокой распространенностью комбинации 2, 3 или 4 факторов риска. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии сочетанных факторов риска

на уровень АД. Формирование групп с эссенциальной АГ и нецелевым уровнем АД существенно расширяет функциональные возможности Центров здоровья, оптимизируя вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

1.7. ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ И ПОСЛЕ ПЕРЕЕЗДА НА ПОСТОЯННОЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА В ЦЕНТРАЛЬНУЮ СИБИРЬ

Яскевич Р. А., Поликарпов Л. С., Хамнагадаев И. И., Деревянных Е. В.

ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Белгородский университет, Красноярский медуниверситет

Материал и методы:

С целью изучения особенностей гипотензивной терапии у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией обследовано 76 (36 мужчин и 40 женщин) жителей г. Норильска и г. Дудинки, с артериальной гипертонией, проживавших на Крайнем Севере и переехавших на новое место жительства в Центральную Сибирь (г. Красноярск). Обследование включало: Общеклинические методы, анкетирование, регистрацию ЭХО КГ, ЭКГ, СМАД, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, антропометрию, биохимическое исследование сыворотки крови.

Результаты:

Проведенный анализ гипотензивной терапии у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией в период проживания на Крайнем Севере и после переезда в центральную Сибирь показал, что до переезда в центральную Сибирь наиболее часто используемой группой гипотензивных препаратов были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, в сравнении с другими группами. После переезда в центральную Сибирь у мигрантов Крайнего Севера увеличивается процент больных принимающих бета-адреноблокаторы, антагонисты кальциевых каналов и диуретиков. Изучение регулярности гипотензивной терапии до и после переезда в центральную Сибирь показало, что после переезда в центральную Сибирь у мигрантов Крайнего Севера увеличивается процент больных находящихся на постоянной гипотензивной терапии, как среди мужчин, так и среди женщин мигрантов.

Заключение:

Установлено, что после переезда в центральную Сибирь у мигрантов Крайнего Севера увеличивается процент больных принимающих бета-адреноблокаторы, антагонисты кальциевых каналов, диуретики.

1.8. МИКРОСАТЕЛЛИТНОЕ КАРТИРОВАНИЕ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Срочиждинова Н. З., Абдуллаева Г. Ж.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучить ассоциацию специфичных 17 хромосоме микроса-

теллитных маркеров с региональной принадлежностью как среди больных эссенциальной гипертензией (ЭГ), так и среди здоровых лиц узбекской национальности.

Материал и методы:

Проведен сбор крови у 96 представителей узбекской популяции из различных регионов Узбекистана (50 больных ЭГ, находящихся на стационарном лечении в РСЦК, 46 здоровых лиц). ДНК выделялась фенольно-хлороформным методом. Для микросателлитного картирования использовали 16 маркеров специфичных для 17 хромосомы.

Результаты:

Изучение полиморфизма 17 хромосомы генома у лиц узбекской популяции позволило получить предварительные данные генотипирования, проведенного с использованием 16 микросателлитных маркеров. Данные генотипирования были использованы для исследования структуры популяции и подсчета генетической дистанции. В результате было выявлено, что наименьшая генетическая дистанция (GD) между образцами равняется – 0.09, а наибольшая генетическая дистанция оказалось равной 0.61. Это демонстрирует различие по геному в пределах 9-61%, а среднее значение генетической дистанции составило 36%. Результаты показывают, что использованные индивидумы подразделились на 6 различных филогенетических групп, но маркеры не выявили четкого распределения индивидумов по регионам. Однако, микросателлитные маркеры четко распределили популяцию по геномным группам, что очень важно для проведения ассоциативного картирования по всему геному. Филогенетическое древо исходит от образцов из Андижанского, Наманганского и Кашкадарьинского регионов, которые расположились в самом корне филогенетического древа. Это говорит о высоком разнообразии их генома в отличие от других индивидумов.

Заключение:

Таким образом, впервые в Узбекистане проведено микросателлитное картирование 96 образцов ДНК с целью исследования генома лиц узбекской национальности. На основании полученных результатов не выявлено, каких либо ассоциаций изученных маркеров с региональной принадлежностью как среди больных ЭГ, так и здоровых лиц.

1.9. О ВЗАИМОСВЯЗИ МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

Мулерова Т. А., Филимонов С. Н.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк

Введение (цели/задачи):

Актуальность. В настоящее время большой интерес вызывает взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) с избыточной массой тела (ИМТ) и абдоминальным ожирением. Известна роль индекса талия/бедро (ИТБ) и окружности талии (ОТ) как независимых факторов риска развития АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования: оценить взаимосвязь индекса Кетле (ИК), ОТ и ИТБ с АГ у коренного (тубалары) и некоренного населения Республики Алтай с учетом пола и этнической принадлежности.

Материал и методы:

В исследование включены 935 человек проживающих в труднодоступных районах Республики Алтай (663 - коренное,

272 - некоренное население). По среднему возрасту группы были однородными: $44,8 \pm 0,6$ лет у тубаларов и $45,2 \pm 0,8$ лет у некоренных жителей ($p > 0,05$). Мужчин было 322 человека, женщин – 613 человек. Измерение АД проводилось по методике ВОЗ/МОАГ (1999 г). Обследуемым лицам измеряли рост и массу тела, по которым рассчитывали ИК. Критерием абдоминального ожирения считалось ОТ выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин, ИТБ более 0,9 у мужчин и более 0,8 у женщин. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Результаты:

Доля лиц с АГ среди тубаларов составила 38,6%, среди некоренных жителей – 40,8% ($p > 0,05$). Выявлена прямая взаимосвязь между частотой АГ и величиной ИК. Среди женщин-тубаларок в группе лиц с нормальной массой тела (НМТ) АГ выявлена у 25,7%, в группе лиц с ИМТ – у 34,9% ($p > 0,05$), а группе лиц с ожирением – у 64,8% ($p < 0,001$), что в 2,5 раза чаще, чем у лиц с НМТ. У представительниц некоренного населения эти показатели составили: 10,0%, 29,6% и 69,7% соответственно ($p < 0,001$) и АГ у женщин с ожирением встречалась в 7 раз чаще, чем у лиц с нормальным значением ИК. Среди мужчин-тубаларов в группе лиц с НМТ АГ выявлена у 26,9%, в группе лиц с ИМТ – у 45,8% ($p < 0,05$), а в группе лиц с ожирением – у 66,7% ($p < 0,05$), что в 2,5 раза чаще, чем у лиц с НМТ. У представителей некоренного населения эти показатели равны: 13,3%, 58,1%, 81,3% соответственно ($p < 0,001$) и АГ у мужчин с ожирением встречалась в 6 раз чаще, чем у лиц с нормальным значением ИК. Доля лиц с АГ в Республике Алтай зависит также от показателей ОТ и ИТБ. В обеих этнических группах число лиц с АГ статистически значимо увеличивалось при повышении показателей ОТ и ИТБ. Среди тубаларов при нормальной величине ОТ доля лиц с АГ составила 30,0%, при избыточной – 47,8% ($p < 0,001$); при нормальном уровне ИТБ – 30,0%, при избыточном – 42,6% ($p < 0,05$). Среди некоренных жителей эти показатели составили – 28,6% и 50,3% ($p < 0,001$), а также 23,1% и 46,4% соответственно ($p < 0,001$).

Заключение:

Число больных АГ среди населения Республики Алтай сопоставимо со среднероссийскими показателями. Увеличение индекса Кетле, окружности талии и индекса талия/бедро ассоциировано с увеличением частоты АГ в обеих этнических группах.

1.10. ИТОГИ МОНИТОРИНГА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2010 ГГ.

Черкашина А. Л., Фрик И. В.

ГБУЗ Иркутская областная больница, кардиодиспансер

Введение (цели/задачи):

Цели: Помощь в формировании объективной основы для принятия адекватных и эффективных управленческих решений на местах по вопросам кадрового, материально-технического и финансового обеспечения кардиологической службы области.

Материал и методы:

Специальная компьютерная программа по мониторингу больных артериальной гипертензией в системе 1С (версия 7.7). Скрининговые исследования распространенности артериальной гипертензии среди трудоспособного населения, проводимые городскими и районными муниципальными учреждения-

ми здравоохранения.

Результаты:

Самым частым фактором риска развития артериальной гипертензии среди трудоспособного населения области почти во всех половозрастных группах было и остается ожирение (57,1% от всех участников мониторинга), на втором месте курение (24,8%), далее-злоупотребление алкоголем (23,1%). Критерием оценки эффективности лечения больных артериальной гипертензией является прием гипотензивных средств. По результатам мониторинга больных АГ в Иркутской области более 30% больных мужчин и 25% женщин трудоспособного возраста вообще не лечатся, а среди молодых мужчин и женщин в возрасте 19-29 лет лечатся 33,4% и 21,0% соответственно. Низкие показатели приема лекарственных средств больными этой молодой возрастной группы в сочетании с довольно высокими уровнями: -курения (более 50% мужчин и 20% женщин курят); -употребления алкоголя (почти 40% мужчин и 20% женщин злоупотребляют алкоголем); -ожирения (31,5% мужчин и 34% женщин с превышением индекса массы тела), привели к тому, что уже в возрасте 30-39 лет страдают: -гипертрофией левого желудочка 15,7% мужчин и женщин (средний показатель по России-8,8%); болезнями почек-11% (среднероссийский показатель-3,8%); гипертонической ретинопатией-более 10% (среднероссийский показатель-6,2%). В ряде муниципальных учреждений здравоохранения области показатель приема гипотензивных средств в молодых половозрастных группах больных составляет лишь 10-15%. Очевидно, что лечатся только самые тяжелые больные, с поражением органов-мишеней и ассоциированным клиническим состоянием.

Заключение:

Прогноз развития артериальной гипертензии среди лиц трудоспособного возраста в Иркутской области продолжает оставаться неблагоприятным. Это обусловлено высокой распространенностью модифицированных факторов риска, как среди больных молодого возраста, так и среди больных старшего поколения, низкими показателями приверженности к лечению, неадекватностью лечебно-профилактических учреждений врачебными штатами (врачами-кардиологами), отсутствием во многих из них кардиологических кабинетов и кабинетов профилактики артериальной гипертензии, низким уровнем диагностики и неэффективностью назначенного лечения. Все это требует улучшения выявления и лечения больных артериальной гипертензией, усиления мероприятий по первичной профилактике факторов риска, привлечения в нозологически-ориентированные школы молодого поколения больных.

1.11. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чистилина А. Н., Сторожок М. А., Петрова Ю. А.,
Медведева И. В.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности психо-социального статуса у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена (НУО).

Материал и методы:

Объектом настоящего исследования были 132 женщины с МС и АГ в возрасте $49,5 \pm 7,4$ лет. 1 группа ($n=64$) - женщины с АГ и МС без НУО ($48,9 \pm 7,6$ лет, индекс массы тела - $30,23 \pm 4,32$ кг/м²); 2 группа женщины с АГ и МС в сочетании с НУО ($51,6 \pm 8,1$ лет, индекс массы тела $35,53 \pm 5,8$ кг/м²). Определение уровня тревоги и депрессии больных проводилось с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS). Оценка уровня стресса с помощью «Вопросника на определение уровня стресса» (Reeder L.G). Оценка качества жизни больных - с помощью русской версии опросника MOS SF-36.

Результаты:

При оценке уровня тревоги и депрессии по бальной системе у пациентов с АГ и МС без НУО данные параметры составили $6,45 \pm 1,36$ баллов и $4,93 \pm 3,08$ баллов соответственно, что достоверно ниже, чем у больных с АГ и МС в сочетании с НУО - $8,71 \pm 1,98$ баллов ($p < 0,01$) и $8,13 \pm 4,78$ баллов ($p < 0,001$). Уровень стресса, также, достоверно ниже ($p < 0,05$) у пациентов 1 группы, составляя в среднем $2,88 \pm 0,75$ баллов (во 2-ой группе $2,42 \pm 0,93$ балла). У пациентов с АГ и МС имеющих ИМТ больше средних значений, обнаружен достоверно более высокий уровень тревоги ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) и депрессии ($p < 0,05$ и $p < 0,001$), оцененных субъективно по бальной системе, независимо от наличия НУО. По степени выраженности стресса, достоверных различий получено не было, при имеющейся тенденции к более высокому уровню стресса в группах имеющих ИМТ больше средних цифр. Установлено, что в группе пациентов с АГ и МС без НУО достоверно выше уровень физической активности ($p < 0,05$), ролевого ($p < 0,001$) и эмоционального функционирования ($p < 0,05$). На этом фоне во 2 группе достоверно выше уровень боли ($p < 0,01$). По состоянию общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности и психического здоровья значимых отличий получено не было.

Заключение:

Таким образом, у больных с АГ и МС без НУО достоверно выше физический компонент с отчетливой тенденцией к более высокому уровню психического компонента, относительно больных с АГ и МС в сочетании с НУО, что, возможно, связано не только с наличием нарушений углеводного обмена, но и большей выраженностью ожирения у данной группы больных.

1.12. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коваленко Е. В., Сазанова Г. Ю., Еругина М. В.

ГБОУ ВПО СГМУ им.В.И. Разумовского
Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: анализ заболеваемости болезнями, ха-

рактеризующимися повышенным кровяным давлением (АГ) взрослого населения Саратовской области.

Материал и методы:

Изучена динамика показателей первичной и общей заболеваемости АГ взрослого населения Саратовской области по официальным данным Федеральной службы государственной статистики за период 2002 - 2010 гг. Проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости АГ по Саратовской области с аналогичными показателями по Российской Федерации (РФ) и Приволжскому Федеральному округу (ПФО).

Результаты:

На протяжении всего периода наблюдения отмечался рост общей заболеваемости АГ взрослого населения Саратовской области, РФ и ПФО. Уровень общей заболеваемости АГ в регионе за период 2002 - 2010 гг. увеличился на 194,1% (с 413,46 до 1215,76 на 10 тыс. населения), что выше, чем в РФ, где рост составил 81,6% (с 557,76 до 1012,63 на 10 тыс. населения) и в ПФО, где показатель увеличился на 120,8% (с 502,74 до 1109,86 на 10 тыс. населения). В 2002 году региональный показатель общей заболеваемости АГ был ниже, чем средние показатели по РФ и ПФО. С 2008 года данный показатель превышает аналогичный показатель по РФ, а с 2009 года и показатель по ПФО. В 2002 году по показателю общей заболеваемости АГ Саратовская область занимала 9 место в ПФО и 58 место в РФ. В 2010 году по этому показателю Саратовская область занимала 5 место в ПФО и 21 место в РФ. За период 2002 - 2010 гг. доля АГ в структуре общей заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) в регионе колебалась от 23,6 до 40%. С 2004 года АГ занимает первое ранговое место в структуре общей заболеваемости БСК, опережая ИБС и цереброваскулярные болезни. Динамика показателей первичной заболеваемости АГ имела свои особенности. За период 2002 - 2008 гг. региональный показатель вырос на 156,8% (с 46,59 до 119,64 на 10 тыс. населения), с 2009 года показатель начал снижаться и в 2010 году находился на уровне 111,12 на 10 тыс. населения. В РФ и ПФО показатели росли до 2006 года, затем стали снижаться. В 2010 году показатель по РФ достиг уровня 73,77 на 10 тыс. населения (в 2002 году 48,55 на 10 тыс. населения), по ПФО - 75,05 на 10 тыс. населения (в 2002 году 47,33 на 10 тыс. населения). С 2007 года региональный показатель превышает средние показатели по РФ и ПФО. В 2002 году по уровню первичной заболеваемости Саратовская область занимала 43 место в РФ и 6 место в ПФО. В 2010 по этому показателю область занимала 14 место в РФ и 2 место в ПФО. За период 2002 - 2010 гг. доля АГ в структуре первичной заболеваемости БСК в регионе колебалась от 20,9 до 39,6%. С 2003 года АГ занимает первое ранговое место в структуре первичной заболеваемости БСК.

Заключение:

В Саратовской области, как и в целом по России, отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии. С 2009 года региональный показатель общей заболеваемости артериальной гипертензией превышает общероссийский.

2. ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

2.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нилова С. А.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА
Минздравсоцразвития России, Тверь

Введение (цели/задачи):

Исследовать значение повышенного потребления поваренной соли (ПС) как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы:

Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) (мужчин – 174 и женщин – 146, средний возраст 57 ± 4 г.). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭ-ИНМ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 21% (67) больных, средний (0,16%) у 23% (74), высокий (более 0,16%) у 56% (179). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я – лица с низким ПВЧПС, 2-я – с высоким.

Результаты:

СЭИНМ была больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким ($p < 0,01$). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 32%, а у 2-й в 87% ($p < 0,01$) случаев, стенокардия напряжения I – III функциональных классов соответственно в 23% и 76% случаев ($p < 0,01$). Курящих среди лиц 1-й группы было 27%, а 2-й – 75% ($p < 0,01$), уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы был существенно ниже, чем у 2-й ($p < 0,05$). У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. Так же у больных с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким порогом. Течение заболевания у больных 2-й группы в 4 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами (ГК), чем у больных 1-й группы (соответственно у 52% и 14%; $p < 0,05$). У больных 2-й группы во время ГК чаще наблюдались нарушения ритма по типу суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол (одиночных и групповых). Среди пациентов 2-й группы имелись указания на пароксизмы мерцательной аритмии в анамнезе, тогда как у пациентов 1-й группы таковых не было. У пациентов 2-й группы чаще имелись указания на транзиторные ишемические атаки в анамнезе, чем у пациентов 1-й группы ($p < 0,05$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют, что повышенное потребление ПС с пищей способствует развитию и прогрессированию ССЗ, а ограничение ее потребления является важнейшим профилактическим мероприятием.

2.2. КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ ТЮМЕНИ

Гакова Е. И., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.

Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН
Тюменский кардиологический центр

Введение (цели/задачи):

Цель – изучение распространенности артериальной гипертензии и ее основных факторов риска в популяции школьников Тюмени для разработки основных направлений профилактического вмешательства

Материал и методы:

Проведено одномоментное эпидемиологическое обследование популяции школьников 7-17 лет школ Ленинского округа г.Тюмени, выбранных по методу случайного отбора в количестве 2640 человек с откликом 87,7% (1308 мальчиков и 1332 девочки). Кардиологический скрининг проводился с применением стандартизованных методов: анкетирования; антропометрии с определением индекса Кетле (ИК = масса тела (кг)/рост (m^2): 7-9 лет ИК $\geq 20,0$ кг/ m^2 , 10-14 лет - ИК $\geq 22,0$ кг/ m^2 , 15-17 лет - ИК $\geq 25,0$ кг/ m^2); измерение стандартизованным методом артериального давления (АД); определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) (по методике Хенкина, описанной Е.Н. Константиновым). Достоверными считались различия показателей на уровне значимости $p < 0,05$. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты:

По результатам исследования распространенность повышенного уровня АД в популяции школьников составила 10,2%: у мальчиков повышенное АД встречалось значительно чаще, чем у девочек (13,1% vs 7,3%, $p < 0,05$). Школьников с избыточной массой тела (ИМТ) выявлено 9,2%: мальчиков – 9,6%, девочек – 8,6%. Высокий ПВЧПС был отмечен у 13,8% школьников, встречаемость его наблюдалась чаще среди мальчиков, чем среди девочек (16,0% vs 10,5% соответственно, $p < 0,05$). У школьников с ИМТ чаще выявлялось повышенное артериальное давление (31,3% мальчики, 22,8% девочки), высокий ПВЧПС (18,1%, мальчики), чем с должствующими значениями массы тела, $p < 0,05$. Шанс развития АГ при наличии ИМТ в школьном возрасте у мальчиков был несколько выше и составил – $3,17 \pm 0,18$ (ДИ 95% 2,21 – 4,53), у девочек $2,94 \pm 0,19$ (ДИ 95% 2,02 – 4,28). Более выраженная ассоциативная связь уровней систолического и диастолического АД с массой тела, ИК, с ПВЧПС отмечена в группе школьников с ИМТ ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, при проведении эпидемиологического обследования популяции тюменских школьников выявлен высокий уровень основных факторов риска артериальной гипертензии: повышенного уровня АД, ИМТ, ПВЧПС, установлена ассоциативная связь уровня АД с выше перечисленными факторами риска, что указывает на необходимость разработки и проведения незамедлительных целенаправленных профилактических мероприятий уже с детства.

2.3. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Большакова Н. А., Теблов К. И., Жилиев Е. В.
МГМСУ

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертония (АГ) и связанные с ней сердечно-сосудистые осложнения являются основной причиной инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира, в том числе и в России. Цель: оценить влияние различных показателей (данных анамнеза и объективного обследования, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, приема лекарственных препаратов) на возникновение острого инфаркта миокарда без зубца Q, острого инфаркта миокарда с зубцом Q, нестабильной стенокардии

Материал и методы:

Данная работа является исследованием, в которое включались пациенты, госпитализированные в ГКГ МВД РФ с диагнозом гипертонической болезни и наблюдавшиеся в последующем в ГКГ МВД РФ не менее 5 лет. Диагноз гипертонической болезни был основным у всех госпитализированных больных. Не включались пациенты, имеющие сердечно-сосудистые осложнения гипертонической болезни и/или ассоциированные заболевания на момент включения в исследование. Количество пациентов 250. В качестве оцениваемых величин (исходов) принимались: частота повторных госпитализаций по поводу гипертонической болезни, возникновение сердечно-сосудистых осложнений – острого инфаркта миокарда с зубцом Q и без зубца Q, нестабильной стенокардии. Исследуемые параметры (потенциальные предикторы), оцениваемые в когорте: 1) пол, возраст, длительность АГ, степень повышения АД, максимальное ДАД, стадия АГ, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, наличие сахарного диабета; рост, вес; 2) уровень креатинина, мочевой кислоты, холестерина, триглицеридов, глюкозы, натрия, калия сыворотки крови; белок, глюкоза в общем анализе мочи, клубочковая фильтрация по Ребергу, параметры пробы мочи по Зимницкому; 3) ЭКГ-критерии гипертрофии левого желудочка (Соколова-Лайон, Корнельский критерий), ЧСС, основной ритм; данные эхокардиографии: фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ), толщина задней стенки левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ); 4) Данные о приеме гипотензивных и кардиотропных препаратов на основании записей в медицинской документации. Для оценки воздействия принимаемых препаратов использовались параметры: длительность приема препаратов, и относительная длительность приема препаратов – отношение длительности приема препаратов к времени наблюдения.

Результаты:

На развитие сердечно-сосудистых осложнений достоверное влияние оказали: повышение уровня креатинина выше 85 мкмоль/л ($p = 0,0002$), повышение холестерина выше 6,0 ммоль/л ($p = 0,0003$), увеличение конечно-диастолического размера ЛЖ по ЭХОКГ $> 5,3$ см ($p = 0,045$), наличие сахарного диабета. Снижали риск сердечно-сосудистых осложнений антагонисты кальция ($p = 0,003$), бета-блокаторы ($p = 0,02$), блокаторы рецепторов ангиотензина ($p = 0,02$), статины ($p = 0,0004$).

Заключение:

Увеличение риска осложнений связано с повышением креатинина, общего холестерина, увеличения конечно-диастолического размера ЛЖ. Снижали риск сердечно-сосудистых осложнений антагонисты кальция, бета-блокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина, статины.

2.4. ФОРМИРОВАНИЕ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, КАК РАННЕГО МАРКЁРА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Багиров Р. Н., Трошина Т. И., Медведева И. В.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Выявить наличие взаимосвязи ранних маркеров атеросклеротического процесса с наличием холестерина желчного пузыря (ХЖП) у пациентов с ожирением и МС.

Материал и методы:

Обследовано 90 пациентов от 30 до 55 лет с ожирением и МС (Критерии ВНОК, 2009 г.). I гр.: Пациенты с ожирением 1-2 степени без ХЖП (30 человек), II гр.: Пациенты с ожирением 1-2 степени с ХЖП (30 человек), III гр.: Пациенты с МС, артериальной гипертензией (АГ) 1-2ст. и ранними НУО и ХЖП (30 человек). Определение эндотелина-1 в плазме иммуноферментным методом на полуавтоматическом анализаторе «Immunoschem -2100», реактивы фирмы «БИОХИММАК». Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) на аппарате VOLUSON 730 EXPERT 2006г., оснащенный линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7,5 МГц. Вычислялась средняя ТКИМ ОСА по 6 точкам.

Результаты:

У пациентов с ожирением развитие ХЖП сопровождается достоверным повышением атерогенных фракций липидов, коэффициента атерогенности, относительно группы контроля и пациентов с ожирением без ХЖП, с максимальными показателями у пациентов с наличием артериальной гипертензии и НУО $p < 0,001$. Уровень эндотелина-1, маркера эндотелиальной дисфункции, достоверно повышен у пациентов с ожирением и ХЖП, с нарастанием значений у пациентов с МС, с АГ и нарушением углеводного обмена. Увеличение ТКИМ ОСА (пороговая величина 0,9 мм), как раннего маркера атеросклеротического процесса, выявили у больных с ожирением в 30%, в 70% у больных с ожирением и ХЖП, с максимальным показателем 90% у пациентов с МС, нарушением углеводного обмена и ХЖП. Наличие ХЖП у больных с ожирением, АГ и НУО имело максимальные корреляционные связи с антропометрическими показателями, с ОТ, отношением ОТ/ОБ. Получили наиболее тесные взаимосвязи ХЖП с ранними маркерами атеросклеротического процесса: уровнем эндотелина-1, увеличением ТКИМ ОСА.

Заключение:

1. Показатели эндотелина-1, увеличение ТКИМ ОСА у больных с ожирением и ХЖП прогрессивно возрастают с наличием АГ и нарушений углеводного обмена. 2. Наличие ХЖП у больных с ожирением и МС тесно взаимосвязано с ранними маркерами атеросклеротического процесса: увеличением ТКИМ ОСА, уровнем эндотелина-1, коэффициентом атерогенности.

2.5. ХАРАКТЕРИСТИКА КАПИЛЛЯРНОГО ЗВЕНА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЛИЦ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

МОИСЕЕНКО Н. П., ХОВАЕВА Я. Б., ГОЛОВСКОЙ Б. В.,
БЕРГ М. Д.

ГБОУ ВПО ПГМА им. АКАД. Е.А. ВАГНЕРА
Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

Проведено продольное проспективное исследование. Обследование проводилось в период с 1998 по 2007 год. При включении в исследование и при повторном осмотре всем лицам проводилась окклюзионная плетизмография на приборе «Fluvoschrift forte» (Германия). Оценивали состояние капиллярного звена микроциркуляции в средней трети предплечья и голени в покое и после пробы с реактивной гиперемией. Всего обследовано 29 человек. Средний возраст мужчин и женщин достоверно не различался – 37,7±2,7 лет и 42,2±2,0 лет (p=0,19).

Результаты:

У обследованных лиц коэффициент капиллярной фильтрации (ККФ) в покое при первичном исследовании в предплечье составил 0,029±0,003; через 10 лет - 0,026±0,002 (p=0,37) мл/мин.*100г ткани* 1 мм рт.ст.; в тканях голени - 0,028±0,003 и 0,027±0,003 мл/мин.*100г ткани* 1 мм рт.ст. (p=0,79) соответственно. Величина ККФ в период реактивной гиперемии (ККФ-рг) исходно и при повторном исследовании в регионе предплечья составила 0,077±0,005 и 0,083±0,007 (p=0,47); в регионе голени - 0,049±0,004 и 0,040±0,007 мл/(мин.*100г ткани* 1 мм рт.ст.) (p=0,34) соответственно. Капилляризация периферических тканей достоверно меньше в регионе голени, по сравнению с регионом предплечья (p<0,05). При первичном исследовании гетерогенность микроциркуляции (ГМКЦ) в тканях предплечья составила 376,7±45,7, через 10 - 501,2±66,3 (p=0,35); в тканях голени - 210,1±22,2 и 252,0±31,6 (p=0,18) соответственно. При первичном и повторном исследовании выявлены межрегиональные отличия показателей ГМКЦ (p<0,05). Среднее капиллярное давление (Ркап) в регионе предплечья при первичном и повторном исследовании составило 18,24±0,68 и 21,0±0,93 мм рт.ст. (p=0,01); в регионе голени - 18,60±0,75 и 22,0±0,89 мм рт.ст. (p=0,002) соответственно.

Заключение:

Через 10 лет для обеспечения непрерывного трансмембранного обмена веществ используется одинаковая площадь капилляров в обоих регионах. В голени снижается резерв капиллярной сети для выполнения нутритивной функции. Наблюдается достоверное увеличение среднего капиллярного давления в обоих регионах.

2.6. ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ СКРИНИНГЕ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

АВДЕЕВА М. В., ЩЕГЛОВА Л. В.

СПБ ГПМА

Введение (цели/задачи):

Изучение структуры гипертонических расстройств, выявляемых при популяционном скрининге в Центре здоровья.

Материал и методы:

Обследование проводилось в Центре здоровья СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 109». АД измерялось в положении сидя после 10-минутного отдыха на правой руке. Измерение

АД осуществлялось три раза с интервалом в 1 минуту. Далее рассчитывалось среднее АД из двух последних измерений. Статистический анализ данных проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты:

Всего обследовано 2007 человек (средний возраст 50,80±16,54 лет). Основную часть обследованной популяции составили женщины, в то время как численность мужчин оказалась намного меньше (соответственно: 83,41% vs 16,59% при p<0,01). Большинство посетителей Центра здоровья имели высшее или среднее образование (50,22%; 48,78%) и статус работающих (62,93%). У половины обследованных лиц на момент обращения уже имелись хронические кардиометаболические заболевания в анамнезе, ассоциированные с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (51,82%). Так эссенциальная АГ имела в анамнезе у 39,36% (n=790) обследованных; ИБС – у 17,19% (n=345); инфаркт миокарда – у 0,65% (n=13); мозговой инсульт у 1,69% (n=34); сахарный диабет – у 4,04% (n=81). Вместе с тем у 36,37% пациентов посредством скринингового обследования в Центре здоровья выявлены ранее неизвестные кардиометаболические факторы риска, о которых они ранее не были информированы. В структуре повышенного АД, ассоциированного с риском развития ССЗ и прогностически неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями преобладала эссенциальная АГ с уровнем АД≥130/85 мм рт. ст. (33,43%). Вместе с тем 10,66% (n=214) пациентов о повышении АД≥140/90 мм рт. ст. впервые узнали на приеме в Центре здоровья, что очень важно для выявления лиц в «маскированной» АГ и «гипертонией белого халата». В 10,46% (n=210) случаев зарегистрировано высокое нормальное АД в пределах 120–139/80–89 мм рт. ст., которое с позиции доказательной медицины является предвестником эссенциальной АГ. В случае регистрации высокого нормального АД давались рекомендации соблюдения принципов рационального питания с ограничением потребления поваренной соли, а также динамического контроля уровня АД. Помимо этих советов пациентам с впервые зарегистрированным уровнем АД ≥140/90 мм рт. ст. рекомендовалось дополнительное инструментальное и лабораторное обследование для исключения «маскированной» эссенциальной АГ и уточнения клинического диагноза. Все пациенты с АД ≥130/85 мм рт. ст. приглашались для обучения в «Школу профилактики артериальной гипертензии», на которой рассматривались вопросы классификации АГ, необходимости контроля АД в пределах целевого уровня, правила измерения АД в домашних условиях, способы самостоятельного купирования гипертонических кризов и ситуации, требующие неотложного вызова скорой медицинской помощи.

Заключение:

Скрининговое обследование в Центре здоровья в 10,66% случаев позволяет выявлять лиц с ранее неизвестным повышением АД≥140/90 мм рт. ст. и 10,46% - с высоким нормальным АД, являющимися предвестниками развития эссенциальной АГ.

2.7. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА (ФР) СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС), ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЕФАНОВ А. Ю.

Тюменская Государственная Медицинская Академия

Материал и методы:

Обследованы 165 пациентов, перенесших ОКС (инфаркт миокарда с подъемом с.СТ, инфаркт миокарда без подъема с.СТ, нестабильная стенокардия). Из них 60,6% мужчины (n=100), 39,4% женщины (n=65), средний возраст 56,8±5,3 лет. Оценена распространенность основных модифицируемых факторов риска ИБС, а также частота приема основных групп медикаментозных препаратов.

Результаты:

На момент госпитализации курили 55,6% больных (n=92), из которых 16,3% (n=15) были женщины моложе 50 лет. 20,0% пациентов (n=33) страдали сахарным диабетом (СД), у трети из которых (n=11) СД был выявлен впервые. При исследовании гликозилированного гемоглобина у пациентов с СД было выявлено, что лишь 24,2% (n=8) контролировали уровень гликемии за последние 3 месяца (HbA1c<6,5%). 30,3% (n=10) имели уровень HbA1c>8%, что говорит о декомпенсации заболевания. У 29,1% пациентов (n=48) выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Среди всех пациентов с артериальной гипертонией, включенных в исследование (n=143, 86,7%), адекватно контролировали уровень артериального давления (АД) и поддерживали его на рекомендованных значениях (<140/90 мм рт.ст. и <130/85 мм рт.ст. при наличии СД) лишь 26,6% (n=38). Уровень общего холестерина менее рекомендованных 4,5 ммоль/л был отмечен у 17,6% пациентов (n=29), ХС ЛНП менее рекомендованных 2,5 ммоль/л - у 17,0% (n=28). У 47,3% (n=78) отмечено наличие ожирения (ИМТ>30). Висцеральное ожирение наблюдалось у 60% обследованных (n=99). Среди пациентов, уже имевших до включения в исследование диагноз ИБС (n=98, 59,4%), 60,2% (n=59) принимали аспирин, 50,0% (n=49) - БАБ, 55,1% (n=54) - блокаторы РААС, 29,6% (n=29) - диуретики, 25,5% (n=25) - статины. 20,4% пациентов (n=20) не принимали никакой лекарственной терапии, имея в анамнезе ИБС.

Заключение:

Результаты нашего исследования показали высокую частоту встречаемости модифицируемых факторов риска ИБС, особенно артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии и нарушений углеводного обмена. Отмечен плохой уровень контроля артериального давления и очень низкую приверженность пациентов к гиполипидемической терапии. Это говорит о необходимости интенсификации мер по профилактике ИБС.

2.8. ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Фролов А. В., Барбараш О. Л., Евтушенко В. В.,
Репникова Р. В.

НИИ КПССЗ СО РАМН, КОКБ, КЕМЕРОВО

Введение (цели/задачи):

Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей (ОЗСНК), обусловленные атеросклерозом, ассоциированы с высокой сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью, при этом перемежающаяся хромота – наиболее частый симптом и важный предиктор сердечно-сосудистой смертности. В настоящее время существуют противоречивые данные в отношении частоты выявления синдрома АГ у пациентов с ОЗСНК, о ее клинической и прогностической значимости. В связи с этим представляется актуальным изучение частоты

выявления и основных характеристик синдрома АГ у пациентов с ОЗСНК. Цель исследования: изучение особенностей синдрома артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей (ОЗСНК).

Материал и методы:

Обследовано 102 пациента, среди которых лица мужского пола составили 98 (96,1%), средний возраст обследованных был равен 61,5±3,4 (от 43 до 80) лет. В зависимости от значений артериального давления при его офисном измерении в предоперационном периоде все обследованные пациенты были разделены на 2 группы: с синдромом АГ и без него. Группы больных были сопоставимы по половому и возрастному составу. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты:

Для большинства пациентов с ОЗСНК характерно наличие АГ, преимущественно изолированной систолической. У 42 из 69 (60,9%) пациентов с АГ выявлена данная форма АГ, в то время как у остальных – систоло-диастолическая. Параметры СМАД показали, что критерии АГ выявлены (по таким критериям как показатели нагрузки давлением более 30%, индекс времени САД и ДАД) у 30 пациентов, из них у 8 (16,7%) первой группы и у 22 (40,7%) – второй группы (p=0,01). Помимо этого, у 7 (4 пациента из первой группы и 3 из второй группы) обследованных пациентов имела место изолированная АГ «ночная гипертензия», проявившаяся тем, что в дневные часы показатели АД не превышали нормальные значения, а в ночные – превышали 120/75 мм рт.ст. Проведение СМАД позволило выявить АГ дополнительно у 15 (14,7%) пациентов с неизменными офисными цифрами АД. Кроме этого, для пациентов с ОЗСНК был выявлен характерный патологический суточный профиль артериального давления – «non-dipper», что является фактором сердечно-сосудистого риска.

Заключение:

Пациентам с ОЗСНК помимо офисного измерения АД необходимо проведение СМАД, которое позволяет эффективно оценивать наличие синдрома АГ и его суточную динамику. Выше сказанное демонстрирует необходимость включения показателей суточного мониторирования АД, наряду с такими факторами как поражение коронарного русла, наличие сахарного диабета и других в оценку глобального риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ОЗСНК.

3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ

3.1. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Новикова Р. А., Спиглазов А. Ф.,
Василевич О. А.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
10 ГКБ, г. Минск

Введение (цели/задачи):

Успех в лечении и прогноз заболевания во многом зависят от приверженности пациента к терапии. Изучить наиболее значимые факторы, влияющие на снижение приверженности к лечению и прогноз у больных АГ в зависимости от пола.

Материал и методы:

Обследовано 170 больных АГ I-II ст. р 3-4, сопутствующая ИБС, хронические формы у 41,2%; муж. – 80 чел., жен. – 90 чел., возраст от 35 до 70 лет, социальное положение у жен. – 30% пенсионеры, 22,2% рабочие, 47,8% служащие; у муж. – 25% пенсионеры, 43,7 рабочие, 31,3% служащие. Определяли факторы, способствующие низкой приверженности (НП), обусловленные пациентом, врачом, характером лечения, социально-экономическим положением больного, наличием депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (Погазова Г.В.), курения, алкоголя. Проводилось физикальное исследование, профиль АД, УЗИ сердца, ЭКГ. Анализировались осложнения, влияющие на прогноз заболевания.

Результаты:

НП к лечению отмечена у 55 жен. (61,1%) и 42 муж. (52,5%). Выявлены факторы, связанные с пациентом: депрессия у муж. – 10 (12,5%), у жен. – 25 (27,7%), недоверие к врачу: муж. – 6 (7,5%), жен. – 8 (8,8%), социально-экономический фактор: муж. – 6 (7,5%), жен. – 12 (13,3%), несоблюдение схем лечения: муж. – 11 (13,7%), жен. – 15 (16,6%). Отмечен малый опыт врача: муж. – 7 (8,7%), жен. – 9 (10%). Поверхностное знакомство врача с больным: муж. – 8 (10%), жен. – 10 (11,1%). По возрасту НП у больных до 50 лет и заметно выше после 60 лет: муж. – 17,5%, жен. – 27,7%. НП у курящих и употребляющих алкоголь. Осложнения в виде ОНМК, ТИА – муж. – 15%, жен. 20%, ОЛЖН, ИМ – муж. – 22,5%, жен. – 16,6%. Большинство осложнений у больных с НП к лечению и сопутствующей ИБС.

Заключение:

Наиболее зависима НП к лечению от личностных особенностей пациента, в меньшей степени от врачебных качеств и незначительное различие от пола (чаще у женщин). Наиболее весомые факторы, обуславливающие НП – депрессия, алкоголь, курение. С возрастом % НП к лечению уменьшается, а осложнения заболевания увеличиваются, соответственно, усугубляется прогноз.

3.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Попова А. А., Яковлева И. В., Березикова Е. Н.,
Яковлева Н. Ф., Пластинина Е. О., Юнникова О. И.

ГБОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России НГМУ,
МБУЗ ГВВ № 3

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертония (АГ) по своей распространенности, последствиям для сердечно – сосудистой системы и риску развития осложнений и сегодня возглавляет список наиболее значимых социальных проблем. Одним из ведущих механизмов развития АГ и ее осложнений является нарушение функционирования эндотелия сосудов. В настоящее время результаты экспериментальных и клинических исследований подтвердили концепцию важной причинно-следственной взаимосвязи между эндотелиальной дисфункцией и прогрессированием и/или развитием АГ. Цель исследования: оценка вазорегулирующей функции эндотелия сосудов у пациентов пожилого возраста с АГ II, III ст., риск 3 и 4.

Материал и методы:

В исследование включили 74 мужчины в возрасте 60–75 лет (средний возраст 72,5 +2,7 г.) с АГ II, III ст., риск 3,4. Вторичный генез заболевания исключался. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 25 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст 67,3 + 2,5 г.) с нормальным АД.

Результаты:

Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали дважды: при первичном осмотре пациентов и в динамике через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ составлял $4,06 \pm 0,4$ мм, а через год – $3,78 \pm 0,42$ мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 7,0 мм и 7,88 мм через год наблюдения соответственно. По сравнению с контрольной группой прирост диаметра плечевой артерии в группе с АГ достоверно оказался в 1,9 раза меньше, а через год – по сравнению с первым измерением меньше на 18,3% , и с контролем в 2,2 раза. Уровень суммарной продукции NO у лиц с АГ был в 2,1 раза ниже, чем в группе контроля. Через год разница между группами стала 38%. При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ и его уровня через год, продукция NO уменьшилась на 31,3%. В группе контроля через год продукция NO практически не изменилась.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с АГ в процессе старения статистически достоверно уменьшается вазодилатация и способность эндотелия к продукции NO, что, по-видимому, играет

немаловажную роль в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии.

3.3. УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Мищенко Е. А., Горьковенко М. В., Русиди А. В.

ГБОУ ВПО «СтГМА»,
МУУЧ КЛИНИЧЕСКАЯ ГОРБОЛЬНИЦА№3

Введение (цели/задачи):

Цель: Провести сравнительную оценку физической работоспособности и реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку у молодых людей с оптимальным, нормальным и высоким нормальным (в/н) АД.

Материал и методы:

Обследованы и анкетированы 35 студентов СтГМА обоего пола (средний возраст 21,3±0,3лет). Критерии исключения: противопоказания к проведению велоэргометрии (ВЭМ), наличие заболеваний (состояний) способных влиять на результаты теста, занятия профессиональным спортом. ВЭМ проводилась по ступенчатому непрерывно-возрастающему протоколу в течение 9 минут с мощностью на последней минуте 150 вт у девушек и 175 вт у юношей. По уровню офисного АД все обследуемые были разделены на группы: 1 гр. с оптимальным, 2 гр. с нормальным и 3 гр. в/н АД. Лиц с гипотонией не было. Статобработку проводили с помощью программы STATISTICA.

Результаты:

В 1 гр. физическая работоспособность составила 51,39±1,93, во 2 гр. 48,43±1,53, в 3 гр. - 46,55±1,79 мл/кг/мин. При этом оценили нагрузку, как почти максимальную (по модифицированной шкале Борга) из 1 гр. 9,0 % студентов, из 2 гр. - 6,7%, а из 3 гр. - 45,0% соответственно (p<0,05). Патологических реакций АД и ЧСС в 1 гр. вообще не наблюдалось, во 2 гр. и 3 гр они отмечены у 13,3% и 44% человек соответственно (p<0,05). Различий в инотропном и хронотропном индексах между группами не выявлено.

Заключение:

Выводы. Физическая работоспособность выше в группе студентов с оптимальным АД. В группе с в/н АД чаще наблюдаются патологические типы реакции АД и ЧСС на нагрузку.

3.4. УРОВНИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Каюмов Р. Х., Каюмова М. М., Акимова Е. В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение уровней центрального (абдоминального) типа ожирения у мужчин в возрасте 25-64 лет открытой городской популяции Тюмени.

Материал и методы:

Эпидемиологическое исследование было проведено в 2008-2009 гг. на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг

составил 85,2% – 852 участника. Определение окружности талии производилось сантиметровой лентой, которая накладывалась горизонтально посередине между нижним краем реберной дуги и крестцовым отделом позвоночной кости.

Результаты:

Анализ показал нормальное распределение показателей объема талии (ОТ) у мужчин 25-64 лет. Характер распределения ОТ подтверждался результатами теста (p>0,05). Крайние децили распределения по ОТ составили 80 и 107 см. Стандартизованные показатели уровней ОТ составили 80,4 – 105,4 см. Стандартизованный показатель среднего уровня ОТ в мужской популяции 25-64 лет составил 92,0 см. Средние значения ОТ были положительно связаны с возрастом. Данные процентильного распределения ОТ у мужчин во всех возрастных группах повторяли динамику средних величин. Окружность талии по средним уровням достоверно нарастала с возрастом, соответственно увеличиваясь за анализируемый возрастной период в 1,1 раза.

Заключение:

1. По уровням центрального (абдоминального) типа ожирения в тюменской популяции имел место направленный возрастной тренд окружности талии с достоверным ростом уровня ОТ в каждой последующей возрастной группе.

3.5. УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Акимова Е. В., Каюмов Р. Х.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение уровней систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) у мужчин в возрасте 25-64 лет открытой городской популяции Тюмени

Материал и методы:

Эпидемиологическое исследование было проведено в 2008-2009 гг. на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,2% – 852 участника. Измерение артериального давления (АД) проводилось ртутным сфигмоманометром дважды на правой руке в положении сидя с точностью до 2 мм рт.ст.

Результаты:

Распределение показателей систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД) носило нормальный характер для мужчин выбранной популяции. Крайние децили распределения по САД составили 110 и 160 мм рт. ст. Соответственно, 10%-ная и 90%-ная отрезные точки по ДАД в мужской популяции составили 76 и 101 мм рт. ст. Стандартизованные показатели уровней САД составили 111,0 – 153,1 мм рт. ст. По средним уровням и процентильному распределению наиболее низкие цифры изучаемого параметра отмечались у мужчин в возрасте 25-34 лет. САД достоверно нарастало от третьего до пятого десятилетий жизни (122,0 – 138,6 мм рт. ст., p<0,001), в шестом десятилетии оставаясь практически стабильным, в результате за весь анализируемый возрастной период средний уровень САД возрос в 1,2 раза. Стандартизованные показатели уровней ДАД составили 75,1 – 99,0 мм

рт. ст. ДАД по средним уровням достоверно нарастало с возрастом в течение всего возрастного периода, соответственно увеличиваясь за изучаемый возрастной период в 1,1 раза.

Заключение:

Уровни САД в тюменской популяции были высокими за счет средних возрастных групп 35-44 и 45-54 лет, в этих же группах отмечался достоверный рост показателей средних величин и процентильного ряда распределения признака. По уровням ДАД в тюменской популяции сформировался направленный возрастной тренд показателя с достоверным ростом уровней ДАД в каждой последующей возрастной группе.

3.6. УРОВНИ ГЛЮКОЗЫ, КАК КОМПОНЕНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Каюмова М. М., Каюмов Р. Х., Акимова Е. В., Гафаров В. В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение уровней глюкозы натощак у мужчин в возрасте 25-64 лет открытой городской популяции Тюмени.

Материал и методы:

Эпидемиологическое исследование было проведено в 2008-2009 гг. на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,2% – 852 участника. Уровни глюкозы сыворотки крови натощак проводили энзиматическим колориметрическим методом с помощью аналитического набора «BioSystems» на биохимическом анализаторе открытого типа с двумя проточными кюветами.

Результаты:

Распределение показателей глюкозы было близким к нормальному, что подтверждалось результатами теста на нормальность ($p > 0,05$). 10%-ная и 90%-ная отрезные точки по распределению глюкозы в мужской популяции 25-64 лет составили 3,9 и 5,9 ммоль/л. Среднее значение глюкозы среди мужчин Тюмени 25-64 лет составило 4,8 ммоль/л (стандартизованный показатель). Темп прироста данного показателя был неодинаковым в разные периоды жизни, за весь анализированный возрастной период уровень глюкозы в популяции вырос в 1,1 раза. Так, средний уровень глюкозы достоверно нарастал с увеличением возраста от третьего до четвертого и то пятого до шестого десятилетий жизни, имея в среднем более низкие показатели в возрастных категориях 25-34 и 35-44 лет (4,6 и 4,8 ммоль/л соответственно) по сравнению с общепопуляционным показателем 25-64 лет (4,9 ммоль/л). Однонаправленную возрастную динамику имели и значения 90%-ных отрезных точек статистического ряда распределения глюкозы: показатель имел тенденцию к увеличению во всем возрастном диапазоне, значимо нарастая от третьего до четвертого и то пятого до шестого десятилетий жизни

Заключение:

Существенный рост уровней глюкозы, как по средним показателям, так и по процентильному ряду распределения признака, отмечался в возрастных категориях 35-44 и 55-64 лет.

3.7. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

Брыткова Я. В., Голикова А. А., Абдуразакова А. М., Стрюк Р. И.

ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась сравнительная оценка вегетативного статуса у беременных и женщин в перименопаузе с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

В исследование включено 137 пациенток, из них 72 женщины (53%) во II триместре беременности (1 группа) и 65 пациенток (47%) в перименопаузе (2 группа), страдающих гипертонической болезнью II стадии 2 степени. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивали по индексу Кердо (V.I.), который вычисляли по формуле: $V.I. = (1-d/p) \times 100$, где d – диастолическое АД, мм рт.ст., p – пульс, уд./мин., $V.I. > 0$ – сдвиг в сторону симпатического преобладания, $V.I. < 0$ – в сторону парасимпатического. Активность симпатoadренальной системы определяли по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) авторским методом, основанным на изменении осморезистентности эритроцитов в присутствии бета-адреноблокатора набором реагентов «АРМ-АГАТ» (ООО «Агат-Мед, Москва).

Результаты:

Показатель β -АРМ был значимо выше (в 2,4 раза) в 1 группе по сравнению с пациентками 2 группы, $p < 0,05$. По значениям индекса Кердо пациентки 1 группы разделились следующим образом: эйтония была выявлена в 15 случаях (21%), симпатикотония у 33 пациенток (46%), парасимпатикотония у 24 человек (33%). Во 2 группе у большинства пациенток наблюдали парасимпатикотонию – 36 пациенток (55%), симпатикотония была выявлена в 22 случаях (34%), эйтония – в 7 (11%), между группами ($z=10,425$, $p=0,005$). Получена умеренная прямая корреляция между индексом Кердо и показателем β -АРМ в 1 группе ($r=0,504$; $p < 0,05$).

Заключение:

По величине β -АРМ и индексу Кердо у беременных с ГБ вегетативный тонус характеризуется гиперсимпатикотонией, в то время как у пациенток с ГБ в перименопаузальном периоде преобладает парасимпатикотония.

3.8. СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У РАБОТНИКОВ ЭЛЕКТРОИЗОЛЯТОРНОГО ПРОИЗВОДСТВА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шуматова Н. В.

ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Состояние эндотелия имеет важное клиническое значение, т.к. его повреждение и нарушение функционирования имеет большое значение в развитии ряда заболеваний, многие из которых сопряжены с повышенной смертностью. Цель – изучить состояния эндотелия сосудов у работников электроизоляционного производства, контактирующих с различными вредными производственными факторами (силикатной пылью, токсическими раздражающими веществами и др.) и страдающих гипертонической болезнью I и II стадии.

Материал и методы:

Обследовано 87 человек. 1-я группа включала 28 работников с ГБ I и II ст., 2-я группа – 55 работников без сердечно-сосудистой патологии, 3-я группа (контроль) – 14 практически здоровых лиц, которые по роду своей деятельности никогда не контактировали с пылью и другими производственными вредностями. Средний возраст в группе работников 1-й группы (с ГБ) $54,16 \pm 4,17$ лет, стаж работы с вредными факторами $22,9 \pm 10,10$ лет, во 2-й группе (без ГБ) – $50,0 \pm 9,63$ лет и $24,28 \pm 7,18$ лет соответственно. Оценка состояния эндотелия сосудов проведена двумя методами: 1) определение уровня vascular endothelial growth factor (VEGF) методом ИФА; 2) определение количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ) в сыворотке крови по методике Hladovec (1978). Статистическая обработка включала определение достоверности различий между показателями с помощью критериев Стьюдента, Уайта и Вилкоксона.

Результаты:

По данным проведенного на предприятии медосмотра, наибольшее распространение у работающих занимают заболевания системы кровообращения (у 19% работников). Наибольший удельный вес занимает ГБ I и II стадии (97% от всех выявленных случаев ССЗ). Высокая заболеваемость ГБ обусловлена немалой долей среди работников лиц пред- и пенсионного возраста. В 1-й группе количество ДЭЦ (с ГБ) составило $5,57 \pm 1,87 * 10^4/л$, во 2-й группе (без ССЗ) – $5,02 \pm 1,94 * 10^4/л$. В группе практически здоровых лиц, не контактирующих с производственными вредностями, уровень ДЭЦ составил $2,93 \pm 1,02 * 10^4/л$. Уровни VEGF в 1-й и 2-й группе имели лишь тенденцию к повышению.

Заключение:

Следовательно, в группах работников 1-й и 2-й групп с идентичными возрастными характеристиками эндотелиальная дисфункция выражена практически в равной степени. Это можно объяснить развитием у работающих в контакте с вредными производственными факторами оксидативного стресса смешанного генеза. Поэтому применение антиоксидантов у этой категории работающих показано не только с лечебной, но и с профилактической целью.

3.9. СТРЕСС В СЕМЬЕ СРЕДИ ГОРОДСКИХ МУЖЧИН ТЮМЕНИ

АКИМОВА Е. В., СМАЗНОВА О. В., АКИМОВ А. М.,
ГАФАРОВ В. В., СИЛИН А. Н.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН,
Филиал ФГБУ «НИИ ТЕРАПИИ»

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение стресса в семье в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Материал и методы:

Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА В 2007 году из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участников. Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путём

самозаполнения анкеты. Вопросы анкеты по стрессу в семье включали мнение респондентов о тяжелой болезни или смерти кого-либо из близких в течение 12-ти месяцев; изменении семейного положения, наличии серьезных конфликтов в течение последних 12-ти месяцев; возможности спокойного отдыха дома. Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, как они предполагали, являлся наиболее правильным.

Результаты:

Более 24% населения отметили, что в течение последнего года кто-нибудь из близких людей тяжело болел или умер. Около 76% населения отметили отсутствие изменений в семейном положении в течение последних 12-ти месяцев. Существенных различий в возрастных группах обследованных мужчин по вопросам болезни или смерти близких людей за последний год не отмечалось. Семейное положение существенно чаще было без изменений у мужчин трех старших возрастных групп сравнительно с возрастной категорией 25-34 лет. У лиц молодого возраста (25-34 лет) достоверно чаще сравнительно со старшими возрастными группами имели место серьезные конфликты в семье. В младших возрастных группах более 25% мужчин не имели возможности отдохнуть дома. С возрастом этот показатель уменьшался, и в старших возрастных группах имели возможность отдохнуть дома уже более 80% мужчин.

Заключение:

Таким образом, в открытой мужской сибирской популяции для лиц молодого возраста оказалось характерным превалирование сравнительно со старшими возрастными категориями стресса в семье, который выражался наличием серьезных семейных конфликтов, изменением семейного положения и отсутствием возможности семейного отдыха.

3.10. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Синенкова О. Ю., Коломеец Д. Б.

Орловская областная клиническая больница
Медицинский институт ОГУ

Введение (цели/задачи):

Существенные различия в распространенности факторов риска (ФР) в различных социальных группах диктуют необходимость изучения ФР на локальном уровне. Цель: изучить распространенность ФР с оценкой суммарного сердечно-сосудистого риска, выявить корреляционную зависимость между ФР.

Материал и методы:

Проанализированы результаты обследований 834 призывников (от 19 до 26 лет), направленных в стационар в связи с впервые выявленными повышенными цифрами АД. По результатам клинического измерения и суточного мониторирования АД пациенты были разделены на 2 группы: $n=684$ – гипертоники и $n=150$ – нормальное АД. Критерии исключения: вторичная АГ. Стратификация риска проводили в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение АГ» (2010 г.). К поражению органов-мишеней относили гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) (ЭКГ: признак Соколова-Лайона, Корнельское произведение),

небольшое повышение сывороточного креатинина (115-133 мкмоль/л).

Результаты:

Среди всех пациентов (n=834) распространенность ФР: курение-46,8%, семейный анамнез ранних ССЗ-49,1%, абдоминальное ожирение (АО)-19,9%, дислипидемия-21,6%, глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л-9,1%, НТГ-4,8%. Распространенность ФР была статистически различима по возрасту: отмечалось увеличение ФР старше 24 лет (p<0,001). Пациенты с АГ чаще имели семейный анамнез ранних ССЗ (58,1% против 25,3%, p<0,001) и АО (22,1% и 10,0% соответственно, p<0,045). Выявлено увеличение общего холестерина крови с увеличением статуса питания (r=0,43±0,06, p=0,05). Не выявлено ФР у 4,7%, один ФР у 8,5%, два ФР у 71,9%, три и более ФР у 14,9% призывников. Критерии метаболического синдрома выявлены у 9,4% (n=64). ГЛЖ-3,8% (n=26). Повышение сывороточного креатинина 115-133 мкмоль/л-0,9% (n=3). При стратификации по группам риска 684 гипертоников: низкий риск-3,2%, средний риск-81,0%, высокий риск-15,8%.

Заключение:

У молодых мужчин призывного возраста выявлена высокая распространенность потенциально устранимых ФР; обнаружена взаимосвязь в развитии АГ с семейный анамнез ранних ССЗ и АО, выявлена умеренной силы корреляционная связь между холестерином крови и увеличением статуса питания.

3.11. РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РАЗВИТИИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Бурлакова Б. Н., Стрюк Р. И., Потиевский Б. Г.

ГБОУ ВПО «МГМСУ», ЦКБ ГА

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить динамику встречаемости артериальной гипертонии (АГ), состояния комплекса интима-медиа брахиоцефальных артерий (БЦА) и параметров жирового обмена у практически здоровых мужчин среднего возраста.

Материал и методы:

У 141 практически здорового мужчины в возрасте 55 лет оценены индекс массы тела (ИМТ), липидный спектр крови, уровень АД, состояние комплекса интима-медиа БЦА, индекс массы миокарда левого желудочка. Эти же параметры были определены у них же через 3 года. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью пакета программ «Statistica 8.0» (StatSoft Inc., США).

Результаты:

На 1 этапе обследования почти у 1/4 мужчин выявлена АГ (25 чел., 17,73%). Через 3 года количество пациентов с АГ достоверно не увеличилось (29 чел., 20,57%), но произошло изменение структуры заболевания: в 1,5 раза возросло число пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II ст. (с 36% до 55,17%) за счет уменьшения числа пациентов с ГБ I ст. Пограничная АГ встречалась редко и с одинаковой частотой (3 чел., 12% и 4 чел., 13,79% соответственно). ГБ III стадии через 3 года диагностирована у 1 чел. (3,45%). Через 3 года с момента первоначального обследования число пациентов с нарушением жирового обмена практически не изменилось. Более чем у половины обследованных как в исходном состоянии, так и в динамике диагностировалась избыточная масса тела

(83 чел., 58,87%) и ожирение I-II степени (33 чел., 23,4% и 31 чел., 21,99%, соответственно). Пациентов с выраженным нарушением липидного обмена выявлено не было на всех этапах обследования. Возрастание стадии ГБ способствовало развитию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и ухудшению состояния комплекса интима-медиа БЦА. Так, через 3 года ГЛЖ диагностирована у 67 чел. (48,91%, N=137) по сравнению с 55 чел. (39%, N=141) в исходном состоянии. Наблюдалась также отрицательная динамика в сторону увеличения частоты и степени атеросклеротического поражения БЦА. Так, на момент включения в исследование признаки утолщения комплекса интима-медиа БЦА определялись у 48 чел. (34,04%, N=141), атеросклеротические бляшки у 29 чел. (20,57%). Через 3 года количество пациентов с подобными изменениями комплекса интима-медиа БЦА достоверно возросло (58 чел. (41,73%, N=139) и 35 чел. (25,18%), соответственно).

Заключение:

Ухудшение состояния комплекса интима-медиа БЦА и увеличение массы миокарда левого желудочка у практически здоровых мужчин среднего возраста связано с прогрессированием АГ.

3.12. СКРЫТАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕЧЕНИЯ

Осипова И. В., Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Лобанова Н. А., Белоусова Т. Б.

АГМУ, НУЗ ОКБ на станции Барнаул

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было изучить клинические особенности скрытой (маскированной) гипертонии на рабочем месте (АГрм) у работников железнодорожного транспорта.

Материал и методы:

Обследованы 197 пациентов со скрытой АГрм, которые составили 1-ую группу и 132 больных с впервые выявленной, нелеченной эссенциальной гипертонией, которые составили 2-ую группу.

Результаты:

У пациентов с АГрм офисное АД и среднее АД при мониторинге в выходные часы не превышает нормальные значения, в рабочие часы по сравнению с часами отдыха у этих лиц увеличивается среднее систолическое АД и диастолическое АД на 6,9% (p<0,001) и 9,6% (p<0,001) соответственно. У больных 1-ой группы по сравнению с пациентами 2-ой группы имеется повышенная реактивность на стресс-тест «математический счет», проявляющаяся большим приростом САД на 7,9 мм рт.ст. (p<0,001) и ЧСС на 4,3 уд в мин. (p<0,001). Повышенную стресс-реактивность имели пациенты с ранним сердечно-сосудистым анамнезом (большой прирост САД на 35,0%, p = 0,001) и с абдоминальным ожирением (большие приросты САД и ЧСС на 33,8 (p = 0,001) и 25,4% (p = 0,001) соответственно). При формировании АГрм присутствует и еще один механизм – вазоконстрикция, что подтверждается выявленными особенностями. У больных с АГрм среднее САД в рабочие часы было сопоставимо, а среднее ДАД больше на 4,1%, чем у пациентов 2-ой группы. Кроме того, при оценке эпизодов повышения офисного АД в течение месяца нами была выявлена большая (в 2 раза, p=0,001) частота повышения ДАД, по сравнению с САД. У пациентов со скрытой АГрм по срав-

нению с больными с нелеченной эссенциальной гипертензией имеется меньший ранний пик Е на 22,4% ($p=0,001$), больший пик А на 37,1% ($p=0,001$), меньшее отношение Е/А на 50% ($p=0,001$), диастолическая дисфункция I типа у них возникает чаще на 24,1% ($\chi^2=6,3$, $p=0,01$), нормальная эндотелиальная функция (ЭФ) имеется реже на 26,1% ($\chi^2=8,0$, $p=0,005$), а вазоконстрикторная реакция эндотелия плечевой артерии на временную окклюзию чаще на 30,3% ($\chi^2=15,8$, $p=0,001$). Эти данные можно рассматривать как единый патогенетический механизм, лежащий в основе формирования скрытой АГ.

Заключение:

Таким образом, у пациентов со скрытой артериальной гипертензией на рабочем месте имеется повышенная стресс-реактивность и вазоконстрикция, которые, по-видимому, лежат в основе формирования стабильной гипертензии.

3.13. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Давыдов Е. Л., Алексеев И. А., Ивкова А. В.

Красноярский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Цель: Оценить приверженность к лечению пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией, исследовать влияние образовательного фактора на снижение этого показателя.

Материал и методы:

Обследовано 426 больных АГ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года - по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09)) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11)). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50)) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет) - 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52)). Оценка приверженности к лечению (ПКЛ) проводилась с помощью теста Мориски–Грина.

Результаты:

Большинство пациентов во всех возрастных и гендерных группах являются некомплаентными (от 51,1% до 64,1%). Их количество достоверно выше по сравнению с полностью и частично приверженными к лечению ($p < 0,05$). Достоверных различий как внутри так и между возрастными и гендерными группами по рассматриваемым градациям не отмечено ($p > 0,05$). При анализе групп больных со средне-специальным и высшим образованием было выявлено, что показатели ПКЛ характеризовались некомплаентностью. Только в группе мужчин старческого возраста со средне-специальным образованием (это наиболее часто отмеченный образовательный ценз в этой когорте) отмечается тенденция к частичной приверженности – 2,94; ДИ (2,23 – 3,66) балла.

Заключение:

Пациенты с АГ как старших возрастных групп, так и группы сравнения независимо от возраста имеют низкий уровень ПКЛ. Уровень ПКЛ не зависит от пола больных с АГ. Комплаентность больных у лиц с высшим и средне-специальным об-

разовательным статусом не зависит от их образовательного статуса, за исключением мужчин старческого возраста со средне-специальным образованием.

3.14. РАЗЛИЧИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Хайретдинова Т. Б., Павлова М. К., Авхадиева Л. И.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Цель работы: изучить характер изменений уровня артериального давления (АД) у курящих подростков в зависимости от пола.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 318 курящих подростков в возрасте 13-16 лет, из которых 210 мальчиков и 108 девочек. Стаж курения - 2-5 лет. Оценка уровня АД проводилась по средним значениям систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) при трёхкратном его измерении на основе процентильного распределения АД для соответствующего возраста, пола и процентилля рос-та. Артериальная гипертензия (АГ) диагностировалась, когда средний уровень САД и/или ДАД равнялся или превышал 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции. Артериальная гипотензия выявлялась при значениях АД ниже 5 перцентилля.

Результаты:

Распространённость АД по САД достоверно выше у мальчиков (3,3%), чем у девочек (0,9%, $p<0,05$). Среди мальчиков в 2,7 раза чаще диагностируется высокое нормальное САД (11,4%), чем среди девочек (3,7%, $p<0,05$). Среди мальчиков и девочек в 10% и 12% соответственно встречается артериальная гипотензия. Среди девочек в 25,1% случаев САД находится ниже 10 перцентилля против 15,2% $p<0,05$ у мальчиков. АГ у подростков выявлялась преимущественно систолического типа. Среди мальчиков с высокой нормальной АГ систолический тип в среднем отмечался в 60%, систоло-диастолический тип – в 17,8%, диастолический - в 22,2%; среди девочек в 73,2%, 19,0% и 7,8% соответственно. Среди подростков с артериальной гипотензией отмечалось преимущественно систоло-диастолическая и диастолическая гипотензия.

Заключение:

Различия в уровнях АД у мальчиков и девочек отражают возрастную специфику нейрогуморальной регуляции подросткового периода, определяет повышенную чувствительность сердечно-сосудистой системы к воздействию вредных факторов. Токсическое действие табака в период интенсивного роста и развития подростков усиливает дисфункцию вегетативной нервной системы.

3.15. РАННИЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Василькова Т. Н.

ФГУ НЦ ПиЛП ТюмНЦ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

В настоящее время отмечается неуклонный рост числа больных с кардиальной патологией в подростковом возрасте, когда выражено влияние модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска. Значительный удельный вес среди

патологии сердца в этом возрасте занимают функциональные заболевания, которые при воздействии фенотипических факторов приводят к развитию артериальной гипертензии уже в молодом возрасте. Цель работы: выявление факторов риска и ранних нарушений системы кровообращения у подростков с разработкой рекомендаций по их коррекции.

Материал и методы:

Проведено анкетирование 62 подростков, средний возраст $16,1 \pm 0,77$ лет, включающее изучение уровня школьной тревожности (опросник Филипса), факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, офисное измерение АД по Короткову, антропометрию (ИМТ, ОТ/ОБ).

Результаты:

Установлены наиболее распространенные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: низкая физическая активность - 66,9%, курение (55,9%), отягощенный по сердечно-сосудистой патологии наследственный анамнез (до 41%), нерациональное питание (до 44,1%), злоупотребление алкоголем (36,9%), повышение АД (до 24,3%), избыточная масса тела (11,7%), высокий уровень школьной тревожности (8,8%); при этом у 48,4% подростков встречаются сочетания четырех и более факторов риска. Клинические проявления ранних нарушений системы кровообращения у подростков характеризуются большим разнообразием: головные боли (до 72,8%), головокружение (64,6%), выраженная астенизация, связанные в 98,2% с нервно-психическим или физическим перенапряжением. Независимо от пола подростков, выявляется «синдром общей дизадаптации» в виде повышенной чувствительности к изменению метеоусловий (70,5%), пониженной работоспособности и трудное пробуждение (58,8%), снижения физической активности (56,2%) сниженной памяти (23,5%). Сочетание двух и более признаков имеют 24,2% подростков, что позволяет судить о наличии у них функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы.

Заключение:

Выполненное исследование позволило разработать комплекс практических рекомендаций по коррекции выявленных факторов риска и функциональным нарушениям сердечно-сосудистой системы.

3.16. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Ерушева Е. В., Курочкина О. Н.

Коми филиал Кировской государственной медицинской академии

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) – широко распространённое заболевание, оказывающее серьёзное влияние на прогноз пациентов с сердечнососудистой патологией. До 2/3 пожилого населения страдают изолированным повышением систолического артериального давления (Шальнова С.А., 2008; Gradman А.Н., 2009). Показано, что изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) тесно взаимосвязана с высоким риском сердечнососудистых и цереброваскулярных осложнений (инсульты, инфаркты), приводящих к инвалидизации и высокой смертности больных. В связи с этим большое значение имеет изучение распространенности и этиопатогенетических факторов развития изолированной

систолической артериальной гипертензии, которая долгое время считалась вариантом возрастной нормы у лиц пожилого и старческого возраста, не требующей лечения. Цель – выявить распространенность изолированной систолической артериальной гипертензии у пациентов старшей возрастной группы с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы:

Методом случайного отбора выбраны амбулаторные карты больных, наблюдающихся в городской поликлинике №3 по поводу постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Изучался анамнез заболевания, в динамике оценивались результаты лабораторного и инструментального исследования, клиническое состояние, регистрировалось артериальное давление (АД) в начале наблюдения и на момент последнего обращения пациента. Всего проанализировано 68 амбулаторных карт, в том числе 43 мужчины и 25 женщин, средний возраст больных $68,8 \pm 10,1$ лет. Формирование базы данных осуществлялось в формате Microsoft Excel. Статистическая обработка данных производилась с использованием программы BIOSTAT.

Результаты:

Среди всех больных ПИКС старшей возрастной группы количество пациентов с артериальной гипертензией – 40 человек, что составляет 58,8%. Из них систолодиастолическую артериальную гипертензию имеют 33 человека (82,5%), в том числе мужчин – 18 (55%), женщин – 15 человек (45%); средний возраст пациентов - $70,3 \pm 7,1$ лет. Изолированная артериальная гипертензия выявлена у 7 человек (17,5%): 3 мужчин (43%) и 4 женщин (57%); средний возраст - $68,6 \pm 6,8$ лет. Таким образом, распространенность изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) среди больных ХСН с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе составила 10,3%; чаще развивается у женщин.

Заключение:

Нормальные показатели артериального давления выявлены только у 39,7% больных ХСН старшей возрастной группы (≥ 65 лет) с инфарктом миокарда в анамнезе. Систолидиастолическая артериальная гипертензия выявлена у 50% пациентов, распространенность ИСАГ у данного контингента больных составила 10,3%.

3.17. ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО (АОРТАЛЬНОГО) ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ГИПЕРТОНИИ

Гусаковская Л. И., Томашевская Ю. А.,
Мельникова Е. А., Олейников В. Э.

Медицинский институт ПГУ

Введение (цели/задачи):

Провести сравнительную оценку показателей центрального (аортального) давления и ригидности у больных старше 60 лет с изолированной систолической (ИСАГ) и систоло-диастолической артериальной гипертензией (СДАГ) 1-2 степени.

Материал и методы:

Обследовано 47 человек в возрасте от 60 до 74 лет. Первую группу составили 20 пациентов с ИСАГ, средний возраст $67,7 \pm 3,6$ лет. Во вторую группу вошли 27 больных с СДАГ, средний возраст $67,2 \pm 4,1$ лет. Диагноз верифицировали трехкратным измерением АД аускультативным методом (ВНОК, 2010). Группы были рандомизированы по возрасту, полу,

антропометрическим показателям, офисным значениям систолического АД. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий оценивали технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения центрального (аортального) давления: САДао, ДАДао, ПАДао; индекса аугментации в аорте A1xao. Результаты представлены в виде $M \pm SD$ при нормальном распределении, при ассиметричном в виде Me ($Q 25\%$; $Q 75\%$).

Результаты:

Сравниваемые группы не отличались по уровню САДао: у больных ИСАГ – $140,0 \pm 10,9$, СДАГ – $140,4 \pm 8,5$ мм рт.ст. В группе 1 значения ДАДао были достоверно ниже ($78,3 \pm 5,6$ мм рт.ст.) по сравнению с группой 2 – $87,5$ ($86,0$; $94,0$) мм рт.ст., ($p < 0,01$). Среднесуточное ПАДао в группе 1 превышало соответствующие значения параметра у пациентов группы 2 ($61,5 \pm 8,1$ и $50,8 \pm 6,5$ мм рт.ст. соответственно, ($p < 0,01$). Показатель A1xao у больных ИСАГ составил $41,3 \pm 9,7$ %, СДАГ – $37,0$ ($24,0$; $39,0$) % ($p < 0,01$).

Заключение:

По показателям амбулаторного суточного мониторирования аортального давления и сосудистой ригидности больные пожилого возраста с ИСАГ достоверно отличались от лиц с СДАГ по сравниваемым параметрам, что, очевидно, обусловлено более выраженными изменениями стенки аорты, приводящими к изолированному повышению систолического АД.

3.18. ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Нурмаханова Ж. М.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
АЛМАТЫ

Введение (цели/задачи):

В Европейских рекомендациях 2007 г. показания к назначению комбинированной антигипертензивной терапии еще более расширились, распространившись на пациентов артериальной гипертензии (АГ) с высоким и очень высоким риском, у кого требуется достижение целевых значений АД на уровне ниже $130/80$ мм рт. ст. Цель исследования: оценка эффективности комбинированного препарата Экватор® в лечении АГ в сочетании с ИБС у лиц пожилого возраста.

Материал и методы:

В исследование были включены 60 больных АГ 2-3-й степени в сочетании с ИБС, средний возраст которых составил $68,3 \pm 5,1$ лет. Больные распределены по 20 человек, случайным способом в 3 группы в зависимости от получаемой терапии: в 1-ю группу вошли больные, получавшие амлодипин 10 мг/сутки, 2-я группа получала лизиноприл 10 мг/сутки и 3-я группа – получала комбинированный препарат Экватор®. Для изучения антиангинальной эффективности проводили оценку частоты приступов стенокардии напряжения и маршевую пробу (тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ)) в начале и в конце лечения. В качестве критериев оценки гипотензивного и антиишемического эффекта использовались следующие: а) достижение целевого уровня АД ($130/80$ мм рт. ст.); б) уменьшение числа приступов стенокардии в неделю; в) увеличение толерантности к нагрузке в тесте с 6-минутной ходьбой.

Результаты:

В результате лечения нормализация уровня АД имела место

у 15 больных 1-й группы (75%) и у 13 больных 2-й группы (72,5%). Необходимость в удвоении доз препаратов возникла у 5 и 7 соответственно пациентов в каждой группе. Частота ангинозных приступов достоверно уменьшилась более чем в 3 раза в обеих группах больных; по результатам ТШХ отмечено увеличение дистанции ходьбы (на 9% и на 4%) и уменьшение потребности в нитроглицерине. У пациентов 3-й группы при лечении комбинированным препаратом Экватор® наблюдался выраженный гипотензивный и антиангинальный эффект. Степень снижения САД и ДАД была максимальной в этой группе и составила 29 и 22% соответственно, была выше, чем в 1 и 2 группах. Нормализация АД имела место у 17 больных. Частота ангинозных приступов уменьшилась с 5,4 до 2 раз в неделю, а дистанция ТШХ возросла с 328 до 372 м.

Заключение:

Таким образом, комбинированный препарат Экватор® является высокоэффективным в лечении пациентов АГ в сочетании с ИБС.

3.19. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАГРУЗКИ ПОВЫШЕННЫМ И ПониЖЕННЫМ АД у БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН с НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ФОНОМ и с СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ДО ЛЕЧЕНИЯ и ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Рубанова М. П., Жмайлова С. В., Сухенко И. А.,
Виноградов А. И., Антонов Е. К.

Новгородский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

В ряде исследований установлено, что избыточно низкий и избыточно высокий уровень АД ночью у больных АГ создает повышенную опасность развития острых сердечно-сосудистых состояний. Цель: Изучить особенности изменения показателей нагрузки на органы-мишени повышенным и пониженным АД при эффективной терапии амлодипином у больных АГ с различным психоэмоциональным фоном (ПЭФ).

Материал и методы:

Обследованы 25 женщин, больных АГ II степени (по классификации ВНОК 2008), средний возраст $45,4 \pm 1,7$ лет, рандомизированные по тяжести заболевания и состоянию психоэмоционального фона. До начала лечения все больные были разделены на 2 группы: I группа – больные АГ с нормальным ПЭФ, II группа – больные АГ с субклинической депрессией. Использовался метод суточного мониторирования АД, исследование ПЭФ (уровня депрессии и тревоги) проводилось с помощью шкал HADS, Бека и CES-D.

Результаты:

Результаты исследования показали, что у больных АГ женщин с субклинической депрессией показатели нагрузки повышенным АД индекс времени (ИВ) и индекс измерений (ИИ) на протяжении суток значительно не отличались от этих показателей у больных с нормальным ПЭФ. На фоне терапии амлодипином показатели нагрузки повышенным САД днем в обеих группах больных достоверно не изменились, но ночью показатель ИВ нагрузки повышенным ДАД в группе больных с субклинической депрессией вырос почти в 5 раз. Анализ показателей пониженным САД в течение суток до лечения показал, что разницы между I и II группами не было. На фоне терапии амлодипином в обеих группах выросла нагрузка пониженным

САД как днем, так и ночью. Причем в большей степени в группе больных АГ женщин с субклинической депрессией ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, после терапии амлодипином в течение месяца увеличилась нагрузка повышенным ДАД и пониженным САД в ночные часы у больных АГ с субклинической депрессией по сравнению с больными АГ с нормальным ПЭФ, что создает неблагоприятную гемодинамическую ситуацию для больных, так как резко возрастает нагрузка на миокард и другие органы-мишени.

3.20. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН СЕЛЬСКОГО КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ В ВОЗРАСТЕ 20-59 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЕВРОПЕОИДНОЙ ПРИМЕСИ

Хамнагадаев И. И., Поликарпов Л. С., Яскевич Р. А.

ФГАОУ ВПО БЕЛГОРОДСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, БЕЛГОРОД,
ГОУ ПВО КРАСГМУ, НИИ МПС СО РАМН, КРАСНОЯРСК

Материал и методы:

В целях изучения распространенности артериальной гипертензии обследовано сельское коренное население типичных поселков Якутии (Республика Саха), Эвенкии и Тувы (Республика Тыва) в возрасте 20-59 лет. В Якутии и Эвенкии использован метод сплошного охвата с откликом не менее 75% от списочного состава населения, в Туве обследована 15% случайная выборка. Количество обследованных женщин составило 1012 чел. Известно, что якуты и тувинцы монголоидное население, имеющее европеоидную примесь, в отличие от эвенков, не имеющих европеоидной примеси.

Результаты:

Стандартизированные показатели распространенности АГ среди женщин сельского коренного населения при общей закономерности увеличения с возрастом, имели значительную вариабельность и составили среди якуток 28,5%, среди эвенкиек – 44,6%, а среди тувинок 37,0%. Анализ распространенности АГ в возрастной группе 20-29 лет показал, что в Туве она наименьшая, а наибольшая в Эвенкии (4,5% и 13,9%, $p=0,0818$) и сравнительно небольшая в Якутии (7,4%). В возрастной группе 30-39 лет сохраняются эти соотношения. Сравнение распространенности степеней АГ среди женщин сельского коренного населения Севера в возрастной группе 20-59 лет выявило преобладание АГ первой степени среди якуток и эвенкиек, но среди тувинок все степени АГ представлены с однозначной частотой. Осведомленность о наличии АГ составила у якуток – 61,3%, у эвенкиек – 64,0%, у тувинок – 76,2%.

Заключение:

Установлено, что в возрасте 20-59 лет среди женщин сельского коренного населения Сибири, не имеющего европеоидной примеси (эвенкиек), распространенность АГ выше, по сравнению женщинами сельского коренного населения имеющего европеоидную примесь (якутками и тувинками).

3.21. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Давыдов Е. Л.

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Оценить проблемы, возникающие у пациентов старших возрастных групп с АГ и препятствующие достижению целевого уровня АД.

Материал и методы:

Обследовано 356 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010, ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 158 лиц пожилого возраста (60-74 года - по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 58 мужчин (средний возраст – 67,08) и 107 женщин (средний возраст – 67,39). Вторая состояла из 92 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 37 мужчин (средний возраст – 81,35) и 55 женщин (средний возраст – 79,49). Группу сравнения составили 99 больных (45-59 лет) – 41 мужчина (средний возраст – 53,70) и 58 женщин (средний возраст – 53,57). Пациенты заполняли опросник, где им необходимо было оценить проблемы, возникающие при АГ по десятибалльной шкале (от 0 баллов до 10 баллов).

Результаты:

По данным большинства обследованных - основной проблемой жизни с АГ (табл. 1) у лиц старших возрастных групп является необходимость регулярного приема лекарственных средств, на втором месте, по мнению большинства опрошенных (в 4-х подгруппах), проблема самостоятельного измерения АД. Высок удельный вес, отметивших проблему «понимание причин АГ и ее осложнений», «необходимость регулярного посещения врача». В то же время Большинство пациентов считают незначительными психологические проблемы (пять когорт респондентов поставили ее на предпоследнее место, а мужчины пожилого возраста на последнее), экономические проблемы на последнее место поставили четыре подгруппы из шести, а мужчины пожилого возраста на предпоследнее. При бальной оценке показателей отмечается, что понимание необходимости снижения массы тела достоверно выше у мужчин и женщин пожилого возраста по сравнению с этими группами в старческом возрасте - $p=0,026$ и $p=0,046$ соответственно, и женщин контрольной группы по сравнению с женщинами старческого возраста ($p=0,001$). Понимание «необходимости ограничения потребления поваренной соли» достоверно выше у женщин группы сравнения как в отношении женщин старческого возраста, так и мужчин своей группы $p=0,044$, и $p=0,028$. Необходимость регулярного посещения врача выше в абсолютных баллах у женщин во всех группах, достоверно выше этот показатель в группе контроля и пожилom возрасте ($p=0,006$ и $p=0,010$).

Заключение:

Основными проблемами пациентов с АГ старших возрастных групп являются: необходимость приема лекарственных средств, самостоятельное измерение АД в домашних условиях, возможные осложнения АГ, понимание ее причин и осложнений. Психологические и экономические аспекты жизни с АГ не являются значимыми проблемами для лиц пожилого и старческого возраста. Выявлены достоверные различия у пациентов старших возрастных групп в отношении проблем жизни с АГ: необходимости снижения массы тела, самостоятельного измерения АД в домашних условиях, увеличение физической активности. Имеются гендерные отличия у пациентов старших возрастных групп в подходах к таким проблемам жизни с АГ как: психологические проблемы, отношение к гипертоническим кризам, а также необходимость регулярно посещения врача и приема препаратов.

3.22. ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г., Халтурина И. Г., Мельникова Ю. А., Кондакова Г. Б.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить состояние центральной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и влияние на нее низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материал и методы:

Обследованы 189 больных АГ в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,5 \pm 1,4$ года), из них 20 женщин. У 12% больных имелась изолированная систолическая АГ, у остальных – гипертоническая болезнь (ГБ). У 5% больных была ГБ II стадии, у остальных – III стадии. При поступлении в стационар достигнутая 1-я степень АГ имелась у 45% больных, 2-я – у 25%, 3-я – у 10%; 20% больных имели нормальное артериальное давление на амбулаторной медикаментозной коррекции. У 90% больных АГ сочеталась с ИБС. Больные рандомизированы в группы: основная – 135 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ внутривенно, на кожно или с сочетанием методик, группа сравнения – 54 больных, получавших только фармакотерапию. Исследовалось морфо-функциональное состояние сердца методом эходоплерокардиографии на аппарате Vivid-7 (США) в начале и конце курса лечения с интервалом 20 дней. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета базовых программ «Statistica 6.0» (Statsoft, США).

Результаты:

У 92% больных исходно выявлена гипертрофия левого желудочка (ЛЖ): у 58% – концентрическая, у 34% – эксцентрическая. У 8% было концентрическое ремоделирование ЛЖ. К концу курса лечения типы геометрии ЛЖ значительно не изменились. Сохранная систолическая функция ЛЖ имелась у 88% больных АГ. К концу лечения фракция выброса ЛЖ возросла в основной группе на 11%, в группе сравнения – на 4% ($p < 0,05$). У 82% больных выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ, преимущественно по псевдонормальному типу. К концу лечения в основной группе снизилось время изоволюмического расслабления ЛЖ, возросло соотношение Е/А ЛЖ ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверных изменений этих показателей не отмечено.

Заключение:

У больных АГ пожилого и старческого возраста преобладает концентрическая ГЛЖ, псевдонормальный тип диастолической дисфункции ЛЖ с сохранением его систолической функции. Включение НИЛИ в комплекс терапии больных АГ пожилого и старческого возраста способствует благоприятной морфофункциональной перестройке миокарда.

3.23. КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОЖИЛЫХ

Бедельбаева Г. Г.

Казахский национальный медицинский университет, Алматы

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние индапамида на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и морфофункциональные параметры сердца в аспекте кардиоренальных взаимоотношений у пожилых больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

в исследование включено 110 больных в возрасте 60-75 лет с АГ I-II степени. Проводилось СМАД, ЭхоКГ, оценивался уровень креатинина сыворотки крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурия (МАУ), канальцевая реабсорбция воды (КР), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭ-ИНМ) исходно и через 12 недель терапии индапамидом.

Результаты:

анализ показателей СМАД выявил достоверное снижение систолического АД (САД) за сутки, день и ночь на 7,6%, 7,5% и 9,1% соответственно, диастолического АД (ДАД) ночью (-6,4%). После 12-недельной терапии индапамидом достигнуто статистически значимое уменьшение пульсового АД (ПАД) за сутки – на 11%, что обратно коррелировало со СКФ ($p = 0,1$) и величиной КР воды ($p < 0,05$); установлена прямая корреляционная взаимосвязь снижения ПАД ночью с уровнем МАУ ($p < 0,1$). Уменьшение вариабельности САД днем (на 11,1%; $p < 0,05$) значимо коррелировало с величиной СЭИНМ ($p < 0,1$), ВСАД ночью с уровнем креатинина крови ($r = 0,41$; $p < 0,05$). После лечения отмечено, что достоверное снижение ИВ ДАД в ночные часы (-49,5%) коррелировало с уровнем креатинина крови ($p < 0,05$), а уменьшение скорости утреннего подъема ДАД (-34,8%; $p < 0,05$) с величиной СЭИНМ ($p < 0,1$). Через 12 недель терапии определялась тенденция к нормализации суточного профиля АД (прирост нормального суточного индекса САД на 19,3% и ДАД на 11,5%). Выявлена корреляционная зависимость динамики СИДАД и уровня креатинина крови ($p < 0,1$). При лечении индапамидом установлена тенденция к уменьшению полостных размеров левого желудочка (ЛЖ) – конечно-систолического размера (КСР) на 4,9% и левого предсердия на 5% ($p < 0,05$), что обратно коррелировало с величиной КР воды, а КСР ЛЖ и со значением ФПР ($p < 0,05$). Индекс массы миокарда левого желудочка после терапии сократился на 7,9%, при этом установлена значимая корреляция между уменьшением толщины задней стенки ЛЖ (-2,3%) и уровнем креатинина в крови, а также МАУ.

Заключение:

Таким образом, полученные результаты подтверждают наличие взаимосвязи между нормализацией показателей СМАД, морфофункциональных параметров сердца и улучшением функционального состояния почек у больных АГ пожилого возраста при терапии индапамидом.

3.24. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАГРУЗКИ ПОВЫШЕННЫМ И ПониЖЕННЫМ АД у БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН с НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ФОНОМ и с СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ на ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ

Жмайлова С. В., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Виноградов А. И., Губская П. М., Кулик Н. А.

Новгородский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Проведение суточного мониторирования АД у больных АГ по-

зволяет контролировать АД ночью и предупреждать чрезмерное повышение и понижение АД в это время суток при проведении антигипертензивной терапии. Цель: Изучить изменения показателей нагрузки на органы-мишени как повышенным так и пониженным АД при эффективной терапии метопрололом у больных АГ с различным психоэмоциональным фоном (ПЭФ).

Материал и методы:

Обследованы 23 женщины, больных АГ II степени средний возраст $46,3 \pm 1,4$ лет, рандомизированные по тяжести заболевания и состоянию психоэмоционального фона и. До начала лечения все больные были разделены на 2 группы: I группа – больные АГ с нормальным психоэмоциональным фоном, II группа – больные АГ с субклинической депрессией. Использовался метод суточного мониторирования АД, исследование ПЭФ (уровня депрессии и тревоги) проводилось с помощью шкал HADS, Бека и CES-D.

Результаты:

Результаты исследования показали, что у больных АГ с нормальным ПЭФ до и после лечения метопрололом показатели индекса времени (ИВ) повышенным САД и ДАД на протяжении суток значительно не менялись. ИВ пониженным САД и ДАД в группе больных АГ с нормальным ПЭФ тоже значительных изменений в процессе лечения не претерпел. Среди больных АГ женщин с субклинической депрессией до начала антигипертензивной терапии у 54,5% наблюдался показатель ИВ повышенным САД днем в пределах нормальных значений. Через месяц терапии метопрололом нормальные значения показателя ИВ повышенным САД днем регистрировались только у 16,7% обследуемых ($\chi^2 = 5,427$, $p = 0,02$). Кроме того, на фоне терапии метопрололом у больных АГ с субклинической депрессией в 13,5 раз выросла нагрузка пониженным ДАД ночью ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у больных АГ с субклинической депрессией на фоне терапии метопрололом было отмечено снижение нагрузки повышенным САД на органы-мишени в дневные часы, однако начала возрастать нагрузка на органы-мишени пониженным ДАД ночью. У больных АГ с нормальным ПЭФ показатели ИВ повышенным САД и ДАД на протяжении суток значительных изменений не претерпевали.

3.25. ГЕМОДИНАМИКА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Мельникова Ю. А., Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – провести оценку влияния комплексной терапии с применением кожного воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на гемодинамику правых отделов сердца у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследованы 108 пациентов с АГ в возрасте от 66 до 96 лет (средний показатель $79,9 \pm 1,7$ лет), из них 12 женщин. АГ 1-й степени диагностирована у 19 (18%) пациентов, АГ 2-й степени – у 68 (64%), АГ 3-й степени – у 6 (6%), нормальный

уровень АД при поступлении в стационар (на амбулаторной медикаментозной коррекции) отмечен у 15 (14%) пациентов. В среднем длительность течения АГ составила $23,7 \pm 1,5$ лет. Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 90 (83%) пациентов. Из сопутствующей патологии ХСН отмечена у всех исследуемых пациентов, ХОБЛ – у 12 (11%) больных, сахарный диабет 2 типа – у 12 (11%), абдоминальное ожирение – у 68 (63%) лиц с АГ. Все пациенты методом случайной выборки были рандомизированы в 2 группы: 1-я группа («НИЛИ») – 54 пациента, получавших кожное воздействие НИЛИ в комплексе с медикаментозным лечением АГ; 2-я группа (группа сравнения) – 54 пациента, получавших традиционную антигипертензивную терапию. НИЛИ назначалось пациентам на 2-3 день пребывания в стационаре. Процедура проводилась в первой половине дня терапевтическим аппаратом «Мустанг» в красном (0,63 мкм) диапазоне с импульсным режимом, частотой излучения 160 Гц и средней импульсной мощностью 13 мВт. Облучению подвергались кардиальные зоны Захарьина-Геда. Продолжительность процедуры составляла 7-10 минут. Всем пациентам в начале и конце курса лечения методом эхокардиографии на аппарате Vivid-7 (USA) определяли: конечные диастолический (КДР, мм) и систолический (КСР, мм) размеры правого желудочка (ПЖ) в М-режиме и соответствующие им индексы ($\text{см}^2/\text{м}^2$), диаметр правого предсердия (ПП, мм), фракцию выброса (ФВ, %) и ударный объем (УО, мл) ПЖ, среднее давление в легочной артерии (ДЛА, мм.рт.ст.), оценивали отношение пиковых диастолических скоростей трансмитрального потока Е/А ПЖ. Нормальные величины исследуемых показателей ЭхоКГ и варианты их изменений соответствовали данным J. Am. Soc. Echocardiogr., 2005, 18, 1440-1463. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета базовых программ «Statistica 6.0» (Statsoft, USA). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты:

При поступлении в стационар у пациентов всех исследуемых групп был отмечен повышенный уровень САД и ДАД, наблюдалось увеличение диаметра ПП, показатели КДР и КСР ПЖ не выходили за пределы нормальных значений. Было выявлено повышение ДЛА. Средний показатель ФВ ПЖ находился ближе к нижней границе принятой нормы, УО ПЖ был снижен. У всех пациентов была выявлена диастолическая дисфункция ПЖ, проявляющаяся в увеличении времени его изоволюметрического расслабления (ВИВР). После лечения в обеих группах было отмечено достоверное снижение САД и ДАД, в большей степени – в группе «НИЛИ» (на 18,7% и 16% соответственно). Диаметр ПП уменьшился в обеих группах ($p < 0,05$) с наибольшим изменением в группе «НИЛИ» (на 8,8%). КДР ПЖ и его индекс достоверно уменьшились у пациентов группы «НИЛИ» (на 7,9% и 6,4% соответственно) и не изменились в группе сравнения. Снижение абсолютного и индексированного показателей КСР ПЖ произошло у пациентов обеих групп ($p < 0,05$) с более выраженным изменением (на 8,4% и 7,3% соответственно) в группе «НИЛИ». ДЛА достоверно снизилось у всех исследуемых пациентов: в группе «НИЛИ» – на 11,2%, в группе сравнения – на 6,9%. ФВ и УО ПЖ увеличились также в обеих группах, при этом их наибольший прирост отмечен в группе «НИЛИ» (на 16,4% и 14% соответственно) ($p < 0,05$). Показатель ВИВР ПЖ достоверно снизился в группе «НИЛИ» (на 9,3%), в группе сравнения улучшения диастолической функции не наблюдалось. Соотношение Е/А для ПЖ

достоверно не менялось ни в одной из групп.

Заключение:

У пациентов пожилого и старческого возраста с АГ выявлены изменения конфигурации правых отделов сердца с ухудшением функциональных характеристик их гемодинамики. При лечении данной когорты лиц применение только фармакотерапии положительно влияет преимущественно на морфологическую структуру правых отделов сердца, улучшает их сократительную способность, при этом не оказывает влияние на диастолическую дисфункцию ПЖ. Включение в лечебный комплекс НИЛИ по накожной методике усиливает положительные изменения как морфологической, так и функциональной составляющих гемодинамики правых отделов сердца с достоверным уменьшением диастолической дисфункции ПЖ.

3.26. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Мирсайдуллаев Мирмахмуд Миршахидович,
Мирсайдуллаев Мирзоулугбек Мир.

Наманганский филиал РНЦЭМП, г. Наманган, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние основных групп антигипертензивных препаратов на варианты ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы:

Наблюдался 50 пациент (14 мужчины и 36 женщин) неосложненной АГ 1-3 степени с поражением органов-мишеней, высокого и очень высокого стратификационного риска, 65-88 лет (средний возраст $69,02 \pm 0,30$ лет). Систола-диастолическая (СД) АГ имела место у 34 человек (68%), изолированная систолическая (ИС) – у 15 больных (30%) и преимущественно диастолическая у 1 (2%). Давность развития АГ у всех обследованных колебалась от 0,5 до 45 лет, насчитывая в среднем $12, - 44 \pm 0,64$ лет. У 43 (86%) больных наблюдалось ремоделирование миокарда ЛЖ. При этом гипертрофия ЛЖ по концентрическому типу имела место у 26 (52%) больных, по эксцентрическому – у 10 (20%), концентрическое ремоделирование ЛЖ – у 7 (14%). В качестве терапии на фоне стандартной диеты с низким содержанием хлорида натрия использовались однократно утром амлодипин (А) (тенокс, KRKA, 10 мг/сутки, n = 14 человек), бисапролол (Б) (конкор, Nikomed, 10 мг/сутки, n = 14 человек), индапамид-ретард (ИР) (индап, PRO.MED.CS, 2,5 мг/сутки, n = 5 человек), рамиприл (Р) (амприлан, KRKA, 10 мг/сутки, n = 17 человек). На 30 суток при недостаточном снижении АД доза А, Б и Р удваивалась или добавлялся гидрохлортиазид (гипотиазид, 12,5-25 мг/сутки). Доза препарата снижалась в два раза, если имело место ухудшение самочувствия больного и снижение АД в ночное время ниже 100/60 мм рт. ст. в 2 измерениях и более. К 12 месяцу лечения на монотерапии остались 11 (78,5 %) пациентов в подгруппе А, 8 (57,1%) - в подгруппе Б, 9 (52,9%) – в подгруппе Р, 2 (40%) – в подгруппе И. Все остальные получали комбинированную терапию с гидрохлортиазидом. Проводились 24 часовое мониторирование артериального давления (АД) и

трансторакальная эхокардиография (Philips EnVisor) (до исследования и на 12 месяц терапии).

Результаты:

К 12 месяцу лечения снижение АД составило $33,07/13,43$ мм рт. ст. ($p < 0,01$ для систолического АД (САД) и для диастолического АД (ДАД)) в подгруппе А, $40,60/18,22$ мм рт. ст. ($p < 0,001$ для САД и ДАД) в подгруппе Б, $19,59/21,99$ мм рт. ст. ($p < 0,01$ для ДАД) в подгруппе И и $20,12 /16,34$ мм рт. ст. ($p < 0,05$ для САД и $p < 0,01$ для ДАД) в подгруппе Р. Терапия А в течение 1 года обеспечивала достоверное уменьшение частоты концентрической гипертрофии ЛЖ с 36 (64,29 %) до 13 (25,00%) человек ($p < 0,05$), ликвидацию эксцентрической гипертрофии ЛЖ с 10 (17,86%) до 0 ($p < 0,05$), при параллельном увеличении частоты его концентрического ремоделирования с 2 (14,2%) до 6 (42,8 %) больных ($p < 0,05$) и нормальной геометрии с 1 (7,1 %) до 5 (35,7%) ($p < 0,01$). Также статистически значимое увеличение частоты концентрического ремоделирования ЛЖ с 3 (17,6 %) до 8 (47,05 %) человек ($p < 0,05$) имело место в подгруппе Р, при отсутствии достоверной динамики в частоте остальных вариантов ремоделирования ЛЖ. В то же время в случае Б произошла только статистически значимая ликвидация эксцентрической гипертрофии ЛЖ с 3 (21,4%) до 0 ($p < 0,05$). Терапия И в течение 12 месяцев не сопровождалась какой-либо статистически значимой динамикой частоты различных вариантов ремоделирования ЛЖ. Сравнительный анализ влияния вышеуказанных антигипертензивных препаратов на состояние ремоделирования ЛЖ в ходе годичной терапии у больных АГ старших возрастных групп показал достоверно большую частоту сохранения концентрической гипертрофии ЛЖ в подгруппе Б в сравнении с подгруппами А ($p < 0,05$) и Р ($p < 0,05$) при значимом увеличении доли концентрического ремоделирования ЛЖ в последних, а также в подгруппе И. Не выявлено достоверных различий в эффектах влияния на варианты ремоделирования ЛЖ в случае СД и ИС АГ в результате 12-месячной терапии препаратами указанных четырех групп.

Заключение:

Дигидропиридиновые антагонисты кальция III поколения (А) и ингибиторы АПФ (Р), обладая наибольшим нормализующим влиянием на варианты ремоделирования миокарда ЛЖ при достаточной антигипертензивной активности, являются препаратами выбора в терапии АГ у лиц старших возрастных групп.

3.27. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ

Фомина Н. В., Ронжина О. А.

ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Изучение влияния статических физических нагрузок на развитие артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 80 мужчин спортсменов-тяжелоатлетов высокого уровня, тренирующихся более 2-х лет. Средний возраст обследуемых составил $21,5 \pm 5,0$ лет от 18-30 лет). Всем спортсменам выполнялось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты:

Курильщиков среди спортсменов было 11 человек (13,5%), семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний был установлен у 9 (11,3%) спортсменов. По данным «офис-

ного» АД в группе спортсменов артериальная гипертензия выявлялась у 28 (35%), из них подтвержденная СМАД у 23 (82%) человек. У 5 (17,8%) спортсменов диагностирована изолированная офисная АГ. В группе спортсменов с нормальным «офисным» АД скрытая систолическая АГ установлена по данным СМАД у 19 (36,5%). Повышение среднесуточного систолического артериального давления (САД сут) выявлялось у 42 (52,5%), а диастолического (ДАД сут) – у 7 (8,7%) спортсменов. Показатели вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время находились в диапазоне нормальных значений. Уровень среднего пульсового давления, тесно коррелирующий с поражением органов-мишеней, был повышен у 67 (83,7%) спортсменов и составил 61,0 (58,2; 63,4) мм рт. ст. Суточный индекс (СИ) САД соответствовал *diurnal*, но средние значения составили 11,0 (9,4; 12,6) %, т.е. с тенденцией недостаточного ночного снижения. СИ ДАД составил 14,6 (12,4; 16,7) %. Более чем у половины спортсменов наблюдалось повышение скорости утреннего подъема САД и ДАД, и составило 44 (55%) случая, 60 (75%) случая.

Заключение:

Таким образом, у каждого второго спортсмена выявлена систолическая АГ. Можно предполагать, что высокая частота АГ обусловлена статическими нагрузками, преобладающими в тренировочном процессе тяжелоатлетов.

3.28. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ: СОПОСТАВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Симоненко В. Б., Фисун А. Я., Лиферов Р. А.,
Паценко М. Б., Щур Ю. В.

ФГУ «2 ЦВКГ имени П.В.Мандрыка»

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) на рабочем месте (АГРМ) является наиболее сложной для своевременной диагностики, зачастую «дебют» ее проявляется развитием коронарной или церебральной катастрофы. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы, связанные с выявлением АГРМ, лечением и профилактикой этого заболевания особенно у лиц, работающих в условиях постоянного профессионального стресса и выполняющих «опасные профессии» (ОП).

Материал и методы:

Под наблюдением находились 254 мужчин с АГРМ (средний возраст – 37,2±4,1 лет) (1 группа), которые являлись специалистами, классифицируемыми в категорию лиц ОП. В качестве группы сравнения (2 группа) была группа больных с АГ обычного течения, куда было включено 500 больных из числа мужчин (средний возраст – 41,4±5,2 лет), которые име-

ли сходные условия служебной деятельности. Диагноз АГРМ в 1 группе больных устанавливался лишь после проведения СМАД как минимум дважды – в день выполнения служебных обязанностей и в выходной день. Во 2 группе больных АГ была доказана не только при измерении на рабочем месте, но и при плановых врачебных осмотрах вне служебной обстановки. Средняя длительность наблюдения за больными в 1 группе составила 14,1±2,1 месяцев, во 2 группе – 21,3±5,6 месяцев. Кроме того, у 42 и 36 больных 1 группы, у 65 и 41 больных 2 группы соответственно для достижения целевых уровней АД в течение 12 месяцев применялись эпросартан и небиволол. До начала лечения, а также в ходе его (через 4 и 12 недель, 6 и 12 месяцев) у всех больных были оценены показатели СМАД.

Результаты:

В 1 группе с высоким риском отмечено 48% (n=123) пациентов, с очень высоким – 11% (n=27), во 2 группе доля лиц с высоким риском составила 37% (n=181), с очень высоким – 35% (n=175). Наиболее частым вариантом поражения органов-мишеней (ПОМ) как в 1 группе, так и во 2 группе больных, отмечена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Протеинурия была редкой находкой в 1 группе больных как у больных высокого, так и очень высокого риска – 7% и 11%, во 2 группе больных частота её выявления была несколько большей. Частота выявления ультразвуковых и/или рентгеновских признаков атеросклеротических бляшек на магистральных артериях составила в группах – 31% и 44%. При АГРМ с увеличением категории риска в 1,6 раза чаще выявлялись генерализованные или очаговые сужения артерий сетчатки (у 33% и у 52%), в группе сравнения – 49% и 52%. Прогностически неблагоприятные типы суточных профилей АД (СПАД) отмечены у 80% больных с АГРМ при высоком и у 70% при очень высоком риске. В группе сравнения частота выявления этих типов СПАД составила по 29%. Применение эпросартана и небиволола у больных с АГРМ приводило к нормализации среднесуточных показателей систолического АД и диастолического АД. Одновременно с достижением целевых показателей АД в группе больных с АГРМ отмечена нормализация СПАД у 84% и 90% больных. Положительные антигипертензивные эффекты эпросартана и небиволола у больных с АГРМ отчетливо проявлялись, начиная с 4 недели приема препарата, и наблюдались в течение 12 месяцев наблюдения за больными.

Заключение:

При АГРМ у специалистов ОП значительно чаще выявляются ПОМ, а также наблюдаются прогностически неблагоприятные типы СПАД. Это повышает у этой категории больных риск развития связанных с АГ осложнений и требует своевременного начала лечебных мероприятий.

4. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

4.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ

Павлова М. К., Хайретдинова Т. Б.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Цель. Изучение содержания гомоцистеина и эндотелина в сыворотке крови подростков в зависимости от давности, интенсивности курения и уровня артериального давления (АД).

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 58 подростков 15-17 лет, 18 из которых курили в течение 3-х лет, остальные – более длительно (до 7 лет), интенсивность курения - 5-10 сигарет в день. 17 подростков имели средний и высокий уровень никотиновой зависимости. Оценка уровня АД проводилась по средним значениям систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) при 3-х-кратном измерении на основе процентильного распределения АД для соответствующего возраста, пола и процентиля роста. Уровень Г и Э в сыворотке крови определяли методом иммуноферментативного анализа. 5 подростков имели отягощённую наследственность (родители страдали ССЗ), 18 подростков составили контрольную группу.

Результаты:

У большинства подростков (45) АД находилось в пределах нормы, у 6 АД оказалось пониженным, у 6 – высоко нормальное АД, у 1 выявлена артериальная гипертензия (АГ). Повышенный уровень Г и Э в сыворотке крови выявлен в группе длительно и интенсивно курящих подростков и в группе подростков с отягощённой наследственностью по сравнению с контрольной группой некурящих $P < 0,05$. Достоверных различий содержания Г в зависимости от уровня АД не получено, однако в группе подростков, имеющих высоко нормальное АД и отягощённую наследственность, показатели Г и Э были достоверно выше.

Заключение:

При длительном и интенсивном курении подростков повышается уровень Г и Э, что, несомненно, способствует возникновению, поддержанию и углублению морфологических и биохимических изменений, ведущих к ССЗ, реализующихся через возникновение оксидативного стресса, эндотелиальной дисфункции.

4.2. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е. А., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В., Тотуом Г. Б.

Кубанский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние комбинаций антигипертензивных препара-

тов на микроальбуминурию (МАУ) в зависимости от пола у больных артериальной гипертензией (АГ), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 152 пациента обоего пола с АГ и СД 2 типа, рандомизированных на 4 группы: 1 группа (n=38) мужчин и 3 группа (n=40) женщин, получавшие иАПФ спираприл 6 мг/сутки и индапамид-ретард 1,5 мг/сутки, 2 группа (n=36) мужчин и 4 группа (n=38) женщин, принимавших антагонист рецепторов ангиотензина II (АРАII) кандесартан 16 мг/сутки и индапамид-ретард 1,5 мг/сутки. МАУ оценивалась исходно и через 6 месяцев терапии по цвету окрашивания тест-полосок: I степень МАУ-30-100 мг/л, II степень -100-200 мг/л и III-200-300 мг/л.

Результаты:

Исходно МАУ выявлена в 1, 2, 3 и 4 группах у 23,7%, 19,4%, 30% и 26,3% больных соответственно ($p > 0,05$). Через 6 месяцев терапии у мужчин (1 и 2 группы) наблюдалось снижением частоты МАУ в 4,5 и 2,3 раза соответственно. Среди мужчин, получающих спираприл (1 группа), достоверно увеличилось число пациентов с минимальной МАУ, а на фоне терапии с кандесартаном – значительно уменьшилось число больных с III степенью МАУ. У женщин на терапии спираприлом (3 группа), МАУ диагностировалась в 3 раза реже, а при использовании кандесартана (4 группа) – в 10 раз реже ($p = 0,026$). Терапия кандесартаном сопровождалась значимым увеличением числа пациенток с I степенью МАУ за счет уменьшения случаев МАУ II и III степени. Количество больных с III степенью МАУ сократилось в 3,8 раза ($p = 0,044$). Через 6 месяцев лечения частота определения протеинурии и МАУ в 3 и 4 группах достоверно не различалась. На фоне кандесартана в 4 группе по сравнению со 2 группой достоверно реже диагностировалась II степень МАУ и значимо чаще – минимальная степень МАУ.

Заключение:

Спирраприл и кандесартан обладают сопоставимым влиянием на МАУ у мужчин с АГ, сочетанной с СД 2 типа. Нефропротективный эффект иАПФ не имел гендерных различий. Однако в группе женщин нефропротективный эффект кандесартана оказался более значимым, как при сравнении с группой мужчин, получающих АРА II, так и при сравнении с женщинами, получавшими спираприл.

4.3. ВЛИЯНИЕ ВАЗОАКТИВНЫХ ПЕПТИДОВ НА ПРОЦЕССЫ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Волошина И. Н., Визир В. А., Абрамов А. В., Жерновая Г. А.

ЗГМУ, КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ-2

Введение (цели/задачи):

Цель: определить плазменную концентрацию эндотелина-1 (ЭТ-1) и трансформирующего фактора роста-β1 (ТФ-β1),

оценить взаимосвязь этих пептидов с процессами ремоделирования экстракраниальных артерий (ЭКА) у больных с артериальной гипертензией (АГ) высокого кардиоваскулярного риска.

Материал и методы:

Обследовано 53 больных (30 мужчин, 23 женщины) с эссенциальной АГ высокого риска по шкале SCORE. Средний возраст составил 57 ± 4 лет. Контрольную группу составили 20 клинически здоровых лиц, в возрасте 50 ± 7 лет. Всем пациентам и волонтерам было проведено общеклиническое обследование, иммуноферментный анализ плазменного уровня ЭТ-1 с помощью наборов Biomedica (Австрия), ТРФ- $\beta 1$ - с помощью наборов DRG (Германия). Эхолокация ЭКА производилась линейным датчиком с частотой 10 MHz на аппарате SONOLINE VERSA PLUS (SIEMENS, Германия). Визуализировали общие (ОСА) сонные артерии на всем протяжении с обеих сторон. Толщину интимо-медиального сегмента общей сонной артерии (ТИМС ОСА) измеряли в средней трети (мм), внутренний диаметр в диастолу d, соотношение ТИМС/d.

Результаты:

В сравнении с контрольной группой, у больных с АГ отмечались достоверно более высокие уровни ЭТ-1 и ТРФ- $\beta 1$ ($0,78 \pm 0,03$ фмоль/мл и 257 ± 18 нг/мл vs. $0,43 \pm 0,02$ нг/мл и 126 ± 9 в контрольной группе), а также ТИМС ОСА ($0,95 \pm 0,08$ vs $0,68 \pm 0,06$ мм). Повышение вазоконстрикторного пептида ЭТ-1 ассоциировалось с гиперлипидемией что указывало процессы вазоконстрикции, с последующим формированием концентрического типа ремоделирования сосудов. Элевация плазменного уровня ТРФ- $\beta 1$ у больных с АГ на стадии обратимых изменений органов-мишеней с концентрическим типом ремоделирования сонных артерий явилась доказательством влияния данного цитокина на процессы инициации и манифестации гипертрофии ТИМС ОСА.

Заключение:

Концентрический гипертрофический тип ремоделирования сонных артерий характерен для больных с АГ высокого кардиоваскулярного риска и формируется в присутствии повышенного содержания эндотелина-1 и трансформирующего фактора роста- $\beta 1$.

4.4. ВЛИЯНИЯ АМЛОДИПИНА И НЕБИВАЛОЛА НА СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА

Трошина И. А., Медведева И. В.

ГБОУ ВПО Тюм ГМА Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Сравнительный анализ влияния амлодипина и небивалола на состояние тромбоцитарного звена гемостаза.

Материал и методы:

Наблюдали 56 больных АГ I-II степени, риск (2-3)-26 мужчин и 30 женщин, медиана возраста составила 49 лет. У больных отмечался кластер МС, состоящий из нарушения толерантности к глюкозе, гиперлипидемии IIb типа, АО (ИМТ более 30 кг/м^2). Контроль составил 21 здоровый человек. Биохимические исследования венозной крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Well Awarness Technology (США), контрольные сыворотки "Humatrol" фирмы Human. Агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбодиметрического метода, с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «BIOLA 230-2» (НПФ «Биола»,

Россия). Изучалась спонтанная агрегация тромбоцитов и индуцированная агрегация (индуктор агрегации АДФ в концентрации 20 мкМ). Определение параметров агрегации по кривой светопропускания: степень агрегации (%) и скорость агрегации (%/мин) и по кривой среднего размера агрегатов: степень агрегации (отн. ед.) и скорость агрегации (отн. ед./мин)

Результаты:

При назначении нормодипина в терапевтической дозе 10 мг/сут во всех случаях достигнут стабильный гипотензивный эффект. Систолическое АД стабилизировалось на уровне $134,6 \pm 3,2$ мм рт.ст., диастолическое – на уровне $93,6 \pm 1,9$ мм рт.ст. У пациентов, получавших небивалол, эти показатели составили $133,2 \pm 3,2$ мм рт.ст. и $95,2 \pm 2,2$ мм, соответственно. Выявленная у больных гиперлипидемия IIb типа не подверглась достоверной динамике на фоне лечения нормодипином и небивалолом. Количество тромбоцитов в крови до и после лечения находилось в пределах нормы. Исходно, до лечения получили достоверное повышение спонтанной агрегации $1,43 \pm 0,02$ отн. ед. ($p < 0,05$) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации $16,41 \pm 2,19$ отн. ед. и скорости агрегации $39,82 \pm 0,25$ отн.ед/мин и по светопропусканию: степени агрегации $52,57 \pm 0,08\%$ и скорости агрегации $63,76 \pm 0,02\%$ /мин ($p < 0,050$, относительно группы контроля. На фоне проводимого 12-недельного курса терапии нормодипином, получили достоверное снижение спонтанной агрегации $1,31 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации $12,41 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) и скорости агрегации $26,82 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). Применение небивалола не привело к достоверному снижению спонтанной агрегации и АДФ-индуцированной агрегации.

Заключение:

Нормодипин в большей степени, чем небивалол у пациентов с МС нормализует агрегационную функцию тромбоцитов.

4.5. ДИНАМИКА АДИПОЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ

Школьник В. В.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на динамику уровней резистина и провоспалительных факторов у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и нарушениями углеводного обмена – инсулинорезистентностью (ИР) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

Было обследовано 86 пациентов с ГБ II стадии, 2 и 3 степени, которые были разделены на 4 группы. 1-ю гр. составляли практически здоровые лица ($n = 31$), 2-ю гр. - пациенты, у которых были определена ГБ без сопутствующих метаболических осложнений ($n = 37$), 3-ю гр. – пациенты с ГБ и ИР ($n = 25$) и 4-ю гр. – пациенты с ГБ и СД 2 типа ($n = 24$), которым назначался олмесартан в дозе 20–30 мг/сутки в комбинации с индапамидом 1,5 мг/сутки. Фактор некроза опухолей- α (ФНО- α) и резистин в плазме крови, концентрации С-реактивного протеина (СРП) в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа, используя наборы («Вектор-Бест», пр. Россия; «Human Resistin ELISA» пр. Германия; а также «CRP-

EIA-KIT», пр. «Eucardio», США, соответственно) согласно прилагаемым инструкциям.

Результаты:

Наблюдается достоверное снижение уровней ФНО α по сравнению с исходными показателями во всех изучаемых группах к году вышеуказанной терапии, $p < 0,05$. У пациентов с ГБ и СД величины ФНО α остаются статистически выше показателя контрольной группы. Уровень СРП снизился во второй группе почти в 2 раза, в группе с ИР на 37%, а в группе с СД – на 56% по сравнению с исходным уровнем к 12 месяцам терапии. На фоне применяемой терапии наблюдается снижение во всех группах, но оно эти достоверно по отношению к исходному уровню (до лечения) только в группе пациентов с ГБ, $p < 0,05$. В остальных исследованных группах наблюдается тенденция к снижению. Если в группе ГБ уровень резистина снижался к 12 месяцам применения препаратов на 30,6%, то в группе ГБ и СД – на 20%, соответственно.

Заключение:

Комбинированная антигипертензивная терапия олесартаном и индапамидом обеспечила у пациентов с ГБ и с ГБ и сопутствующими нарушениями углеводного обмена эффективное снижение артериального давления. Выбранная терапия проявила влияние на концентрации адипоцитокинов, достоверно снижая их уровни к году лечения.

4.6. ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К КОМПОНЕНТАМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Давыдов С. И., Тарасов А. А., Бабаева А. Р.

Волгоградский Государственный медицинский университет

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 184 больных с острой и хронической формами ишемической болезни сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) диагностирована у 107 больных. В группу острых форм ИБС, которую принято обозначать как острый коронарный синдром (ОКС) было включено 134 больных, из них с нестабильной стенокардией 40 пациентов, Q-ИМ – 61, non Q- ИМ – 33 пациента. Артериальная гипертензия диагностирована у 79 больных. Группу больных ХИБС составили 50 больных, у 28 больных была АГ. В контрольную группу вошло 40 человек с АГ. Для определения уровня антител к с-ГАГ применяли твердофазовый иммуоферментный метод, результаты учитывали по оптической плотности. В качестве антигена использовали коммерческий препарат ГАГ-полисульфат.

Результаты:

Установлено, что уровень антител к с-ГАГ в группе больных ОКС с сопутствующей артериальной гипертензией оказался достоверно выше, чем у пациентов с ХИБС и артериальной гипертензией ($t = 3,83$; $p < 0,05$) или без таковой ($t = 5,83$; $p < 0,05$). У больных острым коронарным синдромом, у которых не отмечалось подъема артериального давления ни во время госпитализации, ни по данным анамнеза, уровень антител как с-ГАГ также достоверно превышал этот показатель в группе пациентов с ХИБС независимо от наличия ($t = 2,65$; $p < 0,05$) или отсутствия артериальной гипертензии ($t = 4,24$; $p < 0,05$).

Частота выявления положительных проб в группе больных ОКС с АГ была достоверно выше, чем у пациентов без АГ ($t = 3,42$; $p < 0,05$) и у больных с ХИБС независимо от наличия или отсутствия данной сопутствующей патологии ($t = 4,01$; $p < 0,05$; $t = 6,12$; $p < 0,05$). В группе больных с ОКС без АГ частота выявления положительных проб также была выше, чем у пациентов с ХИБС, но достоверными различия оказались только по сравнению с больными ХИБС без сопутствующей АГ ($t = 2,87$; $p < 0,05$).

Заключение:

У больных ОКС с АГ, содержание антител к с-ГАГ оказалось достоверно выше, чем у пациентов с ХИБС не зависимо от наличия или отсутствия данного заболевания.

4.7. ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чукаева И. И., Клепикова М. В., Орлова Н. В.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ России

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение взаимосвязи различных видов нарушений липидного обмена с уровнем воспалительных показателей у женщин постменопаузального периода с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

В исследование были включены 34 пациентки, 50-60 лет, женского пола, с артериальной гипертензией 1-2 степени и признаками центрального ожирения. Все пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу были включены больные со смешанной дислипидемией. Во вторую группу вошли пациентки с изолированной гиперхолестеринемией. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, по весу и объему талии. Проведено определение аполипопротеинов А1 (АПО А1), аполипопротеинов В (АПОВ), С реактивного белка (СРБ), цитокинов IL-8, IL-10. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Результаты:

В первой группе больных было выявлено достоверное повышение АПО В - $1,2 \pm 0,24$ мМоль/л, в сравнение со второй группой - $0,94 \pm 0,16$ мМоль/л ($p < 0,001$). Уровень СРБ в первой группе был также выше и составил $5 \pm 2,47$ мг/л, во второй группе - $2,3 \pm 1,53$ мг/л ($p < 0,01$), что может быть расценено как признак более выраженного воспаления в группе больных со смешанной дислипидемией. По-нашим данным, при сравнении групп средняя концентрация IL-8 у пациенток 1 группы была достоверно выше, чем у пациенток 2 группы. Достоверных различий в концентрации IL-10 в 2 группах выявлено не было.

Заключение:

Было выявлено, что в группе женщин в постменопаузальном периоде с метаболическим синдромом имеют место различные нарушения липидного профиля. В группе пациенток со смешанной дислипидемией так же отмечена более выраженная активность воспалительных показателей, что указывает на повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в данной группе.

4.8. МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Срождинова Н. З., Курбанов Р. Д., Ходиметова Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН**Введение (цели/задачи):**

Оценить влияние микроальбуминурии (МАУ) на суточный профиль АД у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

В исследование включены 130 больных мужчин с АГ и МС. Средний возраст больных составил $47,7 \pm 10,5$ года. МС установлен согласно рекомендациям IDF, 2005 г. Измерение офисного АД проводилось по методу Короткова. Суточный профиль АД (СПАД) был оценен с помощью аппарата Topoport V осциллометрическим методом. Измерение АД проводилось с интервалами: день – 15 мин, ночь – 30 мин. МАУ определяли в утренней порции мочи методом ИФА. Положительным результатом на МАУ считали уровень более 20 мг/л.

Результаты:

Среди обследованных МАУ выявлена у 46 (35,9%) больных. Для дальнейшего анализа больные были разделены на 2 группы по наличию МАУ. Средняя экскреция альбумина с мочой в группе больных с нормоальбуминурией составила $9,4 \pm 4,1$ мг/л, а в группе больных с МАУ – $51,3 \pm 47,2$ мг/л. Больные с МАУ имели достоверно высокие значения офисных САД ($167,0 \pm 15,2$ мм рт.ст. против $155,5 \pm 15,0$ мм рт.ст., $p=0,00006$), ДАД ($106,8 \pm 8,4$ мм рт.ст. против $99,9 \pm 8,9$ мм рт.ст., $p=0,0003$) и ЧСС ($81,5 \pm 8,6$ уд/мин против $77,1 \pm 8,8$ уд/мин., $p=0,018$) по сравнению с больными без МАУ. При анализе СПАД выявлено, что больные с МАУ имели достоверно более высокие значения среднесуточного САД ($157,3 \pm 17,3$ мм рт.ст. против $144,7 \pm 16,0$ мм рт.ст., $p=0,0003$), среднесуточного ДАД ($106,5 \pm 15,3$ против $97,2 \pm 10,6$ мм рт.ст., $p=0,0004$), а также среднедневного САД ($158,9 \pm 16,7$ мм рт.ст. против $147,9 \pm 15,2$ мм рт.ст., $p=0,0008$), среднедневного ДАД ($107,1 \pm 11,6$ мм рт.ст. против $100,4 \pm 10,8$ мм рт.ст., $p=0,004$), средненочного САД ($152,7 \pm 22,2$ мм рт.ст. против $137,1 \pm 17,1$ мм рт.ст., $p=0,0001$), средненочного ДАД ($100,1 \pm 15,5$ мм рт.ст. против $88,7 \pm 13,1$ мм рт.ст., $p=0,0001$) по сравнению с больными с нормоальбуминурией. Индекс нагрузки повышенным САД и ДАД в дневное время и ночное также был высоким у больных с МАУ: ИН САДд – $80,2 \pm 23,5\%$ против $64,8 \pm 29,2\%$, $p=0,006$ и ИН ДАДд – $81,89 \pm 19,1\%$ против $71,0 \pm 25,1\%$, $p=0,022$; ИН САДн – $89,4 \pm 18,6\%$ против $75,7 \pm 26,4\%$, $p=0,005$ и ИН ДАДд – $93,2 \pm 12,9\%$ против $81,9 \pm 21,6\%$, $p=0,004$, соответственно. Следует отметить, что степень ночного снижения САД и ДАД была недостаточная в группе больных с МАУ по сравнению с группой больных без МАУ: СНС САД – $4,7 \pm 6,9\%$ против $7,9 \pm 7,2\%$, $p=0,02$, СНС ДАД – $7,1 \pm 8,8\%$ против $11,6 \pm 8,8\%$, $p=0,014$, соответственно. Нормальный СПАД имели 27,5% больных 1-й группы и 36,5% больных 2-й группы ($\chi^2=0,53$, $p=0,46$), количество нон-дипперов несколько преобладало в 1-й группе (52,5% против 46%, $\chi^2=0,19$, $p=0,66$), число найт-пиккеров также было несколько выше среди больных с МАУ по сравнению с больными без МАУ (20% против 15,9%, $\chi^2=0,074$, $p=0,78$), но без статистической достоверности. Овер-дипперы наблюдались только в группе больных с нормоальбуминурией: 1,6%, $\chi^2=0,053$, $p=0,82$.

Заключение:

Больные АГ с МС и МАУ имеют более выраженные нарушения суточного профиля АД. МАУ является важным прогностическим фактором при АГ и МС.

4.9. ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, УПРУГИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМПетелина Т. И., Авдеева К. С., Гапон Л. И.,
Добрынина Л. А., Зуева Е. В.

ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЦЕНТР

Введение (цели/задачи):

Цель работы: изучить особенности и взаимосвязь параметров суточного мониторинга артериального давления (СМАД), упругости сосудистой стенки и перекисного окисления липидов у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением.

Материал и методы:

Обследовано 45 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с ожирением, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $44,81 \pm 2,1$ года), с индексом массы тела (ИМТ) $32,16 \pm 4,2$ кг/м². Группа сравнения 20 пациентов с АГ без ожирения. Анализировали показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) во все временные интервалы суток, ЧСС, индекс времени (ИВ) САД и ДАД, вариабельность АД, суточный индекс (СИ) САД и ДАД, величину и скорость утреннего подъема (УП) САД и ДАД (АВРМ-04, Meditech). Определяли показатели на каротидно-фemorальном (эластический тип артерий) и на каротидно-радиальном (мышечный тип артерий) сегменте (Сэ и См, соответственно), высчитывали модуль упругости по артериям эластического (Еэ) и мышечного (Ем) типов (Поли-спектр – ФС» (Россия). Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивалось по уровню диеновых конъюгат (ДК), малонового диальдегида (МДА), показателю антирадикальной защиты – супероксиддисмутазе (СОД).

Результаты:

Зарегистрировано достоверное повышение В САД и ЧСС в дневное время, повышение процента лиц с нарушенным суточным индексом (группа non dipper) ($p<0,05$), отмечена тенденция к повышению показателей Сэ (м/с) и Еэ ($1000 \cdot \text{дин}/\text{см}^2$) ($11,4 \pm 0,37 / 9,35 \pm 0,33$, соответственно) и повышение уровня МДА, снижение уровня СОД ($p<0,05$) в основной группе больных. Выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи показателей САД и ДАД, индексов нагрузки АД, Сэ с уровнем МДА и ИМТ.

Заключение:

Зарегистрировано достоверное повышение В САД и ЧСС в дневное время, повышение процента лиц с нарушенным суточным индексом (группа non dipper) ($p<0,05$), отмечена тенденция к повышению показателей Сэ (м/с) и Еэ ($1000 \cdot \text{дин}/\text{см}^2$) ($11,4 \pm 0,37 / 9,35 \pm 0,33$, соответственно) и повышение уровня МДА, снижение уровня СОД ($p<0,05$) в основной группе больных. Выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи показателей САД и ДАД, индексов нагрузки АД, Сэ с уровнем МДА и ИМТ.

4.10. УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ И ЛИПОПРОТЕИДОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гончарова М. В., Сидорова Е. А., Багиров Р. Н., Трошина И. А.
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Изучить показатели спектра липидов и липопротеидов (ЛП) с оценкой индекса атерогенности у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Наблюдали 70 больных с ожирением и МС (критерии ВНОК, 2009г). Из них 20 пациентов с ожирением II-III ст., 25 пациентов с ожирением II-III ст., артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа без нарушений углеводного обмена (НУО), 25 пациентов с МС, артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа и ранними НУО – нарушением гликемии натощак и нарушением теста к глюкозе. Группу контроля составили 20 человек, медиана 39 лет. Биохимические исследования проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Welln Avarness Technology (США). Аполипопротеин А1 (АПО-1) и аполипопротеин В (АПО-В) определяли в человеческой сыворотке иммунотурбидиметрическим методом. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты:

Уровень общего ХС, ХС ЛПНП не отличались достоверно от контроля в 1-й группе, уровень ХС ЛПВП был ниже контроля на 10% ($p < 0,001$). Достоверное повышение уровня ТГ, ХС и ХС ЛПНП выявили во 2-й группе – с наличием у пациентов артериальной гипертензии и дислипидемии. Уровень апо В у лиц 3-й группы с МС без НУО был достоверно более высоким, чем в 1-й и 2-й группе. У больных 1-й группы уровень АПО В достоверно не отличался от группы контроля. Уровень Апо А-1 у лиц 1-й группы был ниже контрольной на 9%, во 2-й ниже контрольной на 18% и самый низкий ($p < 0,001$) в 3 группе на 20% от контроля. Аполипопротеиновый индекс атерогенности плазмы – величина отношения АПО В/АПО А-1 – был максимальным в 3-й группе больных с МС, артериальной гипертензией и ранними НУО ($p < 0,001$). Следует отметить, что у больных ожирением (1-й группы), несмотря на отсутствие отклонений показателей АПО-В, индекс АПОВ/АПО А-1 достоверно был выше контрольной группы.

Заключение:

1. У больных абдоминальным ожирением без АГ понижение уровня АПО-А-1, при нормальной концентрации АПО-В формирует повышение аполипопротеинового индекса, достоверного фактора риска атеросклеротического процесса. 2. Формирование АГ, с ранними нарушениями углеводного обмена сопровождается достоверным возрастанием аполипопротеинового индекса атерогенности.

4.11. УРОВЕНЬ ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ-1 В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ КONTИНУУМЕ

Разин В. А., Гимаев Р. Х., Сапожников А. Н.,
Башкирова Ю. В.
ГФБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Введение (цели/задачи):

Матриксные металлопротеиназы и их ингибиторы — основные ферменты, которые регулируют состояние экстрацеллюляр-

ного матрикса. Серия исследований показала, что деградация экстрацеллюлярного матрикса этими ферментами, участвует в патогенезе широкого спектра сердеч-но-сосудистых расстройств, включая артериальную гипертензию, хроническую сердечную недостаточность и инфаркт миокарда. Целью исследования явилось изучение уровня тканевого ингибитора матриксной металлопротеазы-1 (ТИММП-1) при заболеваниях сердечно-сосудистого континуума.

Материал и методы:

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Обследовано - 158 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 стадии, 34 пациента со стенокардией 2-3ФК, 33 пациента с ПИКС и 26 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Измерение концентраций ТИММП-1 производилось с помощью набора производства Biosource international.

Результаты:

В контрольной группе уровень ТИММП-1 составил $103,4 \pm 7,1$ нг/мл, у пациентов с АГ – $341,9 \pm 124,5$ нг/мл, страдающих стенокардией 2-3ФК – $365,6 \pm 97,8$ нг/мл, у пациентов ОИМ – $418,2 \pm 103,8$ нг/мл, ПИКС – $372,2 \pm 91,3$ нг/мл. У всех пациентов с заболеваниями сердечнососудистого континуума, уровень ТИММП-1 в плазме крови имеет статистически значимо более высокие значения ($p < 0,05$), чем в плазме практически здоровых лиц. Наибольший уровень ТИММП-1 наблюдается при остром инфаркте миокарда, причем концентрация ТИММП-1 в плазме при ОИМ статистически значимо более высокая, чем в плазме пациентов с неосложненной АГ ($p = 0,0018$) и со стабильной стенокардией 2-3 ФК ($p = 0,0367$). Не отмечено статистических различий в концентрации ТИММП-1 при ОИМ и ПИКС ($p = 0,053$).

Заключение:

При всех заболеваниях сердечно-сосудистого континуума наблюдается увеличение концентрации ТИММП-1, причем наиболее выраженное увеличение концентрации ТИММП-1 отмечается в острую стадию инфаркта миокарда.

4.12. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мельчинская Е. Н., Громнацкий Н. И., Сошникова Н. М.,
Булычев Г. И.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России,
г. Курск; Донецкая обл. г. Артемовск

Введение (цели/задачи):

Изучить возрастные особенности липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом.

Материалы и методы:

Обследовано 83 больных (32 муж/51 жен) в возрасте 35-67 лет с АГ и метаболическим синдромом. Распределение больных по возрасту проведено с учетом классификации ВОЗ (1963 г.): группа лиц молодого возраста представлена 11 больными, среднего – 46 и пожилого – 26 пациентами. У всех больных была АГ II ст. и сахарный диабет 2 тип. В среднем ИМТ составил $32,86 \pm 0,81$ кг/м², окружность талии $105,04 \pm 2,79$ см у муж. и $100,68 \pm 2,83$ см у жен. Показатели липидограммы: общий ХС (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ) определяли на анализаторе FlexorE.

Результаты:

Средние уровни ОХС были в сопоставляемых группах выше нормы: ($5,9 \pm 0,8$ ммоль/л, $5,8 \pm 0,18$ ммоль/л и $6,1 \pm 0,18$

ммоль/л), $p < 0,05$ во всех случаях; достоверные различия в группах отсутствовали. Содержание ХС ЛПВП имело тенденцию к снижению без заметных различий во всех возрастных группах. Концентрация ТГ у больных среднего и пожилого возраста статистически достоверно превышала норму ($2,35 \pm 0,23$ ммоль/л и $2,28 \pm 0,31$ ммоль/л, соответственно) и значения у молодых лиц ($1,65 \pm 0,21$ ммоль/л); $p < 0,05$ в обоих случаях. Из общего количества пациентов молодого возраста изолированная гипер-ХС-немия наблюдалась у 3 (27,3%), гипо- α ХС-немия 1 (9,1%) и гипер-ТГ-демия у 4 (36,4%) чел. Эти изменения сочетались в различных вариантах у 3 (27,3%) больных. В средней возрастной группе гипер-ХС-немия отмечена у 19 (41,3%) чел, гипо- α ХС-немия – 13 (28,2%) и гипер-ТГ – демия у 22 (47,8%) пациентов. Различное сочетание нарушенных показателей липидного состава крови выявлено у 20 (43,5%) лиц данного возраста. В группе больных пожилого возраста гипер-ХС – немия и гипо- α ХС – немия имели место в 12 (46,1%) и в 5 (19,2%) случаях, соответственно и гипер – ТГ – демия у 13 (50,0%) больных. Сочетание этих изменений в различных вариантах наблюдалось у 11 (42,3%) больных.

Заключение:

У больных различного возраста с АГ и метаболическим синдромом состояние липидного обмена характеризуется гипер-ХС-немией, гипо- α ХС-немией и гипер – ТГ-демией. Преимущественная гипер – ТГ-демия прогнозируема как типичное проявление метаболической дислипидемии. Содержание ТГ выше у пациентов среднего и пожилого возраста в сравнении с молодыми больными. Полученные результаты указывают на целесообразность раннего назначения гиполипидемической терапии у больных данных возрастных групп.

4.13. СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Мавлянов И. Р., Абдуллаев А. К., Нурметов Х. Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Широкое обсуждение проблемы взаимоотношения гипертонической болезни (ГБ) и гиперурикемии (ГУ) связана с тем, что, наряду с частой ассоциацией, такое сочетание способствует развитию эндотелиальной дисфункции, устойчивости к фармакотерапии и повышает риска сердечно-сосудистых осложнений. Однако, в литературе недостаточно освещается тромбоцитарное звено гемостаза у больных ГБ с ГУ. В связи с этим целью данного исследования явилось изучение показателей системы NO в тромбоцитах крови у больных ГБ в зависимости от уровня мочевой кислоты (МК).

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 57 больных ГБ в возрасте от 34 до 60 лет. Мужчин было 25, женщин 32. Больные в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы: I группа, 24 больных с ГБ и ГУ, II группа – 33 больных с ГБ без ГУ. Содержание мочевой кислоты в крови определяли общепринятым методом (В.В. Меньшикова). Оксид азота в тромбоцитах определяли по методу С.С.Паунова. Контролем служили 15 здоровых добровольцев. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью стандартного пакета STATISTICA 6.0.

Результаты:

Полученные результаты показывают, что у больных I группы уровень тромбоцитарного оксида азота (NO) и активности NO

–синтазы по сравнению с контрольной группой снижается на 36,5% и 32,2%, а во II группе – на 20,8% и 10,1%, соответственно. Активность iNOS и содержание ONOO в тромбоцитах крови больных I группы по сравнению с контрольной повышается на 31,7% и 28,6%, а во II группе – на 8% и 19%, соответственно. Следовательно, у больных с ГБ в тромбоцитах крови изменение показателей системы NO находится в определенной зависимости от уровня МК в крови. Наиболее выраженные сдвиги отмечается среди больных с высоким уровнем МК.

Заключение:

Повышение уровня МК в крови при ГБ способствует нарушению системы NO в тромбоцитах крови, что несомненно отражается в их функциональном состоянии: повышает агрегационную активность и увеличивает риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

4.14. ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И СИСТЕМЫ NO В ТРОМБОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Мавлянов И. Р., Абдуллаев А. К., Нурметов Х. Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Ассоциация гипертонической болезни (ГБ) и гиперурикемии (ГУ) среди взрослого населения варьирует от 2% до 20%. А в развитии ГУ почечная экскреция мочевой кислоты (МК) играет важную роль. Кроме того, оксид азота (NO) является ключевым звеном в регуляции сосудистого тонуса и в поддержании фильтрационно-реабсорбционного потенциала почек. Состояние тромбоцитов как важного звена гемостаза также зависит от уровня NO, что и явилось обоснованием для изучения взаимодействия клубочковой фильтрации и тромбоцитарного NO у больных ГБ в зависимости от уровня МК.

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 57 больных ГБ в возрасте от 34 до 60 лет. Мужчин было 25, женщин 32. Больные в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы: I группа, 24 больных с ГБ и ГУ, II группа – 33 больных с ГБ без ГУ. Содержание мочевой кислоты в крови определяли общепринятым методом (В.В. Меньшикова). Оксид азота в тромбоцитах определяли по методу С.С.Паунова. Клубочковую фильтрацию определяли по пробе Реберга. Контролем служили 15 здоровых добровольцев. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью стандартного пакета STATISTICA 6.0.

Результаты:

Полученные результаты показывают, что у больных I группы уровень NO и NO –синтазы по сравнению с контрольной группой снижается соответственно на 36,5% и 32,2%, а во II группе – на 20,8% и 10,1%, соответственно. Если содержание iNOS и ONOO в тромбоцитах в I группе по сравнению с контрольной группой повышается соответственно на 31,7% и 28,6%, то во II группе отмечается снижение на 8% и 19% соответственно. При изучении клубочковой фильтрации выявлено, что у больных I группы ее значение снижается по сравнению с контрольной группой на 35,1%. В то же время у больных II группы, наоборот, повышается на 30%, соответственно.

Заключение:

У больных с ГБ сопровождающихся с ГУ, в отличие от больных с ГБ без ГУ отмечается подавление фильтрационно-реабсорбционного потенциала почек, что коррелируется с более выраженными сдвигами в системе NO тромбоцитов крови.

5. РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

5.1. ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ МЕТАБОЛИЗМ МИОКАРДА ЛЖ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ 31P МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

МАЗАЕВ В. В., ТЕРНОВОЙ С. К., СТУКАЛОВА О. В.,
ЧАЗОВА И. Е.

ФГБУ «РКНПК» МЗ и СР РФ

Введение (цели/задачи):

Оценить состояние энергетического метаболизма миокарда у больных артериальной гипертонией (АГ) с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) по данным 31P магнитно-резонансной спектроскопии (31P МРС).

Материал и методы:

В исследование было включено 32 человека, разделенных на две группы, по 16 человек в каждой. В группу I входили 16 больных АГ с ГМЛЖ (9 – мужчин, 7 – женщин), средний возраст составлял – $57 \pm 5,91$ лет. Толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) в группе I составляла $15 \pm 1,2$ мм. В группу II входили условно здоровые лица (16 человек, 10 – мужчины, 6 – женщины), без заболеваний сердечно-сосудистой системы, средний возраст составлял $55 \pm 6,3$ лет. Средняя толщина МЖП в группе II составляла 7 ± 1 мм. Одновесельная ЭКГ-синхронизированная 31P-спектроскопия выполнялась на магнитно-резонансном томографе Achieva 3T TX (Philips, Голландия). Для сбора данных использовалась последовательность ISIS с итеративным шиммированием. Размер вокселя составлял 91,58 мм³. Стандартный протокол включал 128 повторений, время повторения составляло 10 000 мс. Последующая обработка данных выполнялась с помощью программного обеспечения томографа - Spectrowiew (Philips).

Результаты:

Для оценки энергетического метаболизма миокарда у больных АГ с ГМЛЖ использовался энергетический индекс – ФК/АТФ (отношение концентраций фосфокреатина к аденозинтрифосфату). Величина индекса ФК/АТФ в группе I составила $1,66 \pm 0,11$, в группе II – $2,08 \pm 0,35$. Различие было достоверным ($p < 0,05$).

Заключение:

31P МРС может быть использована для определения состояния энергетического метаболизма миокарда у больных АГ с ГМЛЖ.

5.2. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У НИЗКОКОМПЛАЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ И БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Породенко Н. В., Скибицкий В. В.

КГМУ, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/задачи):

Сочетание гипертонической болезни (ГБ) и хронической об-

структивной болезни легких (ХОБЛ) способствует низкой приверженности пациентов лечению в 73,6% случаев. Причины низкой комплаентности и характер изменения состояния сердечно-сосудистой системы у таких пациентов остаются малоизученными. Цель работы: изучить характер изменений эхокардиографических параметров и суточного профиля артериального давления (АД) у низкокомплаентных пациентов с сочетанной патологией.

Материал и методы:

Изначально обследовались 161 человек с сочетанием ГБ с астмой или ХОБЛ. В течение 6 месяцев отказались следовать рекомендациям по антигипертензивной терапии 52 пациента, ограничившись купирующей терапией. Сочетание ГБ с астмой имело место у 26 пациентов (медиана возраста 57 лет) – первая группа, ГБ и ХОБЛ - у 26 в возрасте 59 лет (55-66) – вторая группа. Им двукратно проводили эхокардиографию в М- и доплер-режиме с расчетом стандартных показателей и суточное мониторирование АД.

Результаты:

Продемонстрировано увеличение в 2 раза в обеих группах пациентов с эксцентрической гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), ухудшение систолической (фракция выброса уменьшилась на 6,9% в сравнении с исходными данными ($p < 0,05$)) и диастолической функции ЛЖ (на 3,1% уменьшилась величина отношения E/A, на 7,3% возросло время изоволюметрического расслабления), основных структурно-функциональных характеристик миокарда, массы миокарда (ММЛЖ) и индекса ММЛЖ на 24,6% и 21,3% соответственно ($p < 0,001$). Число больных с адекватным ночным снижением АД уменьшилось, а количество пациентов с патологическими типами кривых «Non-dipper» и «Night-peaker» увеличилось. Эти изменения в обеих группах были отрицательно взаимосвязаны с параметрами ФВД, что может указывать на взаимное влияние ухудшения бронхиальной проходимости, прогрессирования процессов ремоделирования в ЛЖ и изменения параметров СМАД.

Заключение:

Не исключено, что полученные данные свидетельствуют о нарастании проявлений сердечной недостаточности, как систолической, так и диастолической, в обеих группах пациентов с сочетанной патологией при низкой приверженности антигипертензивной терапии.

5.3. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ХАИШЕВА Л. А., ШЛЫК С. В., ПЛЕСКАЧЕВ А. С.,
РОСТОВА Г. В., РЫЖКОВА Е. С.

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
МЛПУ ЦГБ№ 1, МЛПУ больница № 6

Введение (цели/задачи):

Изучение процессов, происходящих на различных этапах сосудистого русла у пациентов с АГ: функции эндотелия, микро-

циркуляторного русла, СРПВ, факторов роста.

Материал и методы:

В нашем открытом, нерандомизированном одноцентровом исследовании участвовало 99 пациентов с АГ I-II степени, средний возраст которых составил (63,2±2,6 года). СРПВ изучали с помощью объемной сфигмографии на аппарате «Поли-Спектр». ООО «Нейро-Софт». Микроциркуляторное русло (МЦР) изучали с помощью доплерографа ультразвукового компьютеризированного для исследования кровотока (Минимакс-доплер-К), ООО СП «Минимакс», г. Санкт-Петербург. Для проведения иммуноферментного анализа использовались наборы реактивов: Bender Medsystems (США) VEGF.

Результаты:

В целом по группе СРПВ по сосудам эластического типа составила 13,27±0,53 м/с. Фактор Виллебранда был повышен у 69,7% обследованных пациентов с повышенным АД, и составил в среднем у пациентов данной группы 168,7±9,1%. Концентрация VEGF среди пациентов с АГ колебалась от 22,03895 нг/мл до 517,1225 нг/мл. При изучении корреляционных взаимосвязей нами выявлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь между длительностью АГ и Vam ($r = 0,71$, $p < 0,05$), слабой силы между систолическим АД и скоростью кровотока в МЦР $= 0,3$ ($p < 0,05$), достоверная связь слабой силы между СРПВ в сосудах эластического типа и средней линейной скоростью кровотока $= 0,3$. Связь средней силы между длительностью АГ и СРПВ в сосудах эластического типа $= 0,53$ ($p < 0,05$), связь средней силы между систолическим АД и СРПВ в сосудах эластического типа $= 0,51$ ($p < 0,05$), и сильная связь между возрастом и СРПВ $= 0,71$ ($p < 0,05$).

Заключение:

Пациенты с АГ имеют нарушения всех звеньев сосудистого русла: функции эндотелия (повышенный фактора Виллебранда), микроциркуляторные нарушения, а так же повышение СРПВ по сосудам эластического типа. Длительность заболевания находится в прямой корреляционной связи с микроциркуляторными нарушениями и СРПВ, между изменениями в МЦР и СРПВ по сосудам эластического типа имеются корреляционные взаимосвязи, которые указывают на общность процессов.

5.4. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Губская П. М., Рубанова М. П., Вебер В. Р., Жмайлова С. В., Евсеев М. Е.

Новгородский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить структурные изменения миокарда левого и правого желудочков крыс линии Вистар через месяц после прекращения двухнедельного введения прозерина.

Материал и методы:

Материал и методы исследования. 10 крысам линии Вистар в течение 2 недель интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин в дозе 20 мг/кг. Через 1 месяц после прекращения введения препарата, в течение которого крысы содержались в обычных условиях без медикаментозных и стрессовых воздействий, под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала

на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности кардиомиоцитов (КМЦ), коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты:

Результаты исследования показали, что через месяц после прекращения двухнедельного введения прозерина в миокарде ПЖ выявлялись значительные структурные изменения: плотность КМЦ уменьшилась с $78,56 \pm 1,06$ об.% в контроле до $73,49 \pm 1,04$ об.% через месяц ($p < 0,05$), более, чем в 2 раза увеличился объем ВКП ($6,58 \pm 0,64$ об.% в контроле и $13,27 \pm 0,62$ об.% через месяц, $p = 0,0001$). Плотность коллагена в ПЖ через месяц после прекращения введения прозерина значительно не изменилась ($7,48 \pm 0,51$ об.% в контроле и $9,05 \pm 0,84$ об.% через месяц, $p > 0,05$). В ЛЖ через месяц после двухнедельного введения прозерина плотность кардиомиоцитов, коллагена и объем ВКП были сопоставимы со значениями контрольной серии.

Заключение:

Таким образом, отдаленные последствия хронического холинэргического стресса в ПЖ проявляются уменьшением плотности кардиомиоцитов и выраженными изменениями ВКП.

5.5. ФАКТОРЫ РИСКА ПОВЫШЕНИЯ РИГИДНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Корнева В. А., Отмахов В. В., Дружилов М. А., Сергеева А. Н., Кузнецова Т. Ю.

ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить влияние факторов риска на показатели ригидности сосудистой стенки у лиц без артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 92 пациента (62 мужчины) в возрасте 28-49 лет. У всех обследованных изучались факторы риска (ФР): липидный спектр, абдоминальное ожирение, курение, отягощенная наследственность. Выполнялась ЭКГ, ЭХОКС, СМАД (прибор ВР1ab «МнсДП-3»). Оценивались: Pulse Transit Time (РТТ), максимальная скорость нарастания АД ($dp/dt \max$), индекс артериальной жесткости (АSI), индекс амбулаторной ригидности (АASI), аугментационный индекс (АIх), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). Достоверность определялась с помощью программы «Биостат» и таблиц сопряжения.

Результаты:

У курящих ($n=32$) по сравнению с некурящими ($n=30$) достоверно различались показатели РТТ, составившие соответственно $127,6 \pm 0,2$ и $154,1 \pm 0,3$ и индекс артериальной жесткости ($127,4 \pm 13,1$ у некурящих; $146,7 \pm 12,5$ у курящих ($p < 0,05$). Остальные показатели имели тенденцию к ухудшению в группе курящих ($p > 0,05$). В подгруппе пациентов

с ожирением достоверно отличались все показатели. Так, AIx , составивший $(-58,4 \pm 0,5)\%$ при ожирении по сравнению с $(-69,7 \pm 0,3)\%$ у лиц без ожирения. СРПВ была также выше в подгруппе пациентов с ожирением ($8,9 \pm 0,3$ против $7,2 \pm 0,1$ м/с ($p < 0,05$)). Достоверных различий в оцениваемых показателях у пациентов с умеренной гиперхолестеринемией (ГХС) и пациентов с отягощенной наследственностью по сравнению с лицами без этих ФР не получено. Выявлено влияние выраженной ГХС (средний уровень холестерина $9,1 \pm 0,2$) на AIx : показатель был изменен у 31,2% пациентов с ГХС ($n=32$), и у 5,4% пациентов без ГХС ($n=37$) ($p=0,005$). Все определяемые показатели были выше у мужчин по сравнению с женщинами. Так, AIx составил $(-59,4 \pm 7,8\%)$ у женщин по сравнению с $(-38,1 \pm 4,6\%)$ у мужчин, $p < 0,05$. СРПВ также была выше у мужчин ($7,8 \pm 0,1$ м/с), чем у женщин ($6,1 \pm 0,2$ м/с), $p < 0,05$.

Заключение:

У лиц молодого и среднего возраста с нормальным АД обнаружена достоверная зависимость между показателями сосудистой жесткости и такими ФР как мужской пол, абдоминальное ожирение, выраженная ГХС. Отягощенная наследственность и умеренная ГХС достоверно на показатели ригидности сосудистой стенки не влияли.

5.6. СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Вершинина А. М., Гапон Л. И., Реут Ю. С.,
Бусарова Е. С., Третьякова Н. В., Плюснин А. В.

Филиал НИИК СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Изучены особенности сосудистого ремоделирования и эндотелиальной дисфункции (ЭД) при артериальной гипертензии (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы:

Обследовано 86 больных АГ (66 с АГ при МС и 20 в контрольной группе без МС). Для оценки функционального состояния эндотелия использована проба с реактивной гиперемией на аппарате Caris Plus «Esaote» (Италия). Проводилось определение эндотелина -1 в плазме крови методом «иммуноферментного сэндвича» и уровня нитритов в плазме крови по методике Карпюк В.Б. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ, PWV) на каротидно – феморальном участке проводили с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр - 12» (Россия), лодыжечно – плечевого индекса, сфигмограф Vasera VS – 1000 Series (Fukuda Denshi, Япония). Исследование толщины интима – медиа (ТИМ) сонных артерий проводили на аппарате GE «Virid 4».

Результаты:

Выявлено повышение показателей жесткости артерий у больных АГ на фоне МС по сравнению с контрольной группой (увеличение параметров СРПВ ($p < 0,05$) и снижения лодыжечно – плечевого индекса, ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению ТИМ у больных обеих групп ($p > 0,05$). Показано достоверное повышение уровня эндотелина-1 и снижение уровня нитритов при АГ на фоне МС в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$ и $p < 0,05$), отмечены более низкие значе-

ния эндотелийзависимой вазодилатации в основной группе ($p < 0,05$). Увеличение жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) положительно коррелировало с систолическим АД ($p < 0,001$), с уровнем эндотелина-1 ($p < 0,01$), с толщиной ТИМ ($p < 0,05$). Параметры жесткости артерий положительно взаимосвязаны с ИМТ, гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), уровнем ОХС и ТГ крови ($p < 0,05$).

Заключение:

При АГ на фоне МС наблюдается повышение жесткости артерий, которое ассоциируется с уровнем АД, эндотелина крови; отмечена его взаимосвязь с поражением других органов – мишеней, рядом метаболических факторов. Выявленные параметры ЭД указывают на их большую выраженность у пациентов АГ при МС.

5.7. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

АРТЕМЬЕВА И. В.

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Материалы и методы:

В исследование включались 30 человек с вазоренальной гипертензией (ВГ). Длительность АГ в среднем 1,5 года. Обследуемые делились на 3 группы по степени АГ: 1 группа – 9 человек с АГ 1 степени; 2 – 11 человек с АГ 2 степени; 3 – 10 человек с АГ 3 степени. Использовалась стандартная методика ЭхоКГ. Из параметров, характеризующих диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ), оценивались: максимальная скорость потока в фазу раннего наполнения Е, в фазу позднего наполнения А, соотношение Е/А, отдельно для ПЖ и ЛЖ. Признаком диастолической дисфункции (ДДФ) считалось уменьшение Е/А менее 1,0.

Результаты:

Концентрической гипертрофии ПЖ (ГПЖ) не выявлено. Толщина задней стенки левого желудочка в диастолу составила в среднем $9 \pm 0,01$ мм при 1 степени АГ, $11 \pm 0,02$ мм при 2 степени АГ, $14 \pm 0,02$ мм при 3 степени АГ. Межжелудочковая перегородка в диастолу в среднем в 1 группе $9 \pm 0,01$ мм, во 2 – $12 \pm 0,04$ мм, в 3 – $14 \pm 0,01$ мм. Фракция выброса (ФВ) в 1 группе в среднем составила $60 \pm 0,01\%$; во 2 – $62,7 \pm 0,1\%$; в 3 – $65 \pm 0,1\%$. Полость ЛП в 1 группе составила в среднем $32 \pm 0,2$ мм, во 2 – $3,7 \pm 0,3$ мм, в 3 – $4 \pm 0,2$ мм. Эксцентрической ГПЖ и ГЛЖ не наблюдалось. В 1 группе Е/А ПЖ в среднем составил $0,67 \pm 0,1$; во 2 – $0,7 \pm 0,02$; в 3 – $0,91 \pm 0,03$. Е/А ЛЖ составил соответственно по группам $0,78 \pm 0,04$; $0,88 \pm 0,01$ и $0,94 \pm 0,02$. Обнаружено, что у 3 пациентов с наличием ГЛЖ Е/А не имел отклонения от нормы. Диаметр основания лёгочной артерии (ЛА) составил $26 \pm 0,2$ мм; $28 \pm 0,1$ мм и $28 \pm 0,3$ мм в среднем по группам соответственно. Диаметр основания аорты (АО) составил $28 \pm 0,02$ мм; $30 \pm 0,01$ мм и $34 \pm 0,01$ мм в среднем по группам соответственно.

Заключение:

Концентрическая ГЛЖ при ВГ возрастает в соответствии со степенью АГ. ГПЖ и эксцентрическая ГЛЖ при ВГ отсутствует. ДДФ ПЖ и ЛЖ предшествует развитию гипертрофии при ВГ, и наблюдается уже при 1 степени АГ. Степень ДДФ не всегда имеет прямую зависимость от морфологических изменений. Ремоделирования ЛА и АО при ВГ не происходит.

5.8. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ - ФОКУС НА ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ХАИШЕВА Л. А., ШЛЫК С. В., ГОНЧАРОВА О. Н., РОСТОВА Г. В., ПЛЕСКАЧЕВ А. С., РЫЖКОВА Е. С.

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, БАТАЙСК ЦРБ, МЛПУ ЦГБ № 1, МЛПУ БОЛЬНИЦА №6

Введение (цели/задачи):

Представляет собой интерес изучение СРПВ у пациентов с АГ в зависимости от возраста, пола, выявление факторов риска, влияющих на СРПВ.

Материал и методы:

В отобранную группу вошли 143 больных АГ, в том числе 44 мужчины и 99 женщин. Возраст пациентов колебался в пределах от 29 до 88 лет, при среднем значении $60,3 \pm 0,83$ года. Исследование СРПВ проводили на компьютерном комплексе для исследования электрической и механической, деятельности сердечно-сосудистой системы «Поли-Спектр». ООО «Нейро-Софт» г. Иваново.

Результаты:

В группе мужского пола, мы наблюдаем повышение СРПВ по сосудам эластического типа, причем с возрастом происходит увеличение данного показателя, так Сэ в возрасте до 55 лет составляет $10,23 \pm 0,37$ мс, что достоверно ниже, чем данный показатель в возрастной группе от 55 до 65 лет, который в свою очередь в 1,2 раза ниже СРПВ, у мужчин старше 65 лет $13,03 \pm 0,32$ мс. У женщин молодого и среднего возраста наблюдаются нормальные значения СРПВ, однако, с возрастом и с прогрессией заболевания у них происходит достоверное повышение Сэ, и у пациенток в возрасте от 55 до 65 лет данный показатель в 1,5 раза выше, чем в возрасте до 55 лет ($12,03 \pm 0,42$ мс и $8,23 \pm 0,39$ мс, соответственно, $(p < 0,05)$). У мужчин наблюдается прямая корреляционная взаимосвязь между возрастом и СРПВ: $(r = 0,34, p < 0,05)$ среди пациентов молодого и среднего возраста, у мужчин в возрасте от 55 до 65 лет взаимосвязь становится более сильной - $r = 0,47, p < 0,05$ и самая сильная взаимосвязь наблюдается у мужчин старше 65 лет $r = 0,72, p < 0,05$, в среднем по группе $(r = 0,53, p < 0,05)$ у женщин меноурального возраста, данная взаимосвязь очень слабая $r = 0,22, p < 0,05$; она становится более сильной у пациенток от 55 до 65 лет $r = 0,38, p < 0,05$ и самой высокой силы наблюдается у пациенток старше 65 лет, когда действие эстрогенов окончательно заканчивается и возраст оказывает прямое действие на эластичность сосудистой стенки $r = 0,49, p < 0,05$; в среднем по группе $r = 0,34, p < 0,05$.

Заключение:

В отличие от мужчин, у которых с возрастом эластичность сосудов прогрессивно снижается у женщин старше 65 лет она остается сравнимой с данным показателем в возрасте от 55 до 65 лет. Надо отметить, что после наступления менопаузы у женщин половые различия в эластичности сосудов стираются и нарушения становятся сопоставимы с мужчинами старше 55 лет, т.о. у пациентов пожилого и старческого возраста скорость распространения пульсовой волны повышена в сосудах эластического типа и не имеет половых особенностей. Надо отметить, что у мужчин данный показатель нарушен (снижен) во всех возрастных группах, наблюдается незначительная, не достоверная тенденция к ухудшению данного показателя с возрастом.

5.9. РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

БУРДИНА Е. Н., ГОЛОВСКОЙ Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА ИМ. АК. Е.А.ВАГНЕРА

Введение (цели/задачи):

Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) ассоциируется с увеличением сердечнососудистого риска и оценивается по изменениям индекса сферичности в диастолу (ИСд), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСлж). Целью исследования явилось изучение возможных комбинаций эхокардиографических показателей геометрии левого желудочка у здоровых лиц и выявление причинно следственных связей их формирования.

Материал и методы:

Обследовано 133 социально активных мужчин, средний возраст составил 39,6 лет (95% ДИ 37,7 – 41,4 лет). Все лица на момент включения в обследование считали себя здоровыми. Критерии включения: отсутствие патологии сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии и других хронических заболеваний. Всем обследуемым проводилось стандартное ультразвуковое исследование ЛЖ, с оценкой его систолической и диастолической функции в покое и на фоне статической нагрузки. Для таких показателей как фракция выброса (ФВ), минутный объем (МО), конечнодиастолическое давление (КДД), отношение максимальной скорости Е трансмитрального потока к пиковой скорости А (Е/А) и систолическое давление в легочной артерии (СДла), рассчитывали дельту (Δ) - разницу между абсолютными значениями в покое и при нагрузке.

Результаты:

По данным литературы, такие эхокардиографические показатели, как ИС, ИММЛЖ и ИОТСлж позволяют достаточно точно описать геометрическую форму ЛЖ. Использование этих параметров в качестве группирующих переменных для кластерного анализа позволяет систематизировать всех здоровых лиц по 4-м типам геометрических форм левого желудочка. Несмотря на достоверные межкластерные различия показателей геометрии, функциональные характеристики ЛЖ, измеренные в покое в полученных кластерах не имели статистических различий. Однако, детальный анализ показателей, характеризующих инотропную и диастолическую функцию на фоне изометрической нагрузки выявил достоверные различия, характеризующие лиц первого кластера: снижение Δ ФВ ($p < 0,01$) по сравнению с остальными группами, где Δ ФВ увеличивалась, достоверно больший подъем СДла ($p < 0,001$) и прирост КДД ($p < 0,001$), снижение Е/А ($p < 0,001$). На фоне статической нагрузки у 37% лиц в I-м кластере была выявлена асинергия миокарда без сопутствующей динамики сегмента ST на ЭКГ. Для каждого кластера, был рассчитан интегральный показатель геометрии левого желудочка (ИПГлж) по формуле: $ИПГлж = ИММЛЖ * ИС / ИОТС$. В первом кластере он составил 247,1 ед (95% ДИ: 233,1-261,2), что было значительно выше показателей других кластеров ($p = 0,000$). Были выявлены высокие корреляции между ИПГлж и Δ ФВ ($r = -0,72$); ИПГлж и Δ КДД ($r = 0,73$); ИПГлж и Δ СДла ($r = -0,81$); ИПГлж и Δ Е/А ($r = 0,70$), во всех случаях $p = 0,001$, что подчеркивает самостоятельную роль показателей геометрии ЛЖ в определении функциональных свойств ЛЖ.

Заключение:

Таким образом, по данным кластерного анализа, у здоровых лиц мужского пола выявляется 4 геометрических модели левого желудочка, которые определяют его функциональные возможности. Расчет ИПГ левого желудочка позволяет прогнозировать неблагоприятные пути ремоделирования левого желудочка.

5.10. СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ – ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КОШЕЛОВА Н. А., РЕБРОВ А. П.

САРАТОВСКИЙ ГМУ

Введение (цели/задачи):

Оценить значение скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) в развитии сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией в течение трех лет наблюдения.

Материал и методы:

В исследование включены 184 больных. Критерии включения: наличие перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, артериальной гипертензии, информированное согласие пациента. Анализ пульсовой волны выполнялся с использованием программы «TensioMed» на ангиографе «TensioClinic» (Венгрия).

Результаты:

Средний возраст обследованных больных $55,3 \pm 6,4$ лет, из них 90% мужчины. В течение трех лет наблюдения у пациентов развилось 93 случая ССО: в 50 случаях – декомпенсация ХСН, у 18 больных – повторный инфаркт миокарда, 25 пациента умерли. Выявлена умеренная значимая взаимосвязь между СПВА и возрастом ($r = 0,30$, $p = 0,002$), артериальной гипертензией ($r = 0,30$, $p = 0,009$), систолическим ($r = 0,30$, $p = 0,001$) и диастолическим ($r = 0,30$, $p = 0,036$) АД, параметрами ЭхоКГ – толщиной МЖП ЛЖ ($r = 0,35$, $p = 0,001$), толщиной ЗС ЛЖ ($r = 0,30$, $p = 0,01$), ИММ ЛЖ ($r = 0,30$, $p = 0,04$), КСР ЛП ($r = 0,30$, $p = 0,03$), СДЛА ($r = 0,30$, $p = 0,01$), уровнем NT-proBNP ($r = 0,30$, $p = 0,02$), ФК ХСН ($r = 0,33$, $p = 0,05$). В зависимости от уровня СПВА выделены две группы: I группа (120 больных) – пациенты с нормальной СПВА ≤ 12 м/с, II группа (64 пациента) – больные с повышенной СПВА > 12 м/с. ССО в течение трех лет наблюдения развились в I-ой группе у 40 (33,3%) пациентов, во II-ой группе – у 53 (82,8%) больных. При сравнении кривых выживаемости методом Каплана – Мейера показано, что при СПВА > 12 м/с вероятность декомпенсации ХСН ($p=0,001$), развития повторного инфаркта миокарда ($p=0,04$), летального исхода ($p=0,01$) и общего числа ССО ($p=0,03$) больше, чем у пациентов с СПВА ≤ 12 м/с. У больных, имеющих СПВА > 12 м/с, ОР развития ССО в течение трех лет в 2 раза выше, максимальный в 4 раза, чем у пациентов с СПВА ≤ 12 м/с (ОР = 2,02, 95% ДИ 1,01 – 4,03, $p = 0,01$). В многофакторной модели независимыми предикторами ССО были ИМТ, ЧСС, общий холестерин, ФВ ЛЖ и СПВА.

Заключение:

СПВА – фактор риска ССО у больных с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией.

5.11. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ СКРЫТОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АНТРОПОВА О. Н., ОСИПОВА И. В., ЛОБАНОВА Н. А.,
ЗАЛЬЦМАН А. Г., ПЫРИКОВА Н. В.

АГМУ АГМУ, НУЗ ОКБ НА СТАНЦИИ БАРНАУЛ

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было оценить состояние органов-мишеней при маскированной гипертензии (изолированной амбулаторной артериальной гипертензии) у лиц операторской профессии.

Материал и методы:

В исследование были включены 329 мужчин, с артериальной гипертензией, по результатам мониторинга АД в рабочие и выходные часы пациенты были распределены на 2 группы: в I-ую были включены 197 человек со скрытой гипертензией на рабочем месте, во II-ую – 132 мужчины с низкострессовым трудом и эссенциальной гипертензией

Результаты:

При изучении показателей ЭхоКГ у больных I-ой группы отмечен меньший конечный диастолический размер на 3,8% ($p=0,04$), больший индекс массы миокарда левого желудочка на 9,1% ($p=0,001$), чем во II-ой. У больных I-ой группы по сравнению со II-ой отмечена меньшая скорость раннего пика E на 9,5% ($p=0,001$) и большая скорость предсердного пика A на 19,1% ($p=0,001$), сниженное отношение E/A на 33,3% ($p=0,001$), а также больший размер левого предсердия на 5,0% ($p=0,01$). Нарушение диастолической функции I типа было выявлено у 147 (74,6%) и 79 (59,8%) больных I-ой и II-ой групп соответственно. Таким образом, диастолическая дисфункция наблюдалась чаще на 14,8% ($\chi^2=8,0$; $p=0,005$) у лиц с АГрм, чем во II-ой группе. Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 75 (38,1%) и 37 (28,1%) больных I-ой и II-ой групп соответственно, то есть частота ее была сопоставима. У пациентов I-ой группы нормальная геометрия (НГ) ЛЖ определена у 72 (36,5%) больных, концентрическое ремоделирование (КР) – у 50 (25,4%), концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) – у 48 (24,4%), эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) – у 27 (13,7%) пациентов. Среди лиц II-ой группы нормальная геометрия ЛЖ имела у 59 (44,7%) больных, концентрическое ремоделирование – у 36 (27,3%), концентрическая ГЛЖ – у 16 (12,1%), эксцентрическая ГЛЖ – у 21 (15,9%) пациентов. Таким образом, концентрическая ГЛЖ встречалась у больных с АГрм чаще на 12,3% ($\chi^2=7,9$; $p=0,05$)

Заключение:

Таким образом, у больных со скрытой артериальной гипертензией по сравнению с эссенциальной гипертензией имеется более частое нарушение диастолической функции ЛЖ, при сопоставимой частоте гипертрофии ЛЖ, чаще наблюдается ее неблагоприятный концентрический тип.

5.12. ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО КОЭФФИЦИЕНТА ИНФОРМАЦИОННОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ЯКУШ Н. А., ЛИВЕНЦЕВА М. М., НЕЧЕСОВА Т. А.,
КОРОБКО И. Ю., ПАВЛОВА О. С., ЧЕРНЯК С. В.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ»

Введение (цели/задачи):

Оценить возможность применения модифицированного коэффициента информационной переработки (МКИП) для диагностики стресс-индуцированной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 42 человека. Основную группу (n=16) составили лица со стресс-индуцированной АГ, у которых различия между среднесуточными показателями САД и/или ДАД, полученными в рабочий и выходной дни при СМАД, были 6 и /или 3 и более мм рт. ст. Обследуемые (n=15) со среднесуточным АД \leq 130/80 мм рт. ст. в рабочий день составили контрольную группу. Группа сравнения (n=11) представлена пациентами, у которых на момент обследования была диагностирована АГ I-II ст. Критическая частота слияния световых мельканий (КЧСМ) определялась на нейхронометре с помощью ритмических световых стимулов определенной интенсивности путем восприятия исследуемым стимула без импульсов исходно и после проведения информационной пробы (ИП). Обследуемым была проведена ИП (компьютерная игра – TETACOLOR в течение 5 минут), моделирующая психоэмоциональную нагрузку. Исследования проводились в рабочий и выходной дни. Предложен модифицированный коэффициент информационной переработки, как наиболее физиологичный показатель оценки влияния стрессовых факторов на рабочем месте, отражающий соотношение количества сыгранных партий за 5 мин во время ИП и снижение КЧСМ на высоте нагрузки.

Результаты:

МКИП отличался между исследуемыми группами в рабочий и выходной дни. Наибольшие значения МКИП наблюдались у здоровых лиц – 40,9 \pm 9,4 и 52,8 \pm 13,6 бит/Гц в рабочий и выходной дни соответственно. Наименьшее значение МКИП в рабочий день отмечено у стресс-индуцированных лиц – 30,5 \pm 4 бит/Гц, что достоверно ниже по сравнению с МКИП в данной группе наблюдения в выходной день – 37,7 \pm 8,3 бит/Гц (p < 0,05). Показатели МКИП в группе сравнения составили 36,4 \pm 2,7 и 32,4 \pm 3,7 бит/Гц в рабочий и выходной дни соответственно.

Заключение:

МКИП у стресс-индуцированных лиц наименьший в рабочий день по сравнению со здоровыми и пациентами с АГ I-II ст. и достоверно выше в выходной день по сравнению с МКИП в рабочий день. Таким образом, диагностика стресс-индуцированной АГ возможна на основании снижения МКИП в рабочий день.

5.13. ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

СЕРГАЦКАЯ Н. В., ЕЛИСЕЕВА И. В., ОЛЕЙНИКОВ В. Э.

Медицинский институт ПГУ

Введение (цели/задачи):

Выяснение зависимости между степенью тяжести синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) у больных метаболическим синдромом (МС) и эндотелиальной дисфункцией.

Материал и методы:

В исследование было включено 30 пациентов с 3 и более признаками МС согласно рекомендациям ВНОК (2010). Обязательным критерием у больных МС было наличие АГ 1-2

степени. В группу 1 вошли 16 лиц с признаками СОАС легкой и средней степени тяжести. В группу 2 – 14 человек с признаками тяжелой степени СОАС. Больные были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим показателям, офисным значениям АД. Нарушение дыхания во сне верифицировали прибором кардиореспираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Потокзависимую вазодилатацию исследовали ультразвуковым методом на аппарате MyLab 90 (Esaote, Италия). Степень эндотелиальной дисфункции (ЭД) определяли по индексу реактивности (ИР), показателю потокзависимой вазодилатации (ПЗВД). Кроме того, определяли диаметр общей сонной артерии (ОСА) и толщину комплекса интима-медиа (КИМ) справа и слева. Результаты представлены в виде M \pm SD при нормальном распределении, при асимметричном в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты:

Сравниваемые группы не отличались по диаметру ОСА справа и слева. У больных МС с СОАС легкой и средней степени КИМ справа составил 0,94 (0,79; 1,05) мм слева – 0,94 \pm 1,17 мм; у больных МС в сочетании с тяжелой СОАС соответственно 1,02 \pm 0,22 (нд) и 1,10 \pm 0,20 мм (p=0,02). Сравниваемые группы не отличались по значениям ИР – (1,2 (1,1; 1,4) в группе 1 и 1,2 (1,0; 1,5)) в группе 2. У больных МС с легкой/средней степенью СОАС показатель ПЗВД несколько превышал соответствующие значения у пациентов с тяжелым СОАС: ЭД в 1 группе диагностирована у 10 человек, значения составили 5,7 \pm 3,5 %, в группе 2 – у 9 человек 2,3 (2,1; 4,2) % (нд).

Заключение:

У больных МС, страдающих СОАС, тяжесть апноэ оказывает негативное влияние на функцию эндотелия по данным потокзависимой вазодилатации.

5.14. ПОКАЗАТЕЛИ РЕНОСЦИНТИГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

САВЕЛЬЕВА Н. Ю., ЖЕРЖОВА А. Ю., АНТИПИНА Н. С., ГАПОН Л. И.

Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

В диагностике и лечении вазоренальной гипертензии (ВРГ) остается много неясных вопросов, в частности, до сих пор не принято единого подхода для оценки оптимальной тактики ведения. Цель исследования: изучение особенностей показателей реносцинтиграфии у пациентов с ВРГ.

Материал и методы:

В исследование включены 16 пациентов с ВРГ (основная группа) средний возраст 49,2 \pm 3,4 лет, (муж.-10; жен.-6); стаж артериальной гипертензии (АГ) 16,3 \pm 2,4 лет; ИМТ 27,4 \pm 1,6 кг/м²; уровень «офисного» систолического АД 179 \pm 7,07 мм.рт.ст., диастолического АД 109 \pm 4,5 мм.рт.ст. Группа сравнения состояла из 28 пациентов с эссенциальной АГ (11 муж., 17 жен.), средний возраст- 45,2 \pm 1,8 лет; стаж АГ 14,9 \pm 1,3 лет; ИМТ 28,9 \pm 1,6 кг/м²; уровень «офисного» САД 181,8 \pm 5,1 мм.рт.ст., ДАД- 115 \pm 52,5 мм.рт.ст. (отличия статистически недостоверны). Диагноз ВРГ верифицирован брюшной контрастной ангиографией. Критериями исключения были наличие вторичной АГ другой этиологии, наличие сахарного диабета и хронические заболевания почек. Всем пациентам проводилась динамическая реносцинтиграфия с 99m Tc-пентатехом.

Исследование проводилось перед гамма-камерой Omega -500 фирмы Technicare (США). При интерпретации использована визуальная оценка и ряд количественных показателей, характеризующих сосудистый, секреторный и выделительные сегменты. Оценивались: Т-max-время достижения максимума ренограммы в минутах, ИН - индекс накопления, ИВ – индекс выделения, ОВ – относительное выделение в процентах.

Результаты:

В исследуемой группе ИН и ОВ не имели достоверных отличий от группы сравнения. Выявлено достоверное удлинение времени достижения максимума кривой ренограммы ($10,5 \pm 0,7$ мин; $5,6 \pm 0,4$ мин; $p < 0,05$), а также уменьшение индекса накопления радиофармпрепарата (РФП) на стороне стеноза ($1,6 \pm 0,1$ и $3,1 \pm 0,2$).

Заключение:

У пациентов с ВРГ по данным реносцинтиграфии регистрируются значительные изменения в ангиофазе: снижение артериального притока на 30-50% и изменение функциональных показателей фильтрации (снижение относительной высоты почечной кривой с удлинением времени максимального накопления РФП), что соответствовало данным брюшной контрастной ангиографии.

5.15. ПОВЫШЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ – ФАКТОР АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Пурьгина М. А., Милягин В. А., Агеев О. А.

ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Выявление групп высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний с целью их профилактики является одной из основных задач современной кардиологии. Целью исследования было определение роли жесткости магистральных артерий в развитии атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Материал и методы:

Обследовано 265 больных ИБС, у 165 из них была АГ, контролем служили 84 практически здоровых человека. Метод исследования: объемная сфигмография (VaSera-1000, Япония) с определением индекса жесткости (CAVI) и плече-лодыжечной скорости пульсовой волны (R-PWV).

Результаты:

Проведенные исследования показали, что у здоровых людей (средний возраст $53,5 \pm 7,01$ года) магистральные сосуды достаточно эластичны ($CAVI=8,0 \pm 0,74$, $R-PWV=12,6 \pm 1,36$ м/с). У больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с нормальным уровнем артериального давления (АД) жесткость магистральных сосудов была значительно выше, чем в контроле ($CAVI = 9,4 \pm 0,89$, $R-PWV=12,98 \pm 2,10$ м/с), особенно существенное увеличение показателей жесткости выявлено у больных ИБС с артериальной гипертензией ($CAVI = 10,5 \pm 0,98$, $R-PWV=16,2 \pm 2,94$ м/с). У 146 больных проведена селективная коронарокардиография. У 41 больного не выявлено стенозирующего поражения сосудов, показатели жесткости сосудов у них существенно не отличались от нормы ($CAVI=8,3 \pm 0,78$, $R-PWV=12,5 \pm 1,55$ м/с). У 105 больных ИБС с поражением одной и более коронарных артерий определено существенное увеличение жесткости коронарных артерий

($CAVI=10,0 \pm 0,70$, $R-PWV=13,0 \pm 1,88$ м/с). Причем, жесткость магистральных сосудов была тем выше, чем большее количество сосудов было поражено. Наиболее выраженная зависимость выявлена между степенью развития атеросклероза и показателем жесткости CAVI. Определена связь поражения коронарных артерий с величиной АД.

Заключение:

Таким образом, жесткость сосудистой стенки ассоциируется с наличием и тяжестью коронарного атеросклероза. Объемная сфигмография позволяет оценить истинную жесткость сосудистой стенки (индекс жесткости CAVI) и выявлять больных с высоким риском атеросклеротического поражения коронарных артерий. Признаком возможного атеросклероза коронарных артерий является величина CAVI более 9.

5.16. ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ С ПОМОЩЬЮ Р300 У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Зуева И. Б., Ванаева К. И., Санец Е. Л., Морошкина Н. В.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии»

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Когнитивный вызванный потенциал (КВП) (P300) является электрофизиологическим субстратом когнитивных функций. Ранняя диагностика когнитивных расстройств с помощью неинвазивной методики P300 позволит предотвратить или замедлить развитие тяжелого когнитивного дефицита у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением (ОЖ). Цель исследования. Целью настоящего исследования было оценить возможности измерения методом P300 когнитивных нарушений у пациентов с АГ и ОЖ.

Материал и методы:

В исследование было включено 372 пациента. Длительность АГ составила $6,5 \pm 1,4$ лет. Средний возраст составил $47,8 \pm 6,1$ лет. Были сформированы четыре группы. Первую группу составили здоровые лица в количестве 92 (24,73%) человек. Во вторую группу вошли пациенты с АГ - 94 (25,26%). В третьей группе были пациенты с ОЖ - 90 (24,19%). В четвертой группе были больные с сочетанием АГ и ОЖ - 96 (25,82%). Всем пациентам проводилось клиническое обследование с исследованием антропометрических показателей, выполнялось нейропсихологическое тестирование и КВП для оценки когнитивных функций.

Результаты:

Во 2,3,4 группах пациентов выявлено достоверное повышение КВП ($346,17 \pm 18,37$, $340,84 \pm 15,61$, $357,55 \pm 16,09$ и $335,78 \pm 16,57$ мсек, соответственно; $p < 0,01$) и снижение амплитуды P300 ($10,4 \pm 4,3$, $12,0 \pm 4,9$, $8,2 \pm 3,9$ и $16,2 \pm 5,7$ мкВ, соответственно; $p < 0,01$) по сравнению с группой здоровых лиц. При этом более значимые изменения отмечались у пациентов с сочетанием АГ и ОЖ. При проведении корреляционного анализа выявлена связь между КВП и ИМТ ($r=0,72$, $p < 0,01$). Выявлена зависимость между латентным периодом P300 и уровнем диастолического артериального давления (ДАД) ($r=0,51$; $p < 0,01$). Выявлена ассоциация КВП с результатами теста MMSE (Mini-Mental State Examination) ($r=-0,31$, $p < 0,01$), теста Векслера ($r=-0,34$, $p < 0,01$), теста «10 слов по Лурии» ($r=-0,35$, $p < 0,01$). Отмечалась связь между амплитудой P300 и параметрами краткосрочной ($r=0,39$, $p < 0,01$), долгосрочной памяти ($r=0,41$, $p < 0,01$). При появлении у пациентов жалоб на нарушение памяти отмечалось увеличение продолжительно-

сти латентного периода КВП ($r=0,44$, $p<0,01$) и снижение амплитуды P300 ($r=-0,37$, $p<0,01$).

Заключение:

Анализ КВП является информативным методом, дополняющим клиничко-нейропсихологическое исследование в диагностике когнитивных расстройств в среднем возрасте у пациентов с АГ и ОЖ. Исследование P300 может служить скрининговой методикой для ранней диагностики когнитивных нарушений у данной категории больных.

5.17. ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД У МОЛОДЫХ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Синенкова О. Ю.

Орловская областная клиническая больница

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить особенности суточного мониторирования АД (СМАД) у молодых мужчин призывного возраста с анамнезом впервые выявленного повышенного АД.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 994 призывника (средний возраст $21,8\pm 2,7$ года), направленные в стационар в связи с впервые выявленными повышенными цифрами АД. Всем пациентам выполнялось клиническое измерение АД и СМАД. Из исследования исключались лица со вторичной АГ.

Результаты:

По данным офисного измерения АД: оптимальное АД у 3,4% ($n=34$), нормальное АД у 7,8% ($n=78$), высокое нормальное АД у 9,1% ($n=90$), АГ у 79,7% ($n=792$): 1 степень-89,4%, 2 степень-10,6%. Проведение СМАД подтвердило нормальное АД у лиц с нормальным и оптимальным уровнем клинического АД. В группе лиц с высокими нормальным АД ($n=90$) выявлена скрытая АГ у 57,8% ($n=52$): изолированная систолическая АГ (ИСАГ)-84,6%, систоло-диастолическая АГ (СДАГ)-15,4%. У пациентов со стабильным повышением клинического АД ($n=792$) гипертония «белого халата» обнаружена у 13,6% ($n=108$), АГ-у 86,4% ($n=684$). У 684 пациентов с истинной АГ: ИСАГ-88,6%, СДАГ-11,1%, изолированная диастолическая АГ (ИДАГ)-0,3%; 1 степень- 632 человек (92,4%), 2 степень-52 человек (7,6%). При анализе типов АГ 736 гипертоников: ИСАГ-70,2% ($n= 650$), СДАГ-29,8% ($n=84$), ИДАГ-0,3% ($n=2$).

Заключение:

По результатам СМАД у молодых мужчин призывного возраста с анамнезом впервые выявленного повышенного АД установлены следующие фенотипы АД: нормотония-15,1%, «офисная гипертония»-10,9%, скрытая АГ-5,2%, истинная АГ-68,8% с преобладанием систолического типа.

5.18. ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Гончарова Е. В.,
Чистякова М. В., Жилина А. А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная
медицинская академия

Материал и методы:

В исследование включены 99 женщин, находившиеся в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа - 46 пациенток

($45,9\pm 3,5$ лет) после гистерэктомии с сохранением яичниковой ткани, 2-ая группа – 31 женщина ($46,1\pm 3,1$ лет) после билатеральной овариоэктомии, 3 группа - 22 пациентки ($44,5\pm 5,4$ лет), принимающие ЗГТ в течение 1-3 лет. Критерием исключения из исследования явилась артериальная гипертензия (АГ) до операции. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте 44 ± 5 лет с сохраненной менструальной функцией. Суточное мониторирование АД осуществляли с помощью аппарата «Cardiotens-01» фирмы «Meditech» (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6,0».

Результаты:

У женщин 1-й и 2-й групп встречалась АГ 1 ст. в 65,2% и 62,3% случаев, соответственно. Реже регистрировалась АГ у женщин, принимавших ЗГТ (40,9%). При оценке показателей нагрузки АД было выявлено, что лабильная АГ имеет место у 1/5 пациенток во всех группах. Стабильная АГ чаще встречалась у женщин 1-й (45,7%) и 2-й групп (41,9%), а в 3-й группе в 2 раза реже. Показатели вариабельности АД были повышенными у 35% женщин 1-й и 2-й групп, и у 18,2% в 3-й группе. Физиологический суточный профиль АД имели 26% пациенток 1-й и 42% женщин 2-й группы. В группе же пациенток, принимающих ЗГТ, доля «дипперов» составила 72,7% ($p<0,05$). Патологические суточные профили АД были представлены «нондипперами» и «овердипперами», при этом «нондипперы» встречались в 2 раза чаще, значительно меньше было «найтпикеров». У женщин даже при отсутствии АГ в 53,6% случаев регистрировались патологические суточные профили АД, преимущественно «нондипперы».

Заключение:

У женщин с хирургической менопаузой при сохранении яичниковой ткани артериальная гипертензия встречается также часто, как и при билатеральной овариоэктомии, но реже выявляется у пациенток, принимающих ЗГТ. При этом во все группах практически с одинаковой частотой формируются патологические типы суточного профиля АД независимо от наличия АГ.

5.19. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА ЖЕСТКОСТИ – СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕГО СТАРЕНИЯ СОСУДОВ

Милягин В. А., Лексина Ю. Н., Милягина И. В.

ГБОУ ВПО Смоленская государственная
медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Структура и функция сосудистой стенки в значительной степени зависят от программы, заложенной у человека во время его внутриутробного развития. При отягощенной наследственности, воздействии на плод и на ребенка неблагоприятных факторов может развиваться синдром раннего старения сосудов (Early Vascular Aging — EVA синдром), который проявляется увеличением жесткости сосудов. В течение жизни человека изменения сосудов усугубляются в результате естественного старения и воздействия на организм сосудистых факторов риска. Однако критерии раннего старения сосудов не установлены.

Материал и методы:

С целью определения маркеров раннего старения сосудов об-

следовано 334 здоровых человека в возрасте от 17 до 25 лет и 311 больных артериальной гипертонией (АГ). Всем пациентам проведена объемная сфигмография на аппарате VaSera-1000 (Япония) с определением показателей жесткости сосудов.

Результаты:

Исследования показали, что наиболее приемлемым показателем раннего старения сосудов является сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), который определяет истинную жесткость сосудов. Средняя величина показателя CAVI у молодых людей в возрасте от 17 до 25 лет составила $6,6 \pm 0,97$. Как известно, значения показателей, превышающие 90 перцентиль, являются патологическими. Величина 90 перцентиль CAVI у молодых людей составила 7,6. В группу нормотоников с величиной показателя CAVI более 7,6 - с признаками раннего старения (патологического ремоделирования) сосудов вошли 41 из 334 молодых людей (12,3%). Установлено, что с увеличением жесткости сосудистой стенки у нормотоников увеличивается уровень артериального давления преимущественно в бассейнах нижних конечностей. У больных АГ признаки раннего старения сосудов определялись значительно чаще: у 47% больных при изолированной систолической АГ и у 31% при систоло-диастолической АГ. Причем, уровень артериального давления существенно не зависел от жесткости сосудов преимущественно эластического типа.

Заключение:

Таким образом, с целью осуществления своевременной профилактики АГ и ассоциированных с ней заболеваний необходимы скрининговые исследования для выявления молодых людей с ранним старением сосудов. Критерием раннего старения сосудов являются значения CAVI более 7,6.

5.20. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аникин В. В., Изварина О. А.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

Для изучения мозгового кровотока было обследовано 154 женщины в возрасте $48,6 \pm 3,7$ лет, у которых анализировались показатели суточного мониторирования ЭКГ и АД (средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, степень ночного снижения АД (СНС), величина (ВУП) и скорость (СУП) его утреннего подъема), и реоэнцефалограммы (РЭГ, прибор Р4-02 фирмы «ДНКК»). При этом оценивалось пульсовое кровенаполнение сосудов (по реографическому индексу, РИ), венозный отток (по диастолическому индексу, ДИ), тонус артериол (по дикротическому индексу, ДКИ), эластичность магистральных артерий (по реографическому коэффициенту, РК).

Результаты:

Установлено, что у женщин с АГ в постменопаузе не только увеличивалось систолическое АД, но и чаще выявлялся патологический суточный профиль АД (СПАД). При этом переход к менопаузе у лиц с АГ сопровождался нарастанием ВУП и СУП систолического АД. Анализ РЭГ показал, что у женщин в постменопаузе снижался РИ ($0,8 \pm 0,07$ до $0,61 \pm 0,03$ усл. ед., $p < 0,05$), а также увеличивался тонус артериол и магистральных артерий. Сопоставление частоты встречаемости повышенных ВУП и СУП с изменением РИ позволило установить, что у женщин с АГ его нормальные значения редко

сопровождались увеличением СУП и ВУП. При этом снижение РИ имелось у 48,18% лиц с повышенной СУП САД и 54,55% с увеличенной ВУП САД. Это свидетельствует о возможности снижения кровенаполнения церебральных сосудов в ранние утренние часы и развития ишемических осложнений. Достоверно меньшее количество женщин с АГ имели повышенный РИ, при этом выявленные у них повышенные значения СУП (у 20% лиц) и ВУП (23,64%) могут привести к развитию геморрагических нарушений вследствие усиления церебрального кровотока.

Заключение:

Таким образом, почти 70% женщин с АГ в климактерическом периоде имеют риск развития нарушения мозгового кровообращения, особенно в ранние утренние часы. Как показывает наш опыт, наилучшие результаты в оценке состояния церебрального кровотока дает сочетанное применение РЭГ и СПАД.

5.21. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНЫХ МКГ-ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА ХАРАКТЕРИСТИК МАГНИТНОГО ПОЛЯ СЕРДЦА НА ИНТЕРВАЛЕ ST-T

Кузнецова С. Ю., Сасонко М. Л., Масленников Ю. В., Примин М. А., Недайвода И. В., Иванов Г. Г.

ЦКБ РАН ЦКБ РАН, ИРЭ им. В.А. Котельникова РАН, ИК им. В.М.Глушкова НАНУ, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Введение (цели/задачи):

В работе исследовались реполяризационные показатели магнитокардиограммы у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), оценивались их диагностические возможности для выявления электрической гетерогенности миокарда и сопоставлялись с методом стандартной электрокардиографии

Материал и методы:

В исследование было включено 104 человека (41 женщина и 63 мужчины) в возрасте от 45 до 75 лет. Из них 55 здоровых участника (М/Ж – 30/25, средний возраст $52,3 \pm 0,66$) и 49 пациентов с АГ/ПИКС (33/16, средний возраст $62,5 \pm 0,63$). У условно здоровых участников отсутствовали в анамнезе указания на какие-либо перенесенные заболевания, и по результатам клинического и лабораторно-инструментального обследования у них не было значимых отклонений от нормы со стороны сердечно-сосудистой системы. В группе с АГ/ПИКС полный комплекс обследований с использованием ЭКГ- и МКГ-методов был выполнен для 49 пациентов. При анализе показателей МКГ у пациентов с АГ/ПИКС программный комплекс автоматически рассчитывал более 100 параметров, характеризующих зарегистрированные распределения магнитного поля сердца пациентов и восстановленные, после решения обратной задачи, распределения векторов плотности тока в миокарде. Были выделены 3 наиболее диагностически значимых МКГ-показателя у больных АГ/ПИКС и получено решающее правило, которое включало следующие параметры: 1) показатель направления токов (ПНТ), характеризующий гомогенность процесса реполяризации желудочков; 2) параметр синхронности и корреляций (ПСК) МКГ во всех 36 точках плоскости измерений на ST-T интервале; 3) показатель

оценки средней вариабельности магнитного поля (ПСВМП) за период реполяризации желудочков.

Результаты:

Первичная классификация результатов показала различие выбранных параметров у пациентов с АГ/ПИКС по сравнению с данными контрольной группы. Нами был проведен анализ показателей МКГ с наибольшей чувствительностью и специфичностью в отношении диагностической ценности. Определены пороговые значения, разделяющие «норму» и «патологию» у обследованных пациентов по этим параметрам МКГ.

Заключение:

Интегральное использование всех трех информативных параметров МКГ позволило разделить группу пациентов с АГ/ПИКС и здоровых испытуемых с чувствительностью 88% и специфичностью 96%, что существенно превышало аналогичные параметры, полученные традиционными методами ЭКГ.

5.22. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Матросова И. Б., Гусаковская Л. И., Олейников В. Э.

Медицинский институт ПГУ

Введение (цели/задачи):

Оценка показателей центрального (аортального) давления и ригидности у больных артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени на фоне 24-недельной терапии бетаксололом и метопрололом тартратом.

Материал и методы:

Обследовано 68 человек в возрасте от 20 до 60 лет, рандомизированных по возрасту, полу, антропометрическим показателям, офисным значениям АД на две группы. Группу Б составили 32 пациента, которые в качестве антигипертензивной терапии принимали бетаксолол 14,5±4,1 мг/сут. В группу М вошли 36 больных, получавших метопролол в средней дозе 129,3±11,7 мг/сут. При отсутствии достижения целевых значений АД в группах Б и М проводили комбинированное лечение гидрохлортиазидом в дозе 12,5–25 мг/сут. Жесткость магистральных артерий оценивали технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения центрального (аортального) давления: СА_{Дао} и ПА_{Дао}, индекса аугментации в аорте A₁а_о. Результаты представлены в виде M±SD при нормальном распределении, при асимметричном в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты:

На фоне 24-недельной терапии динамика СА_{Дао} в группе Б составила 5,6% – с 124 (120; 136) до 117,1±6,4 мм рт.ст., (p<0,01); в группе М – 8,5 % (с 129,8±7,3 до 118,8±7,2 мм рт.ст., (p<0,01). Показатель ПА_{Дао} на фоне терапии обоими препаратами существенно не менялся: на 0 неделе – 36,9±4,7, на 24 неделе – 37,3±5,4 мм рт.ст. в группе Б; в группе М – 39,4±5,4 и 38,2±5,9 соответственно (нд). Прием бетаксолола сопровождался статистически значимым увеличением показателя A₁а_о на 43% (с 8,6±11,4 до 12,3±12,0%, p<0,01). В группе М среднесуточный A₁а_о достоверно не изменялся (0 неделя – 18,3±13,2%, 24 неделя – 19,5±13,4%, нд).

Заключение:

Длительная терапия бетаксололом и метопрололом у больных артериальной гипертензией трудоспособного возраста

сопровождалась достоверным снижением центрального систолического давления. В отличие от метопролола, лечение бетаксололом вызывало прогностически неблагоприятное ухудшение индекса аугментации в аорте.

5.23. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Скибицкий В. В., Сокаева З. Т.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, МУЗ КГК БСМП

Введение (цели/задачи):

Оценить динамику показателей ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) на фоне терапии симвастатином и фенофибратом.

Материал и методы:

В исследование включены 40 больных с МС, средний возраст – 56,2±3,6 года. Критерии включения: абдоминальное ожирение в сочетании с дислипидемией и артериальной гипертензией. Все больные получали сопоставимую антигипертензивную терапию. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1 группа (n=21), принимала симвастатин (Зокор, MSD) 20 мг/сутки, 2 группа (n=19) – фенофибрат (Трайкор, Solvay-Pharma) 145 мг/сутки. Всем пациентам до начала исследования и через 6 месяцев лечения проводилось общеклиническое обследование, определение антропометрических показателей: окружность талии, индекс массы тела, эхокардиография (ЭХО-КГ) с определением конечного диастолического (КДР) и систолического (КСР) размеров ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки (ТЗСЛЖ), конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический (КДО) объемы, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ).

Результаты:

На фоне терапии симвастатином отмечалось достоверное (p<0,05) уменьшение КДР на 3,6% (с 5,21±0,06 до 5,02±0,32 см), КСР на 4,5% (с 3,31±0,08 до 3,16±0,06 см), ТМЖП на 4,8 % (с 1,24±0,06см до 1,18±0,08см), ЗСЛЖ на 3,5% (с 1,12±0,05 до 1,08±0,08 см), КСО на 3,7% (с 41,27±3,4 до 39,72±4,2 мл), КДО на 8,2 % (с 130,08±4,5 до 119,35±8,2 мл.), кроме того, лечение сопровождалось уменьшением ММЛЖ на 11,4% (290,1±7,9 до 256,8±8,17 г) и ИММЛЖ на 11,9 % (с 138,3±5,98 до 121,9±6,97 г/м²). Во 2-й группе больных отмечалось недостоверное (p>0,05) уменьшение КДР с 5,24±0,08 до 5,18±0,04 см, КСР с 3,29±0,04 до 3,23±0,07 см, КСО с 43,81±6,8 до 41,89±2,3 мл, КДО с 131,82±6,5 до 128,36±9,4 мл, ТМЖП с 1,32±0,04 до 1,28±0,06 см и ЗСЛЖ 1,21±0,12 до 1,19±0,03 см уменьшились показатели ММЛЖ с 324,9±6,56 до 307,5±4,38 г (5,3%), ИММЛЖ с 154,6±7,34 до 146,4±8,54 г/м²(5,6%). ЭХО-КГ признаки гипертрофии миокарда ЛЖ (ИММЛЖ >120 г/м²) обнаружены у всех пациентов. В 1-й группе у 10 (47,6%) больных диагностирована концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 11 (52,3%) – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Во 2-й группе эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ имела место у 10 (52,6%) и 9 (47,4%) больных соответственно. На фоне терапии в обеих группах отмечается недостоверное уве-

личение числа пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ: на 19,1 % в 1-й группе, на 10,5%-во 2-й группе.

Заключение:

1. Применение симвастатина у пациентов с метаболическим синдромом сопровождалось достоверным улучшением показателей ремоделирования миокарда ЛЖ. 2. В группе пациентов, получающих фенофибрат значимого улучшения основных эхокардиографических параметров не отмечено. 3. Достоверных изменений частоты выявления различных вариантов ремоделирования ЛЖ на фоне лечения в обеих группах не было.

5.24. ДИНАМИКА ВАРИАбельНОСТИ АД В ТЕЧЕНИЕ СУТОК У БОЛЬНЫХ АГ С НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ФОНОМ И С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ НА ФОНЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Виноградов А. И., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Сухенко И. А., Жмайлова С. В.

Новгородский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Цель: Проанализировать особенности вариабельности САД и ДАД в течение суток у больных АГ с различным психоэмоциональным фоном (ПЭФ).

Материал и методы:

Обследованы 25 женщин, больных АГ II степени средней возраст 45,4±1,7 лет, рандомизированные по тяжести заболевания и состоянию психоэмоционального фона и. До начала лечения все больные были разделены на 2 группы: I группа – больные АГ с нормальным психоэмоциональным фоном, II группа – больные АГ с субклинической депрессией. Использовался метод суточного мониторирования АД, исследование ПЭФ (уровня депрессии и тревоги) проводилось с помощью шкал HADS, Бека и CES-D.

Результаты:

Результаты исследования показали, что на фоне терапии амлодипином в группе больных АГ женщин с субклинической депрессией было выявлено достоверное увеличение числа пациентов с повышенной вариабельностью САД в ночные часы. Показатели вариабельности САД и ДАД днем под влиянием амлодипина в исследуемых группах достоверно не изменялись. В ночные часы отмечалось достоверное увеличение больных АГ с повышенной вариабельностью ДАД. В группе больных АГ женщин с нормальным ПЭФ отмечалось достоверное увеличение числа больных АГ, у которых повысились показатели вариабельности ДАД ночью через месяц лечения амлодипином. Достоверных различий в изменении показателей вариабельности САД в течение суток и вариабельности ДАД днем на фоне терапии амлодипином у этой группы больных не наблюдалось.

Заключение:

Таким образом, подход к назначению амлодипина больным АГ должен быть дифференцированным, причем как у больных с субклинической депрессией, так как увеличивается вариабельность САД и ДАД ночью, так и у больных АГ с нормальным ПЭФ, поскольку у некоторых больных вариабельность АД, особенно ДАД ночью, становится избыточно высокой впервые под влиянием препарата.

5.25. ВЛИЯНИЕ ТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АОРТЫ

Воронова Е. И., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им ак. Е.А. Вагнера
Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

К началу наступившего века отчетливо сформировалось направление, которое включило в себя накопленный опыт фундаментальных разработок и обратило внимание клиницистов на новый объект - сосудистую стенку, а именно изменение жесткости артериальной стенки. Увеличение артериальной жесткости считают возможным механизмом запуска и/или прогрессирования сердечно – сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертонии. Цель исследования: оценить, имеются ли достоверные отличия показателей жесткости аорты при изолированной артериальной гипертонии (ИСАГ), в отличие от смешанной - систолодиастолической артериальной гипертонии (СДАГ).

Материал и методы:

Определены структурно-функциональные показатели аорты у лиц с ИСАГ - 22 человека, и у обследуемых, имеющих СДАГ - 66 человек. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Пульсовое артериальное давление было достоверно выше в группе ИСАГ.

Результаты:

Мы сравнили структурные и функциональные показатели аорты в группе изолированной САГ и СДАГ. Оказалось, что достоверные отличия имеют лишь некоторые структурные показатели, такие как: диаметр на уровне синусов Вальсальвы, в систолу, диаметр на уровне восходящего отдела аорты, толщина стенки аорты и масса аортальной стенки. У группы пациентов с ИСАГ эти показатели достоверно выше, чем в группе смешанной АГ (p=0,008). К единственному показателю жесткости аорты, который достоверно отличался в двух группах, относится косвенный показатель эластичности. Причем, косвенный показатель эластичности достоверно ниже у лиц с ИСАГ и составил 1,27±0,05, в сравнении с 1,54±0,06 во второй группе (p=0,03). А остальные показатели жесткости аорты не имели достоверных отличий (p>0,05). В группе ИСАГ достоверно выше циркуферентное напряжение стенки аорты 3,14±0,55, в сравнении с 2,08±0,04 в группе СДАГ. Аортальный импеданс так же выше в группе ИСАГ, хотя эти изменения не являются достоверными. А вот составляющие импеданса имеют достоверные отличия, причем, Zp – компрессионная составляющая импеданса достоверно выше у лиц 1 группы и составила 0,05±0,00 и 0,04±0,00 соответственно в группах 1 и 2 (p=0,000); а Zk – кинетическая составляющая импеданса достоверно выше у лиц 2 группы и составила 12,59±0,97 и 19,80±1,06 соответственно (p=0,000). Эластическое сопротивление аорты (Ea) достоверно ниже в 1 группе по сравнению со 2 ой и составило 175,48±2,75 и 186,16±2,32 дин/см-5 соответственно. Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) достоверно ниже в группе ИСАГ 1377,03±63,22 дин/см-5, в сравнении с СДАГ 1749,22±50,80 дин/см-5 (p=0,000). А такие показатели, как тангенциальное напряжение и отношение тангенциального напряжения к толщине стенки, были достоверно выше в группе с СДАГ (p=0,002), кроме тангенциального напряжения на уровне корня аорты, там показатели достоверно не отличались (p>0,05)

Заключение:

На основании полученных результатов, можно сделать вывод, что у пациентов с ИСАГ происходит более выраженное ремоделирование аорты, а именно: увеличение диаметров, толщины стенки и массы стенки аорты. ИСАГ характеризуется достоверно меньшими, в сравнении с СДАГ, показателями тангенциального напряжения и отношением тангенциального напряжения на единицу толщины стенки, ОПСС. А вот циркуферентное напряжение стенки аорты наоборот ниже при СДАГ. При ИСАГ выше компрессионная составляющая импеданса, а кинетическая составляющая меньше в сравнении с СДАГ, и отсюда при ИСАГ ниже и величина эластического сопротивления аорты. Показатели жесткости аорты, за исключением косвенного показателя эластичности, не имеют достоверных отличий в сравниваемых группах. Эти данные совпадают с данными, полученными при проведении корреляционного анализа, а именно, наличие прямых корреляций ПАД с Z_p $r=0,47$ ($p=0,000$); и отрицательных корреляции ПАД с эластичностью аорты $r=-0,78$ ($p=0,000$); с Z_k $r=-0,54$ ($p=0,000$); с характеристическим импедансом $r=-0,16$ ($p=0,007$); с эластическим сопротивлением артериальной системы $r=-0,71$ ($p=0,000$). Таким образом, ремоделирование аорты более выражено при ИСАГ и это ведет к повышению ПАД.

5.26. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Осипова И. В., Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Белошапкина Г. А.

АГМУ, НУЗ ОКБ на станции Барнаул

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было оценить состояние эндотелиальной функции (ЭФ) у больных артериальной гипертензией (АГ), имеющих хронических профессиональный стресс.

Материал и методы:

Включены 329 мужчин, с АГ, которые в зависимости от профессии были распределены на 2 группы: в 1-ую были вклю-

чены 197 машинистов и помощников машинистов с высоким уровнем рабочего напряжения и частыми стрессовыми ситуациями на работе, во 2-ую – 132 мужчины с низкострессовым трудом. Для оценки ЭФ проводилась проба с реактивной гиперемией, ЭФ оценивалась как нормальная, при значении эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) более 10,0%

Результаты:

В обеих группах ЭЗВД составила 5,4% (10-й перцентиль – 13,5; 90-й перцентиль – 32,0%) и 7,3% (10-й перцентиль – 10,9; 90-й перцентиль – 21,0%) в 1 и 2-й группах соответственно. Адекватный вазодилатационный ответ (ЭЗВД >10%) наблюдался у 74 (37,6%) и 57 (43,2%) больных в 1 и 2-й группах соответственно. Сниженную вазодилатацию имели 62 (31,5%) и 57 (38,6%) пациентов 1 и 2-й групп соответственно. У 61 (30,9%) и 24 (18,2%) больных 1 и 2-й групп наблюдался вазоконстрикторный ответ, то есть чаще на 12,7% ($\chi^2 = 6,7$; $p = 0,009$) у больных с профессиональным стрессом. У лиц с впервые выявленной или нелеченной АГ ЭЗВД во 2-й группе была нормальной (медиана – 15,2%; 10-й перцентиль – 6,6%; 90-й перцентиль – 24,0%), а у пациентов 1-й группы на 9,4% ниже ($p = 0,001$) и составила 5,8% (10-й перцентиль – 17,3%; 90-й перцентиль – 33,3%). У больных с впервые выявленной АГ в 1-ой группе, по сравнению с такими же пациентами во 2-ой группе, нормальная ЭФ определяется реже на 26,1% ($\chi^2 = 8,0$; $p = 0,005$), а вазоконстрикторная реакция эндотелия имеется чаще на 30,3% ($\chi^2 = 15,8$; $p = 0,001$). Среди больных 1-й группы с длительной АГ 54 пациента (44,6%) имели нормальные показатели ЭФ, 29 больных (23,9%) – сниженную вазодилатацию, 38 пациентов (31,4%) – вазоконстрикторную реакцию плечевой артерии. Во 2-й группе пациентов у 35 мужчин (38,9%) отмечался нормальный вазодилатационный ответ, у 31 больного (34,4%) – снижение вазодилатации и у 24 пациентов (26,7%) – вазоконстрикторный ответ. По частоте типов ЭД анализируемые группы не отличались.

Заключение:

У пациентов с впервые выявленной АГ и профессиональным стрессом, в отличие от больных низкострессовой профессией, имеется выраженное нарушение эндотелиальной функции за счет преобладания вазоконстрикторных реакций.

6. НОВЫЕ ДАННЫЕ В ИЗУЧЕНИИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

6.1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ЕСТЕСТВЕННОМ КЛИМАКСЕ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Скибицкая С. В., Фендрикова А. В.,
Скибицкий В. В.

Кубанский государственный медицинский
университет

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить эффективность различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии у женщин в естественном климаксе (ЕК) с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы:

В исследование включены 82 женщины в ЕК с артериальной гипертензией 2-3 степени и АО. Пациентки рандомизированы в 2 группы: 1 группа (n=42) получала ингибитор АПФ периндоприл 10 мг/сутки и диуретик индапамид-ретард 1,5 мг/сутки; 2 группа (n=40) – прямой ингибитор ренина расилез 300 мг/сутки и индапамид-ретард 1,5 мг/сутки. Исходно и через 2 месяца проводили суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты:

На фоне двухкомпонентной терапии в 1 группе целевые значения АД зарегистрированы у 28 (80%), во 2 группе – у 28 (93,3%) больных. Через два месяца лечения в 1 группе достоверно снизились среднесуточные значения систолического АД (САД) с $161,2 \pm 10,6$ до $138,2 \pm 7,3$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) – с $99,7 \pm 6,2$ до $83,6 \pm 5,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); во 2 группе также отмечалось статистически значимое снижение САД на 17,95% (с $162,1 \pm 10,8$ до $133,0 \pm 7,4$ мм рт.ст.), ДАД – на 18,1% (с $100,2 \pm 6,3$ до $82,1 \pm 5,1$ мм рт.ст.), $p < 0,05$. Во 2 группе больных динамика САД и ДАД была достоверно более значимой, чем в 1 группе пациенток ($p < 0,05$). Кроме того, на фоне применения алискирена и индапамида-ретард достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрировался профиль «dipper» (у 16 пациенток), тогда как использование периндоприла и диуретика обеспечивало нормализацию суточного профиля АД у 9 больных.

Заключение:

У женщин в естественном климаксе с АГ и АО более эффективна комбинация диуретика и прямого ингибитора ренина, которая в сравнении с терапией диуретиком и ингибитором АПФ обеспечивает достижение целевых значений АД у большинства пациенток, более выраженное снижение среднесуточных показателей АД и нормализацию суточного профиля АД у 40% больных.

6.2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И СОПУТСТВУЮЩИМ ПСОРИАЗОМ

Шевченко А. О., Дворянкова Е. В., Шевченко О. П.,
Шилова Ю. В., Гинзбург Л. М.

ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И.Пирогова, ЦТП ФХФ РАН,
КВД №15, Москва, Областная больница, Люберцы

Введение (цели/задачи):

Применение бета-адреноблокаторов (БАБ) у больных псориазом может быть ограничено в связи с риском развития псориазоформной эритемы или обострением псориаза, обусловленных в основном нежелательной блокадой β_2 -адренорецепторов эпидермальных кератиноцитов, макрофагов и лимфоцитов дермы. Цель исследования: изучить эффективность и безопасность кардиоселективного БАБ бисопролола у больных АГ и стабильной стенокардией с обострением распространенного псориаза.

Материал и методы:

Включено 102 больных распространенным псориазом в стадии обострения в возрасте 40-74 лет ($51,6 \pm 13,2$ года), среди которых были 78 больных АГ 1-2 ст. и стенокардией напряжения I-II ф.к. и 24 больных без АГ и ИБС (группа контроля). Всем назначалась адекватная терапия для лечения псориаза. После рандомизации больные АГ и ИБС получали бисопролол («БИДОП», Гедеон-Рихтер) 5-10 мг/сут, при необходимости в комбинации с амлодипином и/или лизиноприлом (основная группа, n=31), или амлодипин 5-10 мг в монотерапии или в комбинации с лизиноприлом или гидрохлортиазидом (группа сравнения, n=47). Эффективность достижения ремиссии псориаза при помощи индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index), отражающего площадь поражения кожи, степень выраженности объективных и субъективных симптомов.

Результаты:

Назначение гипотензивной терапии не ухудшило клинического течения псориаза и эффективности достижения ремиссии: время достижения ремиссии кожного заболевания в основной группе, группе сравнения и контрольной группе достоверно не отличалось и составило $17,9 \pm 6,1$, $19,4 \pm 5,3$ и $18,2 \pm 7,4$ дня, соответственно; также, не выявлено достоверных различий в динамике индексов PASI (с $24,6 \pm 2,3$ до $2,8 \pm 1,9$, с $25,1 \pm 2,9$ до $3,4 \pm 2,2$ и с $24,7 \pm 2,2$ до $2,5 \pm 1,7$, соответственно). Эффективность достижения целевых уровней АД и степень уменьшения количества приступов стенокардии у больных основной группы и группы сравнения достоверно не отличалась.

Заключение:

Назначение кардиоселективного бисопролола больным распространенным псориазом в фазе обострения сопровождается уменьшением приступов стенокардии и нормализацией артериального давления и не приводит к ухудшению течения

псориаза и наступлению ремиссии кожного заболевания.

6.3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛИСКИРЕНА У «СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ» И «СОЛЕНЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ» ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Скибицкий В. В., Гаркуша Е. С., Фендрикова А. В.

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования - оценить эффективность алискирена у пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) с учетом феномена солечувствительности.

Материал и методы:

В исследование включены 41 пациент с РАГ, средний возраст - $63,2 \pm 9,4$ года. Критерии включения: 1) артериальное давление (АД) $>140/90$ мм рт.ст. на фоне приема 4 антигипертензивных препаратов в оптимальных дозах: ингибитора АПФ, антагониста кальция, тиазидного диуретика, β -адреноблокатора; 2) отсутствие вторичной АГ; 3) добровольное согласие пациента на участие в исследовании. После определения солечувствительности (методика Харченко) были сформированы 2 группы больных: группа 1 ($n=21$) - «солечувствительные», группа 2 ($n=20$) - «соленечувствительные» пациенты с РАГ. Всем обследованным был назначен алискирен (расилез, Novartis) 150 мг/сут. Через 1 месяц терапии при отсутствии достижения целевого АД дозу алискирена увеличивали до 300 мг/сут. Исходно, через 1 месяц и 3 месяца проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты:

Исходно обе группы больных были сопоставимы по уровню АД. В группе 1 систолическое АД (САД) составило $149,1 \pm 6,2$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) - $94,1 \pm 3,7$ мм рт.ст., во 2 группе - $148,3 \pm 6,4$ мм рт.ст. и $93,9 \pm 5,8$ мм рт.ст. соответственно. Через 1 месяц целевой уровень АД во 2 группе был достигнут у 100 % пациентов, в группе 1 - у 8 (38%), остальным доза алискирена была увеличена. Через 3 месяца наблюдения в обеих группах уровни АД достоверно ($p < 0,05$) снизились: в 1 группе до $134,8 \pm 3,6$ и $76,9 \pm 2,3$ мм рт.ст., во 2 группе - до $136,4 \pm 3,8$ и $79,4 \pm 2,8$ мм рт.ст.. Целевое АД было зарегистрировано у 11 из 13 (84,6%) больных 1 группы. Кроме того, отмечалась нормализация суточного профиля АД в 1 и 2 группах у 70% и 80% пациентов соответственно.

Заключение:

У «соленечувствительных» пациентов с РАГ добавление к комбинированной антигипертензивной терапии алискирена в дозе 150 мг/сутки обеспечивает оптимальный контроль АД. У «солечувствительных» больных для эффективного контроля АД требуется большая доза алискирена (300 мг), которая способствует достижению целевого уровня АД у большинства обследованных и увеличению частоты регистрации профиля АД «dipper».

6.4. СТРУКТУРА НАЗНАЧЕНИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ХМАО-ЮГРЕ

Мамедова С. И., Саламатина Л. В., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ», г. СУРГУТ

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить структуру назначений антигипертензивных препаратов врачами амбулаторно-поликлинического звена в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югре).

Материал и методы:

Проведен опрос врачей амбулаторно-поликлинического звена ХМАО-Югры по специально разработанной анкете, содержащей вопросы о группах наиболее часто назначаемых препаратов, а также о конкретных препаратах внутри каждой группы. Участниками опроса стали 87 врачей, средний стаж работы по специальности которых составил $9,8 \pm 2,3$ лет.

Результаты:

Лидирующие позиции в назначениях врачей заняли четыре класса препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (98,8%), диуретики (97,7%), β -адреноблокаторы (β -АБ) (94,2%) и антагонисты кальция (аСа) (91,9%). Наиболее часто назначаемыми гипотензивными средствами в классе иАПФ были препараты длительного действия - эналаприл (62,1%), лизиноприл (57,5%) и периндоприл (39,1%). Среди препаратов класса β -АБ наибольшая приверженность врачей была отмечена к бисопрололу (94,2%) и метопрололу (41,4%). В классе аСа лидировал амлодипин (74,7%). В классе диуретиков - преимущественно тиазиды: индапамид в обычной и пролонгированной форме (75,8%) и гидрохлортиазид (36,8%). Гипотензивные препараты из группы антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА) в назначениях врачей округа составили 70,1%. Структура группы была представлена валсартаном, лозартаном (по 31,0%), телмисартаном (12,6%) и ирбесартаном (1,1%). Среди класса α -адреноблокаторов, назначаемых врачами округа, отмечены два препарата - доксазозин (14,9%) и празозин (1,1%). Из препаратов центрального действия (ЦД) наиболее часто назначаемыми были агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин (26,6%) и α -адреномиметик клонидин (17,2%).

Заключение:

Структура классов антигипертензивных препаратов, назначаемых врачами амбулаторно-поликлинического звена в ХМАО-Югре, представлена четырьмя основными классами: иАПФ (98,8%), диуретиками (97,7%), β -АБ (94,2%) и аСа (91,9%).

6.5. ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ

ПЕКАРСКИЙ С. Е., ВАРВАРЕНКО В. И., ВИНТИЗЕНКО С. И.,

МОРДОВИН В. Ф., РИПП Т. М., АФАНАСЬЕВА Н. Л.,

ЛИЧИКАКИ В. А., КРЫЛОВ А. Л., ПОПОВ С. В.

ФГБУ НИИ КАРДИОЛОГИИ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность транскатетерной денервации почечных артерий (ТДПА) для лечения пациентов с резистентной АГ.

Материал и методы:

В исследование включались пациенты в соответствии со следующими критериями: 1) возраст 18-80, 2) сист. АД ≥ 160 мм рт.ст. или диаст. АД ≥ 100 мм рт.ст. на фоне приема 3-х и более гипотензивных препаратов, один из которых диуретик, 3) подписанное информированное согласие. Критерии исключения: 1) СКФ < 30 мл/мин/кв.м, 2) ср.-сут. АД при 24-ч мониторинге < 135 мм рт.ст., 3) симптоматическая АГ, 4) поражения почечных артерий, 5) высокий риск вмешательства вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний/состояний.

ТДПА выполнялась билатерально в виде радиочастотной абляции нервных путей в стенке почечной артерии и окружающей ткани с помощью электрода введенного в просвет почечной артерии, последовательно выполнялось 4-8 точечных воздействий, распределенных по длине и окружности общей почечной артерии, каждое продолжительностью 2 мин, в режиме контроля температуры не выше 60 С и максимальной мощностью 8 Вт. Первичные конечные точки для оценки эффективности: - снижение офисного АД через 6 и 12 мес. после ТДПА, б) вторичные - снижение ср.-сут., дневного и ночного АД по данным 24-ч мониторинга через 1 нед., 6 и 12 мес. после процедуры ТДПА. Первичные конечные точки для оценки безопасности количество неблагоприятных клинических событий, в том числе серьезных, определено или вероятно связанных с изучаемым методом вмешательства в течение 12 мес. после ТДПА, вторичные - изменения почечного кровотока (УЗ доплерография) и почечной функции (протеинурия, уровень креатинина) через 1 неделю, 6 и 12 мес. Проведение данного исследования одобрено Комитетом по Биомедицинской Этике при НИИ Кардиологии СО РАМН. Исследование зарегистрировано в международном регистре ClinicalTrials.gov под номером NCT01499810 В декабре 2011 г. выполнен промежуточный анализ для контроля безопасности исследования.

Результаты:

На момент промежуточного анализа ТДПА была выполнена у 32 пациентов (16 мужчин, 16 женщин средний возраст 51.7 ± 9.8), данные 6-ти месяцев наблюдения получены для 18-ти пациентов, 12-ти месяцев – для 10 пациентов. Ни в одном случае не было выявлено повреждений артерии в месте РЧ воздействия по результатам интраоперационной ангиографии. Анализ неблагоприятных событий выявил 3 неспецифических осложнения, характерных для эндоваскулярных вмешательств (2 случая гематомы в месте пункции, 1 случай аллергической реакции на контраст). Выполнение ТДПА у пациентов с резистентной АГ было ассоциировано с выраженным снижением офисного АД: $-35.9/-18.9$ мм.рт.ст, сист./диаст. ($p < 0.00001/0.00001$) через 6 мес. и $-40.5/-19.9$ ($p = 0.006/0.009$) через 12 мес. после ТДПА. Ср.-суточное АД снизилось на $-12.8/8.1$ ($p = 0.069/0.056$) через 6 мес. и $-22.7/-13.2$ ($p = 0.006/0.026$) через 12 мес.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с резистентной АГ ТДПА является эффективным и безопасным способом стойкого снижения АД. Радиочастотное воздействие в используемом режиме не вызывает повреждения артерии или нарушения функции почек. По частоте и характеру осложнений ТДПА сопоставима с диагностической ангиографией почечных артерий.

6.6. СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Мельникова Ю. А., Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

Обследованы 108 пациентов с АГ от 66 до 96 лет, которые были рандомизированы в 2 группы: 1-я группа («НИЛИ») – 54 пациента, получавших накожное воздействие НИЛИ в ком-

плексе с фармакотерапией; 2-я (группа сравнения) – 54 пациента, получавших традиционную антигипертензивную терапию. НИЛИ проводилась аппаратом «Мустанг» на кардиальные зоны Захарьина-Геда. Всем пациентам методом эхокардиографии определяли основные морфо-функциональные показатели правых отделов сердца. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0.05$.

Результаты:

После лечения в группе «НИЛИ» достоверно снизились САД и ДАД (на 18,7% и 16% соответственно), отмечено уменьшение диаметра правого предсердия (ПП) (на 8,8%), конечного диастолического размера (КДР) правого желудочка (ПЖ) и его индекса (на 7,9% и 6,4% соответственно), конечного систолического размера (КСР) ПЖ и его индекса (на 8,4% и 7,3% соответственно) ($p < 0.05$). ДЛА снизилось у всех исследуемых пациентов ($p < 0.05$). Фракция выброса (ФВ) и ударный объем (УО) ПЖ увеличились в обеих группах с наибольшим приростом в группе «НИЛИ» (на 16,4% и 14% соответственно) ($p < 0.05$). Время изоволюметрического расслабления ПЖ достоверно снизилось в группе «НИЛИ» (на 9,3%).

Заключение:

При лечении пациентов пожилого возраста с АГ применение только фармакотерапии положительно влияет на гемодинамику правых отделов сердца, при этом не улучшает диастолическую функцию ПЖ. Включение в терапию НИЛИ по накожной методике у данной когорты лиц усиливает положительные изменения морфо-функционального состояния правых отделов сердца с достоверным уменьшением диастолической дисфункции ПЖ.

6.7. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИВАБРАДИНА И АТЕНОЛОЛА НА ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Потапенко А. В., Буралев М. Б., Шаваров А. А., Киякбаев Г. К., Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С.

Российский Университет Дружбы Народов, ГКБ №64

Введение (цели/задачи):

Цель. Сравнить влияние ивабрадина и ателолола на показатели жесткости артериальной стенки у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

В исследование был включен 31 пациент (57,1% мужчин), средней возраст 61.9 ± 8.4 года, с синусовым ритмом, со ССН II-III функционального класса (ФК) и АГ, без инфаркта миокарда в анамнезе и сердечной недостаточности/левожелудочковой дисфункции. После вводного периода (2 нед), во время которого назначались аспирин, ингибиторы АПФ, пролонгированная форма нифедипина (30 мг/сут), тиазидные диуретики, пациенты были рандомизированы на две группы: 1-ая получала ивабрадин (И, средняя доза 14.4 мг/сут, $n=15$), а 2-ая – ателолол (А, средняя доза 137.5 мг/сут, $n=16$) в течение 6 нед. До и на фоне лечения И и А проводились оценка частоты приступов стенокардии, уровня артериального давления (АД), ЭКГ, а также аппланационная тонометрия, во время которой изучались скорость распространения пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке (СРПВкф), систолическое, диастолическое и пульсовое АД в аорте (цСАД, цДАД, цПД),

индекс аугментации в аорте (ИА), ИА нормированный к ЧСС 75 уд/мин (ИА75).

Результаты:

На фоне терапии И и А частота приступов стенокардии в нед уменьшилась на 89.0 и 68.5% ($p=0.001$), ЧСС – с 74 (межквартильный интервал 71.0;76.0) до 54 (52.5;56.7, $p=0.002$) и с 74.5 (71.6;80.3) до 54 (53.0; 57.0, $p=0.002$) уд/мин, САД – со 132.0 (125.0;134.0) до 129.5 (126.5; 135.7, $p=0.96$) и со 132.0 (127.0; 141.0) до 122.0 (117.0; 128, $p=0.001$), ДАД – с 80.0 (72.3;86.8) до 79.0 (76.0;81.0, $p=0.55$) и с 80.0 (78.5;89.5) до 76.0 (73.5;79.0, $p=0.007$) мм рт.ст., соответственно. В группе И и А СРПВ уменьшилась с 15.9 (13.8;17.6) до 14.5 (12.1;16.3, $p=0.002$) и с 15.5 (12.1;16.1) до 13.9 (13.4;15.1, $p=0.002$) м/с, цСАД – с 126.0(121.0;130.2) до 119.0 (116.3;123.5, $p=0.010$) и с 127.0 (120.5;130.0) до 119.0 (113.0;125.0, $p=0.002$), цДАД – с 81.0 (74.3;93.0) до 78.0 (72.5;79.0, $p=0.013$) и с 82.0 (70.0;90.0) до 78.0 (74.0;79.5, $p=0.004$) мм рт. ст., ИА75 – с 25.0 (22.4;30.4) до 11.5 (7.0;21.8, $p=0.008$) и с 27.0 (18.7;33.0) до 25.0 (15.0;32.0, $p=0.48$)%, соответственно. Вместе с тем в группе И цПД снизилось с 45.5 (35.0;51.8) до 41.5 (39.0;47.5 $p=0.638$), а в группе А несколько возросло с 39.0 (36.5;50.0) до 44.0 (35.5;49.5, $p=0.045$).

Заключение:

Ивабрадин так же, как атиенолол, при сопоставимом снижении ЧСС, одинаковой антиангинальной и антиишемической эффективности уменьшает СРПВкф, отражающую выраженность ригидности артериальной стенки. Кроме того, в сравнении с атиенололом ивабрадин, не влияя на периферическое АД, снижает АД в аорте, и этот эффект, вероятно, связан со способностью препарата уменьшать центральный ИА.

6.8. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИВЕННОГО И ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОКСОДОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Филатов А. В., Гапонова Н. И., Абдрахманов В. Р., Терещенко С. Н.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы им.А.С.Пучкова, МГМСУ, кафедра СиНМП, ФГБУ «РКНПК» МЗ и СР РФ

Введение (цели/задачи):

Изучить безопасность и эффективность применения пероральной и парентеральной форм проксодолола (альбетора) при лечении пациентов с гипертоническим кризом (ГК) в условиях скорой медицинской помощи

Материал и методы:

В исследование включено 50 пациентов с ГК, которым проводилось лечение бригадами скорой медицинской помощи (мужчин - 25, женщин 25, средний возраст $63,8 \pm 1$ лет). Длительность течения АГ составила $14,9 \pm 1,6$ лет. Неосложненное течение ГК наблюдалось у 12 пациентов (24%). Среди осложнений ГК (76%) было выявлено: острый коронарный синдром (ОКС), нарушения мозгового кровообращения, острые нарушения ритма, алкогольная интоксикация.

Результаты:

Исходные уровни систолического АД (САД) у пациентов с неосложненным ГК составили $215,4 \pm 14,1$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) $115,7 \pm 8,0$ мм рт. ст. Через 30 мин от начала лечения отмечено достоверное снижение САД до

$194,2 \pm 12,4$ мм рт.ст., ДАД до $103,8 \pm 8,6$ мм рт.ст. К 60-й минуте САД снизилось в среднем до $183,8 \pm 15,1$ мм рт.ст. ($-14,7\%$), а ДАД – до $97,5$ мм рт. ст. ($-15,2\%$). У пациентов с осложненным течением ГК, внутривенное введение проксодолола способствовало достоверному снижению АД уже к 15-й мин, а максимальное снижение САД ($-23,2\%$) и ДАД ($-20,0\%$) развивалось к 60-й мин от начала лечения. Частота сердечных сокращений (ЧСС) после приема проксодолола перорально достоверного снижения не показала, при внутривенном введении - ЧСС с исходных значений $90,3$ уд/мин, снизилась до $76,4$ уд/мин ($-15,4\%$).

Заключение:

Проксодолол (альбетор), обладающий комбинированным альфа- и бета-адреноблокирующим действием, является эффективным антигипертензивным средством, при этом терапевтическое действие препарата у пациентов с ГК наблюдается как при пероральном, так и при внутривенном введении.

6.9. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чеснокова Л. В., Сидорова Е. А., Багиров Р. Н., Трошина И. А., Гончарова М. В.

Многопрофильная клиника Тюм ГМА
Минздравсоцразвития РФ, ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние метформина на метаболические параметры, индекс инсулинорезистентности, артериальное давление, активность трансаминаз у больных с метаболическим синдромом при отсутствии нарушений углеводного обмена

Материал и методы:

Обследовали 60 больных с метаболическим синдромом (критерии ВНОК, 2009г), средний возраст $36 [27;44]$, 18 мужчин и 42 женщины, без нарушений углеводного обмена, с наличием НЖБП (стадия стеатоза), артериальной гипертензией (АГ) I стадии, индекс инсулинорезистентности (НОМА) $>2,77$. Основная группа получала метформин (Багомет 1700 мг) в течение 6 месяцев в сочетании с изменением образа жизни.

Результаты:

На фоне комбинированного лечения – диетотерапия, физическая нагрузка в сочетании с Багометом достигли целевого уровня снижения массы тела 58% пациентов, с достоверным снижением индекса НОМА с $5,84 [4,74;8,56]$ до $3,42 [2,22;4,39]$ $P<0,001$, снижением уровня холестерина ($P=0,005$), ХСЛПНП ($P=0,005$), триглицеридов ($P<0,001$), повышением уровня ХСЛПВП ($P=0,004$). САД снизилось на $5,52 \pm 17,26$ мм.рт.ст. ($P=0,005$), ДАД на $4,94 \pm 9,03$ мм.рт.ст. ($P=0,005$). На фоне немедикаментозной терапии достижение целевого уровня снижения массы тела получили у 20%. На фоне применения Багомета отметили статистически значимое снижение уровня трансаминаз и уменьшение размеров правой доли печени. В группе сравнения достоверных изменений данных параметров не было получено.

Заключение:

Применение Багомета по 850 мг 2 раза в день в сочетании с гипокалорийным питанием у пациентов с МС без нарушений углеводного обмена приводит к значимому снижению индекса инсулинорезистентности, улучшению показателей липидного спектра и артериального давления.

6.10. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «БЛОКТРАН» У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ СТЕПЕНИ

ДЕРЕВЯННЫХ Е. В., ПОЛИКАРПОВ Л. С., ЯСКЕВИЧ Р. А.,
БАЛАШОВА Н. А.

ГБОУ ВПО КРАСГМУ ГБОУ ВПО КРАСГМУ

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние препарата «блоктран» на динамику артериальной давления у больных с артериальной гипертонией первой и второй степени.

Материал и методы:

В исследование включено 39 человек мужчин и женщин в возрасте 35 - 70 лет страдающих артериальной гипертонией 1 и 2 степенью заболевания. Всем обследуемым проводилась монотерапия препаратом «блоктран» в суточной дозе 50 – 100 мг. Использовались следующие методики: анкетирование, измерение артериального давления (АД), регистрировалась ЭКГ покоя. Для контроля эффективности проводимой терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) до назначения препарата, через 14±3 дня от начала лечения. Психологический профиль оценивался при помощи сокращенного миннесотского многофакторного опросника личности СМОЛ. Статистическая обработка данных.

Результаты:

С помощью респроса, измерения АД группу с 1 степенью АД составили 28 чел., группу со 2 степенью 11 чел. При проведении повторного СМАД не у всех больных первой группы были достигнуты целевые уровни АД на дозе 50 мг однократно в сутки, особенно у пациентов с высоким уровнем тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). Данным пациентам увеличивали суточную дозу препарата «блоктран» до 100 мг в сутки и/или добавлялся диуретик. Во 2 группе стартовая доза составляла 100 мг в сутки при двукратном приеме через 12 часов. По результатам СМАД у лиц с АГ 2 степени были получены аналогичные результаты. При добавлении индапамида в дозе 2,5 мг утром целевые уровни АД были достигнуты у большинства обследуемых лиц на 21 сутки. На основании производимого исследования нами были получены предикторы прогноза эффективности применения препарата «Блоктран» с учетом, возраста и психо-эмоционального статуса.

Заключение:

1. При применении препарата Блоктран у пациентов с 1 степенью АГ в большинстве случаев достигнуты целевые уровни АД на стартовой дозе 50 мг в сутки. У пациентов с высоким уровнем ТДР требовалось увеличение дозы препарата и/или добавление диуретика. 2. У лиц со 2 степенью АГ использовалась суточная доза 100мг в сутки. При необходимости к терапии добавлялся диуретик, на основании чего были разработаны предикторы прогноза эффективности лечения.

6.11. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ТРОШИНА И. А., СИДОРОВА Е. А., ЖУРАВЛЁВА Т. Д.,
КИЯНЮК Н. С., ГОНЧАРОВА М. В.

ГБОУ ВПО ТЮМ ГМА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние Милдроната на ключевые факторы поражения органов мишеней при метаболическом синдроме: липидный профиль, маркеры системного воспаления, эндотелиальную дисфункцию.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов с МС (ВНОК, 2009г). Кластер МС включал: абдоминальное ожирение 1-2ст, дислипидемию IIb типа, АГ1-2ст, сахарный диабет 2 типа впервые выявленный, жировой гепатоз. Медиана возраста 51 год. Контроль составил 21 здоровый человек. Всем больным была рекомендована модификация образа жизни (гипокалорийная диета до 1700 ккал, дозированная физическая нагрузка), метформин 850 мг, эналаприл 10мг). Пациентам, не достигшим целевого уровня снижения массы тела через 3 месяца, подключали применение препарата Милдронат 500 мг (Grindex, Латвия), таблетки по 0, 25г 2 раза в день в течение 3 месяцев. В ходе коррекции были выделены группы: 1 группа с достижением целевого уровня снижения массы тела, 2 группа с отсутствием целевого снижения массы тела, 3 группа с отсутствием целевого снижения с применением препарата Милдронат. Биохимические исследования венозной крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Well Awareness Technology (США), контрольные сыворотки «Humatrol» фирмы Human. Определяли уровень нитритов (NO₂) методом Карпюк В.Б. с сотр., с помощью реакции Грисса. Количественное определение в плазме крови фактора некроза опухоли-α (TNF-α), показатели эндотелина –1 иммуноферментный метод, реактивы фирмы «БИОХИММАК». С – реактивный белок сыворотки (СРБ-hs) методом «высокочувствительный латекс», турбидиметрически

Результаты:

Максимальный эффект в снижении общего холестерина, триглицеридов (p<0,001) наблюдали у пациентов с достижением целевого снижения массы тела 7%. У больных без снижения массы тела, получавших в составе комплексной терапии Милдронат, снижение атерогенных фракций липидов было более значимым (p<0,001). Отмечали положительное влияние Милдроната в составе комбинированной терапии, что выражалось в достоверном снижении уровня гликированного гемоглобина HbA_{1c}, в снижении маркеров системного воспаления СРБ-hs (p<0,001), TNF-α, пг/мл (p<0,001), уровня метаболитов оксида азота (p<0,001) и снижения уровня эндотелина-1.

Заключение:

Применение цитопротектора Милдронат в составе комплексной терапии МС позволяет добиться достоверного снижения метаболических параметров, маркеров системного воспаления, уровня эндотелина-1.

6.12. ПРИМЕНЕНИЕ ЭСМОЛОЛА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГАПОНОВА Н. И., БАРАТАШВИЛИ В. Л., АБДРАХМАНОВ В. Р.,
ТЕРЕЩЕНКО С. Н.

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, СТАНЦИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, ФГБУ «РКНПК» МЗ и СР РФ

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Гипертонические кризы (ГК) – значимая медико-социальная проблема в нашей стране. К сожалению, число больных с ГК в России продолжает расти, что требует

постоянного совершенствования лечебно-диагностических алгоритмов и внедрения в практику наиболее эффективных и безопасных антигипертензивных препаратов. При лечении ГК особое место занимают бета – адреноблокаторы, и среди них адреноблокатор ультракороткого действия – эсмолол, позволяющий в процессе внутривенного введения регулировать АД, особенно систолический компонент, который рассматривается как более значимый фактор риска сердечно – сосудистых осложнений по сравнению с диастолическим. Цель. Изучение в условиях оказания скорой медицинской помощи клинической эффективности и безопасности внутривенного применения эсмолола для лечения пациентов с осложненными ГК.

Материал и методы:

В исследование включено 94 пациента с ГК (мужчин было 46, средний возраст пациентов – 63,5±15,5 лет). Длительность заболевания АГ от 1 года до 20 лет. У всех пациентов зафиксирован осложненный ГК (ОКС, гипертоническая энцефалопатия, суправентрикулярная тахикардия, мерцательная тахикардия). Дозу эсмолола при внутривенном введении подбирали в зависимости от показателей гемодинамики и характера осложнений ГК. Для купирования ГК, осложненного суправентрикулярной тахикардией – 74,4±30,9 мг, гипертонической энцефалопатией – 79,2±29,3 мг, ОКС – 92,4±19,1 мг, мерцательной тахикардией – 97,9±8,5 мг.

Результаты:

При внутривенном введении эсмолола через 5 мин от начала лечения у пациентов наблюдалось достоверное снижение САД в среднем с 183,0 мм рт.ст. до 154,4 мм рт. ст., а снижение ДАД со 101,4 мм рт. ст. до 83,1 мм рт. ст. Антигипертензивный эффект нарастал до 20-ой минуты, когда уровень САД составил 142,5 мм рт. ст. (-22,1%), а уровень ДАД – 81,9 мм рт. ст. (-19,2%). Отмечалось улучшение клинического состояния пациентов, выражающееся в уменьшении или исчезновении симптоматики криза. Частота сердечных сокращений (ЧСС) до лечения – 95,1±22,4 уд/мин, в результате лечения уменьшилась до 72,9±12,8 уд/мин (-25,1%) на высоте эффекта. У пациентов с ОКС антигипертензивное действие эсмолола, на ЭКГ сопровождалось уменьшением элевации или депрессии сегмента ST.

Заключение:

Селективный бета1-адреноблокатор эсмолол, обладающий быстрым началом позволяет добиваться контролируемого снижения АД и эффективного контроля ЧСС у пациентов с осложненными гипертоническими кризами.

6.13. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРОКСОДОЛОЛА В СРАВНЕНИИ С КАПТОПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Филатов А. В., Гапонова Н. И., Абдрахманов В. Р., Терещенко С. Н.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы им.А.С.Пучкова, МГМСУ, кафедра СиНМП, ФГБУ «РКНПК» МЗ и СР РФ

Введение (цели/задачи):

Сравнить эффективность и переносимость проксодолола и каптоприла после перорального применения у больных артериальной гипертензией (АГ) с неосложненным гипертониче-

ским кризом (ГК) в условиях скорой медицинской помощи.

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных (18 мужчин и 22 женщины в возрасте 63,5±8,8 лет) с неосложненным ГК. У 32 больных в анамнезе отмечалась АГ II-III стадии. 20 пациентов принимали внутрь проксодолол (1-я группа) в дозе 40 мг и 20 - каптоприл (2-я группа) внутрь в дозе 25 мг. Критериями эффективности было снижение АД на 15-25% в течение 60 минут.

Результаты:

Уменьшение выраженности клинических симптомов ГК и переносимость препаратов в обеих исследуемых группах были одинаковы. Через 30 мин после приема препарата в 1-й группе снижались САД на 8,6% (p=0,068), ДАД на 11,9% (p=0,005), во 2-й группе САД на 10,9% (p<0,001), ДАД на 11,3% (p<0,001). Частота сердечных сокращений (ЧСС) после перорального приема проксодолола достоверного снижения не показала. Максимальное снижение АД в 1-й группе было на 60-й минуте: САД на 21,5% (p<0,001), ДАД на 17,9% (p<0,001), во 2-й группе САД снижалось к 45-й минуте на 18,3% (p<0,001), ДАД - к 60-й минуте на 21,1% (p<0,001). Скорость снижения САД и ДАД в 2-й группе была выше, чем в 1-й.

Заключение:

Проксодолол и каптоприл показали сопоставимую выраженность антигипертензивного действия, хорошую переносимость, предсказуемый антигипертензивный эффект.

6.14. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Хайретдинова Т. Б., Кузеева Д. Д.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Выявление клинических и биохимических показателей, отражающих возможности прогрессирования пролапса митрального клапана (ПМК) у подростков необходимо для диагностики и предупреждения осложнений (нарушения ритма, гемодинамики, тромбоэмболии). Цель: определить уровень артериального давления (АД), показатели гемодинамики и содержание гомоцистеина (Г) и эндотелина (Э) в сыворотке крови у подростков с ПМК.

Материал и методы:

В работу включены 48 подростков с первичным ПМК в возрасте 15-17 лет, контрольную группу составляли 18 здоровых подростков. Степень митральной регургитации определяли при цветном доплеровском исследовании. Уровень Г и Э в сыворотке крови определяли методом иммуноферментативного анализа. Оценка уровня АД проводилась у каждого подростка по средним значениям систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) при трёхкратном его измерении на основе процентильного распределения АД для соответствующего возраста и пола и процентиля роста.

Результаты:

18 подростков имели ПМК I степени, 30 – II степени. Регургитация I степени выявлена у 18 подростков, II степени – у 12 подростков. Изменение АД выявлено у 10 детей (у 6-х оно было высоконормальное – 90-95 процентиля), у 4-х – понижено (5-10 процентиля). Показатели содержания Г в плазме

крови ($9,1 \pm 1,7$ мкмоль/л) и Э ($0,42 \pm 0,02$ фмоль/л) имели тенденцию к повышению по сравнению с контрольной группой. Однако, Г и Э достоверно выше у подростков с ПМК с регургитацией, с высоконормальным АД ($p \leq 0,5$). Из 6 подростков с высоконормальным АД пять подростков курили или имели табачную зависимость.

Заключение:

Митральная регургитация способствует повышению АД за счёт уменьшения эффективности сердечного выброса, повышения активности симпатико-адреналовой системы и увеличения периферического сопротивления. Повышенный уровень эндотелиальных факторов в плазме крови (Г и Э), связанный с морфофункциональными изменениями сосудов, как проявления соединительнотканной дисплазии при ПМК, может быть риском возможных осложнений.

6.15. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ НА СОСУДИСТУЮ РИГИДНОСТЬ КОРДАФЛЕКСА РД У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Олейников В. Э., Матросова И. Б., Гусаковская Л. И., Борисова Н. А.

Медицинский институт ПГУ

Введение (цели/задачи):

Оценить антигипертензивный и вазопротективный эффекты нифедипина с контролируемым высвобождением (кордафлекс РД, ЭГИС) у пожилых лиц с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) 1-2 степени по результатам суточного мониторирования АД и сосудистой ригидности.

Материал и методы:

Обследовано 18 пациентов с ИСАГ (3 мужчин и 15 женщин), средний возраст составил $67,7 \pm 3,6$ лет. Диагноз верифицировали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2010). Среднесуточные значения центральной и периферической гемодинамики оценивали технологией Vasotens (VpLab «Петр Телегин», Россия). Помимо регистрации общепринятых суточных показателей АД (САД, СрАД, ПАД) автоматически вычисляли показатели центрального аортального давления: САДао, СрАДао, ПАДао. Исследование проводили до лечения (после 7-10 дневного «отмывочного» периода) и на фоне 24-недельной фармакотерапии. Пациенты получали кордафлекс РД в дозе $34,9 \pm 5,8$ мг/сут. При недостижении целевых значений АД добавляли гидрохлортиазид $12,5-25$ мг/сут. Результаты представлены в виде $M \pm SD$ для нормального распределения данных; Me (Q 25%, Q 75%) при асимметричном распределении.

Результаты:

На фоне терапии кордафлексом РД наблюдали достоверное уменьшение показателей центрального аортального давления: САДао с $140,0 \pm 10,9$ до $123,2 \pm 8,1$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); СрАДао с $115,0$ ($102,0$; $117,0$) до $97,9 \pm 6,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); ПАДао с $61,5 \pm 8,1$ до $51,2 \pm 7,1$ мм рт.ст., ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение показателей давления, измеренного на плечевой артерии: САД с $151,8 \pm 11,4$ до $133,4 \pm 8,5$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); СрАД с $115,0$ ($102,0$; $117,0$) до $97,9 \pm 6,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); ПАД с $73,0 \pm 9,3$ до $60,8 \pm 7,8$ мм рт.ст. ($p < 0,01$).

Заключение:

У больных пожилого возраста с ИСАГ 1-2 степени 24-недельная фармакотерапия кордафлексом РД сопровождалась

высоко достоверным снижением систолического, среднего гемодинамического и пульсового АД в аорте и плечевой артерии.

6.16. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПРАВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЧЕРЕЗ 3 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ

Вялых Н. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера

Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

В динамике обследовано 32 пациента с артериальной гипертензией, у которых достигнут целевой уровень артериального давления. В ходе исследования определялась толщина комплекса интима-медиа (КИМ), оценивались параметры кровотока, показатели артериальной жесткости, наличие атеросклеротических бляшек с использованием дуплексного сканирования правой общей сонной артерии (ПОСА).

Результаты:

Через 3 года выявлено достоверное увеличение диаметра правой общей сонной артерии в систолу и диастолу: систолический (Дсист.) диаметр составил $6,30 \pm 0,09$ мм в 2005 г. и $7,20 \pm 0,16$ мм – пациентов 2008 г. ($p = 0,0000$), диастолический (Ддиаст.) – $5,88 \pm 0,09$ мм и $6,95 \pm 0,16$ мм соответственно ($p = 0,0000$). Отметим, что количественные показатели кровотока (Vps, Ved, TAMX) через три года достоверно уменьшились ($p = 0,00000$). Соотношение КИМ/Ддиаст. также достоверно уменьшилось ($p = 0,0006$), что свидетельствует о развитии ремоделирования правой общей сонной артерии. Показатели податливости и растяжимости стенки ПОСА достоверно снижаются ($p = 0,0000$). Эластический модуль Петерсона (Ep), который является показателем «активной» артериальной жесткости, достоверно увеличился в динамике ($p = 0,0000$). Модуль упругости Юнга (Es), который дает информацию о внутренних эластических свойствах сосудистой стенки также достоверно увеличился у пациентов ($p = 0,0000$), его увеличение означает повышение пассивной артериальной жесткости. Выявлено наличие атеросклеротических бляшек у 15,6% лиц через 3 года, процент стеноза составил 7,8%.

Заключение:

Таким образом у больных АГ с достигнутым целевым уровнем артериального давления (менее 140/90 мм рт. ст.) через 3 года происходит ремоделирование сосудов эластического типа, проявляющееся их расширением, снижением эластичности и повышением жесткости в результате измененной эластической и коллагеновой структуры средней оболочки.

6.17. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вялых Н. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера

Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Актуальность: морфофункциональные изменения сосудов

характеризуются структурной перестройкой стенки сосуда и нарушением ее эластических свойств. Установлено, что повышение жесткости крупных артерий оказывает выраженное неблагоприятное влияние на коронарный кровоток.

Материал и методы:

Обследовано 62 пациента с артериальной гипертензией. Первая группа (32 пациента) - с достигнутым целевым уровнем артериального давления (менее 140/90 мм рт. ст.). Вторая группа (30 человек) - больные с АГ, у которых целевой уровень артериального давления не достигнут. Оценивалась параметры кровотока, показатели артериальной жесткости - податливость (С), растяжимость (D), модуль эластичности (Ер) и эластический модуль упругости (Es), наличие атеросклеротических бляшек с использованием дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов.

Результаты:

Показатели податливости и растяжимости стенки как правой, так и левой общей сонной артерий достоверно ниже в группе, где целевой уровень АД не поддерживается. В ЛОСА модуль упругости Юнга (Es) и эластический модуль Петерсона (Ер) выше у пациентов 2-ой группы. Не отмечено значимых межгрупповых различий по показателям кровотока. У больных в обеих группах выявлены атеросклеротические бляшки в брахиоцефальных артериях: в 1-ой группе у 15,6% лиц, во 2-ой группе - 46,7%. Особенностью 2-ой группы было выявление атеросклеротических бляшек одновременно в нескольких сосудах.

Заключение:

Показатели податливости и растяжимости стенок брахиоцефальных сосудов достоверно снижаются при АД выше целевого уровня. Эластический модуль Петерсона (Ер), который является показателем «активной» артериальной жесткости и модуль упругости Юнга (Es), который дает информацию о внутренних эластических свойствах сосудистой стенки, не зависящих от геометрии сосуда, достоверно выше у пациентов с высокими цифрами АД, в отличие от пациентов с достигнутыми целевыми цифрами АД. Поэтому важно при проведении ультразвукового исследования сосудов наряду с измерением основных структурных и функциональных показателей сосудов, обязательно рассчитывать основные показатели жесткости.

6.18. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

Семке Г. В., Мордовин В. Ф., Пекарский С. Е.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить влияние некритических гипертензивных кризов (ГК) на развитие структурных изменений мозга у больных с АГ по данным МРТ и их динамику за 5 лет наблюдения.

Материал и методы:

Обследовано 120 пациентов (72 мужчин и 48 женщин) с АГ в возрасте от 30 до 60 лет. Магнитно-резонансная томография выполнялась на магнитно-резонансном томографе «Magnetom-OPEN» («Siemens AG», Германия), имеющем резистивный магнит с силой магнитного поля 0,2 Тесла. Определялись размеры ликворопроводящих путей, нали-

чие перивентрикулярного лейкоараиоза (ПЛА), фокальных повреждений белого вещества мозга (ФПБВ) и лакунарных инфарктов (ЛИ). Минимальные проявления гипертензивной энцефалопатии (ГЭ) оценивались в 1-2 балла, умеренные — в 3-4 балла, выраженные изменения — в 5-7 баллов. Проводилось суточное мониторирование АД. Пациенты были разделены на 2 группы — с наличием ГК (n=45, 37,5%) и с их отсутствием (n=75, 62,5%). Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программ «Statistica 6.0 для Windows 95».

Результаты:

У больных с ГК чаще выявлялось НЛД (p=0,006), наличие ФПБВ (73,7% и 48,7%, p=0,01), ЛИ (28,9% и 12,2%, p=0,02), ПЛА (p=0,009) и 5-7 степень ГЭ (50% и 23,7%, p=0,006). В 5-летнее проспективное наблюдение было включено 68 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет (40 мужчин и 28 женщин), из них 41,2% с наличием ГК и 58,8% без ГК в анамнезе. За 5 лет прогрессирование структурных изменений мозга у больных с ГК оказалось более выраженным. Число пациентов с ПЛА достигло 92,8%, в том числе с ПЛА 2-3 степени (p=0,036). Число больных с ЛИ возросло на 10,7% (p=0,032). Количество лиц с 5-7-ой степенью ГЭ достоверно увеличилось (p=0,005), в то время как среди пациентов без ГК существенной динамики выраженности ГЭ не произошло. У больных с ГК была значительно более высокой вариабельность суточного АД (соответственно 17,21±4,90 и 14,73±3,82; p=0,006).

Заключение:

Наличие у пациентов с АГ гипертензивных кризов (даже клинически малосимптомных) сопровождается развитием более выраженных структурных изменений головного мозга (в т.ч. более высоких степеней лейкоараиоза и лакунарных инфарктов, являющихся предвестниками мозговых инсультов). Повышенная вариабельность АД может рассматриваться как предиктор возникновения гипертензивных кризов у больных с артериальной гипертензией.

6.19. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ВЕДЕНИИ ПРОЗЕРИНА И ПРЕДНИЗОЛОНА В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Рубанова М. П., Вебер В. Р., Карев В. Е.,

Жмайлова С. В., Бондаренко В. С.

Новгородский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить отдаленные последствия структурных изменений в миокарде левого и правого желудочков крыс линии Вистар через месяц после однократного одновременного введения прозерина и преднизолон.

Материал и методы:

10 крысам линии Вистар однократно интраперитонеально вводились антихолинэстеразный препарат прозерин в дозе 20мг/кг и преднизолон в дозе 3 мг/кг. Через 1 месяц, в течение которого крысы содержались в обычных условиях без медикаментозных и стрессовых воздействий, под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом

желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности кардиомиоцитов (КМЦ), коллагена и объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты:

Результаты исследования показали, что через месяц после однократного одновременного введения прозерина и преднизолона в миокарде ЛЖ показатели плотности КМЦ, коллагена и объема ВКП вернулись к значениям контрольной серии. В ПЖ по сравнению с контролем отмечалось значительное уменьшение плотности КМЦ (с $78,56 \pm 1,06$ об.% в контроле и $74,36 \pm 1,63$ об.% через месяц после введения препаратов; $p < 0,05$) и выраженное (более, чем в 2 раза) увеличение объема ВКП (с $6,58 \pm 0,64$ об.% в контроле до $14,11 \pm 1,06$ об.% через 1 мес.; $p < 0,05$). Плотность коллагена в ПЖ через месяц после однократного одновременного введения прозерина и преднизолона практически не изменилась ($7,48 \pm 0,51$ об.% в контроле и $7,95 \pm 0,90$ об.% через 1 мес.; $p > 0,05$).

Заключение:

Таким образом, преднизолон при одновременном введении с прозеринном практически не предотвращает развитие отдаленного ремоделирования миокарда ПЖ.

6.20. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ФОРМЫ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА В ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Морозов С. Н., Морозова Е. А., Донская А. А.

Московский Государственный медико-стоматологический университет, МУ ЯГКБ, СВФУ им. М. К. Аммосова

Введение (цели/задачи):

Анализ деятельности станции скорой медицинской помощи г. Якутска за 2009-2011г. показал, что количество вызовов скорой помощи к больным с артериальной гипертензией составляет порядка 45 тысяч обращений в год, удельный вес лиц с гипертоническим кризом (ГК) составляет от 23 до 27%. β -блокаторы использовались в терапии ГК осложненного стенокардией в 4-5%, что демонстрирует низкое использование этой группы препаратов. Цель: Оценить эффективность применения метопролола сукцината у больных с ГК осложненным стенокардией на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

Исследованы 108 карт вызова скорой медицинской помощи к больным с диагнозом ГК. Для лечения ГК использовался метопролола сукцинат, способ введения: внутривенный, струйный в дозе от 5 до 15 мг. Контрольные измерения АД проводили через 5, 15, 30, 45 минут.

Результаты:

Терапевтический эффект выражающийся в снижении АД, урежении ЧСС, уменьшении интенсивности кардиалгий наблюдался через 5 минут у 21 больного (19,4%); через 15 минут у 37 больных (34,3%); через 30 минут у 27 больных (25%); через 45 минут у 16 больных (14,8%). У 7 больных (6,4%) эффекта не наступило. Степень снижения АД составила на 20% у 49 больных (45,4%); 10-15% у 52 больных (48,1%); 0% у 7 больных. Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался в комбинации с диуретиками. При отсутствии эффекта терапию дополняли иАПФ, миотропными спазмолитиками. Побочных эффектов в виде неуправляемой гипотензии не на-

блюдалось, брадикардия развилась у 5 пациентов (4,6%).

Заключение:

Таким образом, применение внутривенного введения метопролола сукцината является эффективной и безопасной стратегией снижения АД у пациентов с ГК на догоспитальном этапе, целесообразно расширить применения препарата для лечения данного состояния в условиях скорой медицинской помощи.

6.21. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мирсайдуллаев Мирмахмуд Миршахидович,
Мирсайдуллаев Мирзоулугбек Мир.

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП, г. НАМАНГАН, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучение процессов ремоделирования миокарда на фоне артериальной гипертензии (АГ), возможности его регресса на фоне применения тенокса и конкора.

Материал и методы:

Обследованы 60 человек с АГ II-III степени, средний возраст – $53,6 \pm 7,9$ года, которые были разделены на 3 группы: в 1-й группе назначали Тенокс в дозе 5 мг/сут; во 2-й – конкор 5 мг/сут. Если в течение 2-3 недель отмечалось недостаточное снижение артериального давления, дозы препаратов увеличивали в 1-й группе до 10 мг, во 2-й до –10 мг, или их переводили в 3-ю группу. В 3-й группе назначали комбинированную терапию теноксом (5 мг/сут) и конкором (5 мг/сут). Курс лечения – 6 месяцев. Группы включали соответственно 20–19–21 человека. Проводили эхокардиографическое исследование в М-, В-импульсно-волновом и доплеровском режимах, на ультразвуковом аппарате Philips En-Visor по общепринятой методике.

Результаты:

Отмечалось увеличение толщины задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и межжелудочковой перегородки в систолу (С) и диастолу (Д) (ТзслжС и Д, ТмжпС и Д), индекса относительной толщины стенок ЛЖ в С и Д (ИОТС и Д), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) ($p < 0,01$). Концентрическое ремоделирование выявлено у 40, 42 и 19 % в 1-й, 2-й и 3-й группах. Анализ показателей трансмитрального кровотока показал, что во всех группах преобладали пациенты с нарушением релаксации миокарда. На фоне 6-месячной терапии отмечено достоверное снижение ИММЛЖ от 9,8 до 13,2 %, ИОТД от 8,7 до 11,4% ЛЖ во всех группах наблюдения, что обусловлено уменьшением толщины стенок ЛЖ и его конечно-диастолического размера. Максимальный эффект был у пациентов 3-й группы (у 23,8%), минимальный во 2-й группе (у 21%), в 1-й группе отмечался промежуточный эффект (у 20%). Изменение сердца на более благоприятный тип геометрии на фоне лечения чаще всего выявлялось у больных в 3-й группе (20%), меньшая динамика отмечалась в 1-й и 2-й группах (10,0 и 10,5% соответственно).

Заключение:

Регресс развития ремоделированного сердца определяется не только выраженностью имеющихся структурно-геометрических изменений ЛЖ, но и применением комбинированной терапии, воздействующей на различные механизмы контроля уровня АД, что свидетельствует о высоких кардиопротективных свойствах комбинации тенокса и конкора.

6.22. МЕТОД ХРОНОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗА ПОЛЯРЬЕ

Ветошкин А. С., Шуркевич Н. П., Гапон Л. И.,
Губин Д. Г., Белозёрова Н. В., Пошинов Ф. А.

МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ»,
Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН

Тюменская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Изучены особенности хроноструктуры ритмов АД и возможность метода хронотерапии АГ у лиц, работающих вахтовым методом в Заполярье.

Материал и методы:

Представлены результаты годового наблюдения 294 пациентов с АГ 2 стадии, 1-2 степени, пролеченных в условиях хронотерапии и традиционного назначения гипотензивных препаратов: амлодипин\ норваск фирмы Pfizer GmbH (Германия) в дозе 5 -10 мг\сутки; лизиноприл диротон, фирмы Gedeon Richter, Plc. (Венгрия) в суточной дозе 5 мг\сутки; бисопролол конкор, фирмы MERCK, KGaA (Германия) в суточной дозе 5 - 10 мг\сутки). Исследование выполнено непосредственно в условиях Крайнего Севера. Проведено СМАД и хронобиологический анализ данных. Определялись период ритма, МЕЗОР, амплитуда, акрофаза, процентный вклад. Алгоритм исследования включал в себя косинор-анализ. Анализ результатов проведен с использованием программного пакета STATISTICA, версии 6,0 (США). Применен метод превентивной хронотерапии, основанный на учете фармакодинамики лекарственного препарата и времени наступления акрофазы суточных изменений АД. Выбор препарата определяли с учетом индивидуального хронобиологического статуса - хронотипа. Индивидуальный подбор препарата проводили до нормализации АД и исчезновения фазовых нарушений суточного ритма.

Заключение:

Хроноориентированное применение гипотензивных препаратов различного действия способствует восстановлению нормальной автономности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у больных АГ. Применение хронотерапевтического метода в лечении больных АГ достоверно повышает эффективность терапии. Это проявляется в достоверном снижении АД, более раннем начале стойкого снижения САД и ДАД и восстановления нормальных суточных колебаний САД, а также в достоверном увеличении доли пациентов с положительной динамикой АД в группе, имевшей хроно-коррекцию лечения. Также в группе «хронотерапия», наблюдается отчетливая тенденция к нормализации качественной структуры формирования суточных колебаний основных параметров артериального давления.

6.23. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОЛИПРЕЛА А ФОРТЕ И ВАЛСАФОРСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бабкин А. П., Малых Т. В.

ВГМА им Н.Н.Бурденко, Воронеж

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия является основным фактором прогрессирования ХПН любой этиологии, поэтому прове-

дение эффективной антигипертензивной терапии является важнейшей задачей практического здравоохранения. Цель исследования: изучить сравнительную эффективность различных видов комбинированной антигипертензивной терапии – фиксированной (нолипрелом А форте) и свободной (вальсартан и индапамид) и динамику функционального состояния почек у больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы:

Обследовано 40 пациентов, страдающих хроническим гломерулонефритом в сочетании с артериальной гипертензией. Диагноз хронического гломерулонефрита верифицирован биопсией почек. Средний возраст пациентов составил $49,0 \pm 0,89$ лет, длительность хронического гломерулонефрита $7,0 \pm 0,69$ лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы получали фиксированную комбинацию периндоприла и индапамида (Нолипрел А Форте), пациенты второй группы – вальсартана (вальсаторс) 80 мг и индапамида 2,5 мг. Препараты назначались в течение 2-х месяцев. При недостаточном антигипертензивном эффекте через 1 месяц доза нолипрела и вальсаторса удваивалась. Всем больным выполняли суточное мониторирование АД на аппарате АВРМ – 04 по общепринятой методике (Ж.Д. Кобалава, Ю.В.Котовская 1999). Проводились биохимические исследования крови (мочевая кислота, липидный обмен, глюкоза, фибриноген и креатинин сыворотки крови). Функциональное состояние почек оценивалось по показателям скорости клубочковой фильтрации (проба Реберга-Тареева, формулы Кокрофта-Гаулта и MDRD).

Результаты:

Обе комбинации препаратов обладают достаточным антигипертензивным эффектом, при этом в группе больных получающих нолипрел А форте САД ср. уменьшилось с $162,45 \pm 1,6$ до $142,05 \pm 1,3$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. уменьшилось с $98,2 \pm 1,1$ до $85,8 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); в группе вальсаторса – с $161,05 \pm 1,5$ до $145,9 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и с $101,35 \pm 1,2$ до $87,5 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что большинство больных имели исходно неблагоприятные циркадные профили АД (преобладали non-dipper – 90%). В ходе лечения отмечена благоприятные изменения, выразившаяся в увеличении числа больных с благоприятным циркадным профилем АД (dipper). Их количество увеличилось с 5% до 70% в группе лечением нолипрелом А форте, с 5% до 40% в группе лечением вальсаторсом соответственно. У больных, получающих нолипрел А форте выявлено достоверное улучшение фильтрационной способности почек: по пробе Реберга-Тареева – на $20 \pm 0,56$ мл/мин, по формуле Кокрофта-Гаулта на $7,0 \pm 0,36$ мл/мин, по формуле MDRD на $6,0 \pm 0,16$ мл/мин/1,73 м².

Заключение:

Таким образом, нолипрел А форте и комбинация вальсаторс и индапамид оказались эффективными антигипертензивными препаратами с сопоставимым антигипертензивным эффектом, однако у пациентов в подгруппе нолипрела А форте чаще отмечалась нормализация циркадных профилей АД. Нолипрел А форте оказал достоверное увеличение скорости клубочковой фильтрации, оцениваемую с помощью пробы Реберга-Тареева, формул Кокрофта-Гаулта и MDRD.

6.24. ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Наконечников С. Н., Гончарова Е. А.,
Герасимова О. Н., Масенко В. П.

НИИ клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова,
ФГБУ «РКНПК» Минздравсоцразвития РФ, ФГБУ
«Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Введение (цели/задачи):

Не является редкостью развитие хронической тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) после острого эпизода, частота которой составляет 0,5–2%. Известно, в развитии ТЭЛА важную роль играет локальное и системное воспаление. При ЛГ обнаружены воспалительные инфильтраты, состоящие из макрофагов и лимфоцитов. Многие исследователи задаются вопросом, какую роль играют воспалительные механизмы в развитии ЛГ, и, соответственно, не можем ли мы использовать лабораторные маркеры воспаления в качестве диагностических критериев различных форм ЛГ? Целью данного исследования было определение профиля провоспалительных цитокинов у пациентов с ТЭЛА и легочной гипертензией.

Материалы и методы:

В пилотное сравнительное исследование были включены пациенты с хронической тромбоэмболией легочной артерии – 12 больных (7 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 32 до 64 лет ($48,1 \pm 3,5$) с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет ($4,4 \pm 0,8$). Диагностика легочной гипертензии, а также стандартная медикаментозная терапия, которую получали пациенты, проводилась в соответствии с рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению ЛГ 2007 года. Исследование уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) в сыворотке крови проводили методом нефелометрии. Определение уровня интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), sCD40L в периферической крови проводилось методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

Результаты определения высокочувствительного С-реактивного белка - уровень вЧСРБ был в пределах нормальных значений и составлял $2,4 \pm 0,9$ соответственно при норме меньше 3 мг/мл. Содержание цитокинов в периферической крови при ТЭЛА - ИЛ-1 β (пкг/мл) - ($0,5 \ 0,4 \ 0,8$); ИЛ-6 (пкг/мл) - ($1,2 \ 1,0 \ 1,9$); ИЛ-8 (пкг/мл) - $8,9 \pm 3,3$; ФНО- α (пкг/мл) - $1,3 \pm 0,5$. Необходимо отметить, что уровень ИЛ-8 имеет тенденцию к снижению у пациентов с ТЭЛА. При исследовании фракталкина наблюдается разброс значений – от 0,02 до 30,7 нг/мл.

Заключение:

В результате проведенных нами исследований можно заключить, что в патогенезе ЛГ важная роль отводится воспалительным механизмам. Полученные в работе пониженные уровни ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 можно рассматривать как ослабление адекватной реакции организма при ТЭЛА по сравнению со здоровыми лицами.

6.25. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД И РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Гриднева Е. В., Искендеров Б. Г., Белугина Т. Н.,
Сисина О. Н.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Цель: сравнительная оценка влияния монотерапии индапамидом МВ и его комбинаций с амлодипином, дилтиаземом SR и верапамилем SR метаболические показатели у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 112 больных (59 мужчин и 53 женщин) в возрасте от 35 до 65 лет, страдающих АГ I-II степени. После монотерапии индапамидом МВ (1,5 мг/сут) в течение 4 недель больные были рандомизированы на 3 сопоставимые группы. В 1-ю группу вошли 45 больных, которым назначалась комбинация индапамида МВ и амлодипина в дозе 5-10 мг/сут, во 2-й группе (29 больных) – индапамид МВ и дилтиазем SR (90-180 мг/сут) и в 3-й группе – индапамид МВ и верапамил SR (120-240 мг/сут). У всех больных определяли содержание тощачковой глюкозы, мочевой кислоты, креатинина, показатели липидного спектра и электролиты (Na⁺, K⁺, Ca²⁺) в плазме крови до начала лечения, после монотерапии индапамидом МВ и через 8 недель после комбинированной терапии. Также проводили суточное мониторирование АД.

Результаты:

Показано, что на фоне монотерапии индапамидом МВ в сравниваемых группах имело место увеличение содержания тощачковой глюкозы плазмы от 2,4 до 5,1% ($p > 0,05$). Кроме того, отмечалась тенденция к увеличению содержания мочевой кислоты в плазме, недостоверные изменения показателей липидного обмена. Достоверно уменьшилось содержание натрия в плазме (от 11,2% до 11,8%; $p < 0,05$), увеличение кальция и уменьшение калия было недостоверным. На фоне комбинированной терапии во всех группах изменения показателей глюкозы, мочевой кислоты, креатинина и липидного обмена по сравнению с монотерапией различались недостоверно. В 1-й и 2-й группах содержание натрия в плазме по сравнению с исходными величинами уменьшилось в среднем на 17,3 ($p < 0,01$) и 13,9% ($p < 0,05$) соответственно и по сравнению с монотерапией – на 6,2 и 3,0% ($p > 0,05$). Содержание плазменного кальция в 1-й и 2-й группах достоверно увеличилось по сравнению с исходными величинами в среднем на 11,2 и 10,1% ($p < 0,05$). В 3-й группе при комбинированной терапии изменения изучаемых электролитов по сравнению с монотерапией практически не отличались. Сравнительная оценка показала, что уменьшение содержания натрия в плазме наиболее выражено при комбинированной терапии и у больных 1-й группы, чем в 3-й группе: в среднем на 17,3% ($p < 0,01$) и 11,8% ($p < 0,05$) соответственно. Кроме того, достоверное увеличение содержания кальция в плазме также выявлено в 1-й и 2-й группах. Синергическое натрийуретическое и кальцийсберегающее действие препаратов потенцирует антигипертензивный эффект терапии. У больных с сахарным диабетом 2 типа и/или гиперхолестеринемией не выявлено ослабления терапевтического эффекта специфической терапии.

Заключение:

Показано, что комбинированная терапия индапамидом МВ и антагонистами кальция не вызывает патологических изменений показателей углеводного, липидного и пуринового обмена при отсутствии их нарушений.

6.26. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЛЕРКАНИДИПИНА С ПЕРИНДОПРИЛОМ И ЭПРОСАРТАНОМ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Срождинова Н. З., Закирова Ф. А., Хафизова Л. Ш., Шакирова Н. Ш., Каримова Б. Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние комбинированной терапии лерканидипином с периндоприлом и эпросартаном на диастолическую функцию ЛЖ в процессе трехмесячной терапии у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы:

В исследование включены 78 больных ЭГ I-III степени (ВОЗ/МОГ, 2003), средний возраст $46,52 \pm 10,26$ лет, средняя длительность заболевания – $5,96 \pm 4,07$ лет. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартному протоколу. Диастолическая функция сердца оценивалась по времени изоволюмического расслабления (ВИР), пиковым скоростям раннего (РЕ) и предсердного (РА) наполнения и их соотношения (РЕ/РА). Все больные были разделены на II группы: I группа (n=39) комбинированная терапия лерканидипином (Леркамен, «Berlin-Chemi», Menarini Group) с периндоприлом (Престариум, «Servier»), II группа (n=39) комбинированная терапия лерканидипином с эпросартаном (Теветен, «Solvay Pharma»). Терапия продолжалась в течение трех месяцев.

Результаты:

В целом по всем параметрам исследуемые группы были сопоставимы. По степени снижения АД группы между собой не различались. Переносимость режимов терапии оценивалась как хорошая. На фоне терапии степень снижения ИММЛЖ в I группе составила $13,52 \pm 4,98\%$, во II группе $-12,31 \pm 5,55\%$ ($p=0,000$). ДДЛЖ выявлена у 17 (43,6%) в I группе, у 24 (61,5%) больных во II группе. На фоне терапии в I группе Е/А возрос с $1,06 \pm 0,27$ до $1,14 \pm 0,26$ ($p=0,044$), во II группе с $0,96 \pm 0,24$ до $1,09 \pm 0,24$ ($p=0,003$), сопровождающееся уменьшением количества больных с «гипертрофическим» типом наполнения до 11 (28,2%) ($p=0,002$) в I группе и до 15 (38,5%) во II группе. При этом отмечалась тенденция к снижению ВИР в обеих группах.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют высокую антигипертензивную и кардиопротективную эффективность комбинированной терапии лерканидипином с периндоприлом и эпросартаном. Хорошая переносимость терапии при эффективном контроле АД и позитивном влиянии на ДФЛЖ расширяет возможность применения режимов терапии у больных АГ с ДДЛЖ.

6.27. ВЛИЯНИЕ НОРАДРЕНАЛИНА НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА У МЫШЕЙ В ДОСИМПТОМНОЙ И РАННЕЙ СИМПТОМНОЙ СТАДИЯХ ПАРКИНСОНИЗМА

Нигматуллина Р. Р., Хакимова Г. Р., Федосеева Т. С., Нигматуллин А. А., Тараканова Р. С., Земскова С. Н.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Люди с болезнью Паркинсона (БП) страдают синдромом десимпатизации сердца, развивающимся в результате дегенерации норадренергических нейронов (Goldstein et al., 2000). Возникновение десимпатизации сердца в преclinical стадии БП может служить важным тестом в преclinical диагностике.

Материал и методы:

Сократимость миокарда левого желудочка (ЛЖ) исследовали у мышей в модели досимптомной (ДСП) и ранней симптомной стадий паркинсонизма (РССП), т.е. после введения нейротоксина МПТП в дозе 12 мг/кг веса (Угрюмов М.В. и др., 2009). Концентрации моноаминов в крови и миокарде определяли методом ВЭЖХ. Исследование проведено на мышцах-самцах линии С57BL/6 весом 22-26 г.

Результаты:

У мышей в ДСП выявлена тенденция к снижению силы сокращения ЛЖ и увеличение в 3 раза реакции на норадреналин (НА) в концентрации 0,1 мМ; длительность сокращения и расслабления ЛЖ снижены. Реакция ЛЖ на серотонин в два раза выше, чем в контроле. В плазме крови концентрация дофамина снижена на 28%, не изменяются концентрации адреналина и НА. В миокарде ЛЖ мыши наблюдается снижение концентрации НА и серотонина. Концентрации адреналина и дофамина в миокарде ЛЖ не изменяются. У мышей в РССП масса ЛЖ снижена на 19%. Сила сокращения миокарда ЛЖ при введении НА уменьшается в зависимости от концентрации препарата. В контроле НА вызывает увеличение силы сокращения миокарда. Отрицательное инотропное влияние НА может быть объяснено изменением субъединицы G-белка адренорецептора (АР) с Gs на Gi, что показано при сердечной недостаточности для бета-АР. В плазме крови концентрация НА увеличивается на 46%, адреналина на 44% и дофамина в 3 раза. В РССП наблюдается увеличение концентрации НА и серотонина в ЛЖ мыши, концентрации адреналина и дофамина не изменяются.

Заключение:

В ДСП сила сокращений ЛЖ существенно не изменяется, увеличивается реакция миокарда на норадреналин и серотонин, что отражает начало формирования десимпатизации миокарда. При переходе от досимптомной к ранней симптомной стадии паркинсонизма выявлено существенное нарушение в адренергической регуляции сократимости миокарда, которое по направленности совпадает с изменениями, характерными для хронической сердечной недостаточности.

6.28. ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА

Черняк В. А., Дыбкалюк С. В., Зоргач В. Ю.

НМУ имени А.А. Богомольца, НМАПО имени П.Л.Шупика, Клиническая больница № 8, КИЕВ

Введение (цели/задачи):

Происхождение патологической извитости (ПИ) позвоночной артерии (ПА) остаётся часто обсуждаемым вопросом, не имеющим однозначного ответа. Крейль В.А., 1997, Ананьева Н.И., 2001 и др. считают, что извитость (удлинение) артерии является следствием приспособления к новым, патологическим условиям кровообращения. Цель: на основании сравнительного анализа больных молодого возраста с клиникой вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) проследить наличие признаков гипертрофии миокарда, а также особенностей нарушения сердечного ритма в группах с ПИ ПА и без неё.

Материал и методы:

Из общего числа больных (более 500 человек) разных возрастных групп, которым была выполнена магнитно-резонансная ангиография, были сформированы две группы мужчин молодого возраста (21-45 лет), по 50 человек в каждой. В первую группу включены больные с наличием ПИ ПА, во вторую группу – без ПИ. Клиническое состояние больных в группах, оцениваемое по шкале ВБН (Hoffenberth, 1990), было приблизительно одинаковым, в пределах 7-11 баллов по шкале. Состояние миокарда при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) и электрокардиографии (ЭКГ) оценивалось в холтеровском режиме.

Результаты:

В первой группе больных УЗИ-признаки гипертрофии желудочков сердца были отмечены в разной степени у всех 50 пациентов. Во второй группе больных УЗИ-признаки гипертрофии миокарда были выявлены у 12 пациентов (24%) с ВБН. Нарушения сердечного ритма и проводимости в виде пароксизмов предсердной тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолии незначительно преобладали во второй группе больных (46%) по сравнению с первой группой (32%) больных молодого возраста.

Заключение:

Данное исследование показывает, что извитость позвоночной артерии как и развитие гипертрофии миокарда у лиц молодого возраста могут быть результатом приспособления сердечно-сосудистой системы к новым, патологическим условиям кровообращения.

6.29. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Городецкая Е. В., Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Спиropулос Н. А.

МУЗ КГКБ СМП, кардиологическое отделение №2, ГБОУ ВПО КубГМУ

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние двух вариантов комбинированной антигипертензивной терапии у больных с сочетанием артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Материал и методы:

Обследовано 102 пациента обоего пола (средний возраст 55,2±5,9 лет) с АГ 2 степени, сочетанной со стабильной ИБС, рандомизированных в 2 группы: 1 группа (n=52)-получали иАПФ зофеноприл 30 мг/сут, метопролол сукцинат 50 мг/сут

и гидрохлортиазид 12,5 мг/сут; 2 группа (n=50)-получали вальсартан 80 мг, метопролол сукцинат 50 мг/сут и гидрохлортиазид 12,5 мг/сут. Исходно и через 3 месяца терапии проводилось СМАД по стандартному протоколу.

Результаты:

Через 3 месяца у 84,7% пациентов группы 1 и у 93,5% группы 2 было достигнуто целевое АД. В группе 1 достоверно снизились среднесуточные уровни систолического АД (СрСАДс) на 21,8% и 23,6% соответственно. Индекс времени (ИВ) САД и ДАД исходно превышал нормальные значения, но через 3 месяца показатели ИВ СрСАДс и ИВ СрДАДс снизились (-53,3% и -44,5%, p<0,05 соответственно). ИВ СрДАДс в данной группе нормализовался. Наблюдалась достоверная нормализация показателей вариабельности (Var) АД, однако в ночные часы ВарДАД оставалась повышенной. В группе 2 также отмечено снижение СрСАДс и СрДАДс - на 19,8% и ДАД - на 24,2% (p<0,05) соответственно. В данной группе исходно ИВ САД и ДАД превышал нормальные значения, но через 3 месяца терапии показатели ИВ СрСАДс и ИВ СрДАДс уменьшились в большей степени (-59,2% и -50,1%, p<0,05), по сравнению с группой 1. Значения ИВ СрДАДс нормализовались, а показатель ИВ СрСАДс снизился до нормальных значений только в данной группе. Структура суточного профиля АД имела положительные сдвиги в обеих группах в виде увеличения количества больных с профилем «dipper» и сокращения «non-dipper» и «night-reaker», но более выраженные в группе 2.

Заключение:

По результатам СМАД комбинированная антигипертензивная терапия, основанная на вальсартане, оказалась более эффективной, чем терапия с использованием зофеноприла у пациентов с сочетанной патологией.

6.30. АДИПОНЕКТИНЕМИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Киселева Е. В., Крюков Н. Н., Германова И. К., Романчук П. И.

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Введение (цели/задачи):

Оценить изменения уровня антиатерогенного и противовоспалительного фактора – адипонектина - у больных артериальной гипертензией (АГ) с поражением органов мишеней.

Материал и методы:

В исследование включены 68 пациентов мужского пола с гипертонической болезнью (ГБ) I, II ст., в возрасте от 35 до 56 лет. Выделены следующие группы: первую группу составили 25 больных с ГБ I ст.; вторую группу- 20 пациентов с ГБ II ст. с атеросклеротическим поражением сосудов брахиоцефального ствола; третью группу- 23 больных ГБ II ст. с атеросклеротическим поражением сосудов брахиоцефального ствола и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ); в качестве группы контроля использовались показатели клинически здоровых мужчин (n=20), средний возраст которых составил 36,5±2,7 лет. Структурно-функциональное состояние сердца оценивалось с помощью торакальной эхокардиографии (ЭХОКГ). Всем пациентам проводилась ультразвуковая доплерография сосудов брахиоцефального русла с исследованием толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТКИМ, мм). Лабораторные исследования включали опре-

деление показателей липидного спектра сыворотки крови и глюкозы колориметрическим методом. Измерение уровня адипонектина производилось с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты:

У больных ГБ I ст. имело место достоверное снижение концентрации адипонектина на 36%, у больных ГБ II ст. с атеросклеротическим поражением сонных артерий уровень адипонектина снижался на 53%, а при наличии ГЛЖ на 73 % по сравнению с контрольной группой. Между индексированной массой миокарда левого желудочка и уровнем адипонектина выявлена значимая отрицательная связь ($r = -0,64$). Содержание адипонектина у больных ГБ II ст. с атеросклеротическим поражением сосудов имело обратную корреляцию с триглицеридами ($r = -0,672$) и положительную корреляцию с холестерином липопротеинов высокой плотности.

Заключение:

Данные, полученные в ходе исследования, расширяют представление о взаимосвязи гипoadипонектинемии с атеросклеротическим поражением сосудов и гипертрофией левого желудочка у больных АГ.

6.31. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Срождинова Н. З., Тухтаев А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Оценить антигипертензивную и кардиопротективную эффективность моксонидина у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

В исследование были включены 26 мужчин больных с АГ I (ЕОГ/ЕОК, 2007) и МС. МС устанавливали согласно критериям IDF (2005г.). Средний возраст больных составил $40,9 \pm 7,9$ лет. Всем больным проводились ЭхоКГ, пероральный тест толерантности к глюкозе, определение толщины КИМ, липидов крови и микроальбуминурии.

Результаты:

Клиническая характеристика обследованных больных была следующей: средняя продолжительность АГ составила $3,7 \pm 1,6$ лет, средний ИМТ – $32,1 \pm 3,1$ кг/м², ОТ – $110,0 \pm 10,9$ см. Все больные принимали моксонидин в дозе 0,4 мг/сут в течение 12-недель. На фоне монотерапии моксонидином достигнут хороший антигипертензивный эффект. Так, САД снизился с $146,5 \pm 8,8$ мм рт.ст. до $128,6 \pm 9,2$ мм рт.ст., $p=0,000$, ДАД – с $91,7 \pm 4,6$ мм рт.ст. до $80,4 \pm 5,5$ мм рт.ст., $p=0,000$, АД ср. $110,0 \pm 4,2$ мм рт.ст. до $96,5 \pm 5,6$ мм рт.ст., $p=0,000$. При этом, степень снижения Δ САД составила $-12,7 \pm 4,3\%$, Δ ДАД – $-12,1 \pm 7,9\%$, Δ АД ср. – $-12,5 \pm 5,1\%$. 76,9% больных достигли целевые значения АД ($<130/80$ мм рт.ст.) Следует отметить, что переносимость препарата была хорошей, побочные эффекты не наблюдались. Кроме того, на фоне хорошей антигипертензивной эффективности отмечалась достоверная регрессия гипертрофии ЛЖ и улучшение диастолической функции ЛЖ. ММЛЖ снизилась с $278,9 \pm 75,3$ г. до $257,2 \pm 77,9$ г., $p=0,0007$, иММЛЖ – с $129,1 \pm 27,1$ г/м² до $120,9 \pm 29,3$ г/м², $p=0,003$. Соот-

ношение Е/А увеличилось с $1,1 \pm 0,25$ до $1,2 \pm 0,3$ у.е., $p=0,003$.

Заключение:

Монотерапия с моксонидином оказывает хороший антигипертензивный эффект и способствует регрессии ГЛЖ, улучшению диастолической функции ЛЖ у больных с АГ и МС.

6.32. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА НЕФРЭКТОМИЯ

Давыдова С. С., Лазебник Л. Б., Комиссаренко И. А.

Городская урологическая больница №47, ЦНИИ гастроэнтерологии

Введение (цели/задачи):

В данной работе мы анализировали динамику уровня АД в раннем послеоперационном периоде у больных АГ после проведения нефрэктомии по поводу опухоли почки. Для проведения анализа данной группы мы отобрали из основной массы больных всех пациентов с опухолью почки, направленных на нефрэктомию.

Материал и методы:

Таким образом, были отобраны 96 больных в возрасте от 41 до 75 лет (средний возраст $57 \pm 6,3$ года), направляемых на лапаротомическую нефрэктомию (I группа). У 18 больных (18,8%) имела место АГ I стадии, у 55 больных (57,3%) – АГ II стадии и у 23 больных (24%) – АГ III стадии. Для оценки вклада характеристики оперативного вмешательства, анестезиологического пособия в эффективность до и после операции контроля АД была сформирована II группа пациентов с опухолью почки, направляемых на лапароскопическую нефрэктомию. Пациенты наблюдались в ФГУ НИИ Урологии Минздрава России. Группу II составили 53 пациента в возрасте от 37-65 лет (средний возраст $49 \pm 7,2$ лет). У 12 больных группы II (22,6%) имела место АГ I стадии, у 31 пациента (58,8%) – II стадии и у 10 больных (18,9%) – АГ III стадии. Коррекция или начало антигипертензивной терапии на предоперационном этапе потребовалась 53 больным I группы (55,2%), из них 15 больным (28,3%) с АГ и 38 больным (71,7%) с сочетанием АГ и ИБС. Во II группе коррекция/начало антигипертензивного лечения потребовалось 21 больному (39,6%), из них 6 пациентам (28,6%) с АГ. У всех пациентов удалось достичь целевых цифр АД на фоне приема одного или двух антигипертензивных препаратов.

Результаты:

По результатам СМАД на вторые сутки после вмешательства у 20 больных основной группы (20,8%) отмечены эпизоды гипотонии, в связи с чем потребовалось снижение дозы антигипертензивных препаратов. У 22 больных (22,9%) зарегистрировано, напротив, повышение уровня АД, что сделало необходимым усиление антигипертензивного лечения. гипотоники основной группы оказались статистически значимо старше гипертоников (от 56 до 85 лет, средний возраст $65,3 \pm 7,5$ лет против от 40 до 48 лет, средний возраст $43,7 \pm 4,6$ лет, соответственно, $p < 0,05$). У гипотоников по сравнению с гипертониками оказались статистически значимо ниже СССАД 24ч ($121,7 \pm 11,3$ мм рт.ст. против $159,6 \pm 15,4$ мм рт.ст., соответственно, $p < 0,05$), СДАД-ночь ($76,3 \pm 13,1$ мм рт.ст. против $92,9 \pm 14,2$ мм рт.ст., соответственно, $p < 0,05$) и САД min – ночь ($88,2 \pm 15,6$ мм рт.ст. против $123,6 \pm 21,6$ мм рт.ст., соответственно, $p < 0,05$).

Заключение:

Больные с АГ и опухолью почки требуют четкого контроля АД до операции и обязательной коррекции гипотензивной терапии, т.к. после нефрэктомии у 22,9% больных регистрируется повышение АД, средний возраст таких больных составляет 44 года. У 20% больных пожилого возраста (66 лет) возникают эпизоды гипотонии, что требует снижения доз антигипертензивных препаратов.

6.33. БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПУТЕМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК

Рипп Т. М., Пекарский С. Е., Мордовин В. Ф., Рябова Т. Р., Попов С. В., Карпов Р. С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Оценка динамики почечного и мозгового кровотоков на фоне эффективного снижения артериального давления после двухсторонней транскатетерной денервации почек (ТДП) путем радиочастотной абляции ренальных артерий.

Материал и методы:

Участники перед ТДП дали информированное согласие. Включались пациенты с устойчивым повышением офисного АД более 160/100 мм рт.ст. на фоне приема не менее 3 антигипертензивных препаратов, включая использование препаратов диуретического класса. Клинико-диагностическое обследование пациентов проводилось в специализированном отделении АГ НИИ кардиологии СО РАМН г.Томска. Были исследованы параметры АД (офисное и суточное мониторирование), УЗ доплерографии сонных, мозговых артерий исходно и через 6 мес. после ТДП. Интраваскулярное вмешательство через трансфеморальный доступ проводилось путем радиочастотной транскатетерной абляции. Все пациенты в процессе наблюдения не изменяли режим терапии, за исключением случаев снижения АД ниже нормальных или целевых.

Результаты:

ТДП была проведена у 32 пациентов в возрасте 51,7±9,8 лет с равным значением гендерных различий. Два пациента отказались продолжать наблюдение в исследовании, 18 пациентов достигли контрольной точки в 6мес. При проведении ТКД не было непосредственных повреждений артерий и почек. Цифры офисного АД уменьшились в 1нед. на -35,9/-18,9 мм рт.ст., $p < 0,00001/0,00001$, и через 6 мес. -40,5/-19,9 ммHg, $p = 0,0099/0,0037$, среднесуточные значения АД на -12,8/-8,1 мм рт.ст., $p = 0,069/0,056$ через 6 мес. Не значимо изменились показатели через 1нед/6мес.: почечного кровотока как в стволе почечной артерии 79,4±2 5,8/79,5±24,9/75,7±17,9см/с $p = 0,97/0,33$, так и сегментарных ветвях 44,7±12,4/43,2±10,3/40,2±10,2 см/с $p = 0,36/0,71$, но мы отмечали значимое снижение резистивного индекса 0,62±0,05/0,58±0,06/0,59±0,06 $p = 0,003/0,026$. Не изменялись нормальные параметры скорости кровотока до и после лечения ТАМХ 56,4±4,3см/с и 54,1±6,9см/с соответственно.

Заключение:

Радиочастотная ТКД почек эффективный метод лечения резистентной гипертензии, был безопасен для ренального и мозгового кровотока.

6.34. ВЗАИМОСВЯЗИ БИОМАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ДЕСТРУКЦИИ В КРОВИ И СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ ПРИ ВЕРИФИЦИРОВАННОМ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Полонская Я. В., Каштанова Е. В., Рагино Ю. И., Иванова М. В., Чернявский А. М., Волков А. М., Садовский Е. В.

ФГБУ «НИИ ТЕРАПИИ» СО РАМН

Материал и методы:

В исследование включили 42 мужчины с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом, со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, которые поступили в клинику НИИ патологии кровообращения на операцию аортокоронарного шунтирования. Материалом исследования была интима/медиа коронарных артерий, забранная при эндартериэктомии в ходе операции, а также сыворотка, полученная у этих же мужчин. Материалы интима/медии были продольно и поперечно разделены на 134 фрагмента для гистологического и биохимического анализов. В гомогенатах фрагментов и в сыворотке были определены: содержание белка по Лоури, уровень холестерина, а также уровни MMP-3, MMP-9, CRP, IL-6, IL-8, IL-1-RA, TNF-α.

Результаты:

При проведении корреляционного анализа значимых связей между уровнями воспалительных цитокинов в крови и в стенке коронарных артерий выявлено не было. Вероятно, воспалительные процессы, ведущие к развитию атеросклеротических бляшек, несут преимущественно локальный характер. Повышение содержания биомаркёров воспаления в крови может быть отражением активности не только атеросклеротического процесса в стенках сосудов, но и какого-либо другого хронического воспалительного системного процесса. Хотя между локальным и системным воспалением существует несомненная зависимость, она, вероятно, не имеет линейного характера. Были обнаружены выраженные связи между маркёрами деструкции MMP-9 и MMP-3 в крови и стенке коронарных артерий, что отражает важную роль MMP-3 и MMP-9 в дестабилизации (за счёт деструкции) атеросклеротических очагов. Также выявлена зависимость между уровнем CRP в крови и в сосудистой стенке, что свидетельствует о важной роли этого белка острой фазы воспаления в атерогенезе.

Заключение:

Таким образом, факторы, способствующие развитию и осложнению нестабильной атеросклеротических бляшек, могут действовать и на уровне целого организма и локально в сосудистой стенке. Вероятно, воспалительные изменения несут системный характер, в то время как повышение содержания маркёров активности процессов деструкции в крови может быть обусловлено локальными процессами, идущими в атеросклеротическом очаге.

6.35. ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Милевская И. В.

ГОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет»

Введение (цели/задачи):

Выявить взаимосвязь соединительнотканной дисплазии

сердца (СТДС) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 130 человек, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара, из них - 32 женщины и 98 мужчин. Средний возраст пациентов – 41,8 ± 0,5 лет. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) были выделены исследуемая группа - 66 человек с СТДС (у 44% пациентов регистрируется пролапс митрального клапана (ПМК), у 33% - дополнительная трабекула в левом желудочке, а у 23% ПМК +дополнительная трабекула в левом желудочке), и контрольная группа - 64 человека без СТДС. Помимо ЭхоКГ всем пациентам проводились исследования: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, исследования мочи по Нечипоренко и по Зимницкому, а также ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД). К тому же выявлялись факторы риска АГ (наследственность, курение, определялся индекс массы тела (ИМТ)).

Результаты:

Наследственность по АГ отягощена у 50% пациентов в контрольной и исследуемой группах, курение выявлено у 67% и 58% соответственно. Подсчет ИМТ показал, что избыточная масса тела наблюдается у 17% и 33% обследуемых в контрольной и исследуемой группе соответственно. По данным лабораторных исследований у 12,5% пациентов в исследуемой группе выявлено повышенное содержание бета – липопротеидов, у 30% отмечено повышенное содержание холестерина, а у 8,3% обследуемых повышен уровень триглицеридов. Выявлена микроальбуминурия у 33% пациентов в контрольной и 46% исследуемой группах, олигурия отмечается у 22% и 58% соответственно. По данным СМАД первая степень АГ зафиксирована у 53% и 21% пациентов, вторая степень АГ – у 20% и 8% и третья степень АГ у 7% и 2% пациентов в исследуемой и контрольной группе соответственно.

Заключение:

Таким образом, пациенты с эхокардиографическими признаками соединительнотканной дисплазии сердца нуждаются в обследовании с целью ранней диагностики и своевременного лечения артериальной гипертензии.

6.36. ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карлов А. А., Мазур Н. А., Золозова Е. А.,
Карлова Н. А., Саютина Е. В., Чигинева В. В.

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ РМАПО

Введение (цели/задачи):

Больные с гипертонической болезнью (ГБ) и атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей относятся к группе высокого риска, требуют назначения гипотензивных препаратов. Цель работы - изучение влияния снижения артериального давления (АД) до целевого уровня на состояние кровотока в артериях нижних конечностей.

Материал и методы:

Включено 29 больных с ГБ, у которых были выявлены гемодинамически значимые стенозы (≥60%) артерий нижних конечностей. Все больные до включения в исследование получали различные гипотензивные препараты, но их эффективность была недостаточной. Обследование включало в

себя: офисное измерение АД, суточное мониторирование АД (СМАД), определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) при объемной сфигмографии, тестирование с использованием модифицированной анкеты нарушения ходьбы (WIQ). Подбиралась гипотензивная и антиангинальная терапия с использованием следующих препаратов в целевых дозах: амлодипин, бисопролол, лизиноприл. Назначались статины и, после стабилизации АД, аспирин.

Результаты:

Исходный средний уровень офисного АД составил 156/88 мм рт.ст., среднесуточное АД по данным СМАД - 138/81 мм рт.ст. На фоне подобранной терапии через 6 месяцев средний уровень офисного АД составил 125/76 мм рт.ст., среднесуточное АД - 119/71 мм рт.ст. Уровень ЛПИ исходно составлял в среднем 0,77, через 6 месяцев - 0,78 (не отмечалось достоверного изменения данного параметра). Наблюдалось увеличение толерантности к нагрузкам по данным анкетирования WIQ.

Заключение:

Снижение АД до целевого уровня не приводит к снижению ЛПИ. На фоне терапии отмечается увеличение толерантности к нагрузкам за счет уменьшения клинических проявлений перемежающей хромоты и регресса стенокардии. Назначение адекватной терапии и снижение АД до целевого уровня у данной категории больных должно проводиться в полном объеме.

6.37. ВЛИЯНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ НА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мирсайдуллаев Мирмахмуд Миршахидович,
Мирсайдуллаев Мирзоулугбек Мир.

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП, г. НАМАНГАН, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность долгосрочной блокады РААС у больных АГ на гипертрофическое ремоделирование ЛЖ.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 52 больных: 11 женщин и 41 мужчин (средний возраст 55,3±2,4 года) с АГ I-II степени в сочетании с ГМЛЖ (по данным ЭХО-КГ ИММЛЖ для женщин – более 110 г/м², для мужчин более 120 г/м²). Длительность АГ составляла в среднем 6,5±1,7 года. Подбор эффективной дозы антигипертензивных препаратов осуществлялся индивидуально в течение 4 недель (эналаприл – 10 мг/сутки, лизиноприл – 5-10 мг/сут, лозартан – 50–100 мг/сут). Длительность непрерывной терапии составила 24 месяцев. Контроль эффективности антигипертензивной терапии проводился по динамике клинических показателей АД, ЧСС. По данным ЭХО-КГ проводилась оценка морфофункциональных параметров сердца с расчетом индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ).

Результаты:

Антигипертензивная эффективность долгосрочной терапии изученными препаратами достоверно не различалась в группах лечения. На фоне приема изученных антигипертензивных препаратов отмечена статистически значимая динамика снижения ИММЛЖ, начиная с 6 месяцев лечения в группе эналаприла, с 12 месяцев в группе лизиноприла и лозартана. К концу 2 летнего наблюдения снижение ИММЛЖ на 10% и более было отмечено у 55% больных, принимавших лозар-

тан, у 45% – лизиноприл и у 41% – эналаприл. При анализе динамики снижения индекса массы миокарда ЛЖ, было отмечено более выраженное снижение данного показателя в группе больных получавших терапию блокаторами ангиотензиновых рецепторов – снижение индекса ММЛЖ в группе лечения – лозартана – на $12,1 \pm 2,3$ г/м², ($p < 0,05$), лизиноприла на $12,3 \pm 1,7$ г/м² ($p < 0,05$).

Заключение:

Долгосрочная блокада РААС (посредством ингибиторов АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов) у больных АГ не только позволяет контролировать уровень АД в течение суток, но и оказывает положительный эффект на процессы ремоделирования ЛЖ, приводя к регрессу его гипертрофии.

6.38. ВЛИЯНИЕ ИЗВИТОСТЕЙ И ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Дыбкалюк С. В., Черняк В. А., Зоргач В. Ю.

НМАПО имени П.Л. Шупика,
НМУ имени А.А. Богомольца, Клиническая больница № 8

Введение (цели/задачи):

Патологическая извитость сонных и позвоночных артерий нередко рассматривается как одна из причин нарушения мозгового кровообращения (А.В. Покровский, 1986; И.Н. Герасименко, 1998; Г.Ю. Сокурено, 2002). Важную роль в происхождении кардиологического синдрома придают дегенеративным изменениям шейного отдела позвоночника (В.Ф. Кузнецов, 2000; А.Ю. Попелянский, 2003 и др.). Цель: на основании сравнительного анализа больных молодого возраста (21-45 лет) с клиникой вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) проанализировать показатели систолического артериального давления (АД) при патологической извитости (ПИ) позвоночных артерий (ПА) и без ПИ.

Материал и методы:

Из общего числа больных (более 500 человек) разных возрастных групп, которым была выполнена магнитно-резонансная ангиография, были сформированы две группы мужчин молодого возраста (21-45 лет), по 50 человек в каждой. В первую группу вошли больные с наличием ПИ ПА, во вторую группу – без ПИ. Клиническое состояние больных оценивалось по шкале ВБН (Hoffenberth, 1990), что составляло 7-11 баллов для каждой группы. Всем больным проводилось измерение АД в течение 1 месяца 3 раза в сутки через равные интервалы времени.

Результаты:

В первой группе больных систолические показатели артериального давления при систематическом 3-х кратном измерении в течение суток на протяжении 1 месяца более чем в половине измерений у каждого больного превышали 140 мм рт. ст. – у 36 человек (72%), находились в интервале 120-140 мм рт. ст. – у 9 человек (18%) и были ниже 120 мм рт. ст. – у 5 человек (10%). Во второй группе систолические показатели АД превышали 140 мм рт. ст. более чем в половине измерений для каждого больного – у 12 человек (24%), находились в интервале 120-140 мм рт. ст. – у 32 человек (64%) и были ниже 120 мм рт. ст. – у 6 человек (12%).

Заключение:

Полученные результаты позволяют предположить, что в группах больных молодого возраста, имеющих патологические

извитости позвоночной артерии с клиникой ВБН, значительно чаще проявляется тенденция развития артериальной гипертензии.

6.39. ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ РАМИПРИЛОМ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ АМИНОТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА ПРОЗНАИМА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА (NT-PROBNP) ПРИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМАХ

Сторожок М. А., Медведева И. В.

Тюменский отдел Южно-Уральского
научного центра РАМН

Материал и методы:

В данном исследовании приняло участие 32 пациента с острым коронарным синдромом, которые принимали рамиприл (Амприлан) в течение 6 месяцев в дозе 5 мг/сутки. Натрийуретического пептид (NT-proBNP) определяли в сыворотке крови в первый день наблюдения, через 3 месяца приема рамиприла и через 6 месяцев терапии. Натрийуретический пептид определялся иммуноферментным методом реактивами фирмы Biomedica.

Результаты:

Результаты проведенного исследования достоверно показали снижение натрийуретического пептида в сыворотке больных с ОКС после 6 месяцев терапии рамиприлом, что свидетельствует о более благоприятном течении заболевания. Уже через 3 месяца наблюдения показатели пришли к норме (верхняя граница нормы соответствует 350 фмоль/мл). В ходе исследования в остром периоде умерло 3 пациента. У них исходно наблюдался более высокий уровень NT-proBNP и составил 1095 (321-3812,4) фмоль/мл, чем у тех пациентов которые выжили – 434,52 (288,7-1076,4) фмоль/мл ($P=0,2$).

Заключение:

На фоне приема рамиприла отмечалась положительная клиническая динамика, эффективно снижалось артериальное давление. У одного пациента из 32 человек возник сухой кашель, в связи с чем рамиприл был отменен. Все пациенты отмечали высокую эффективность терапии рамиприлом и хорошую субъективную переносимость.

6.40. ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ПРИЛЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ

Рипп Т. М., Пекарский С. Е., Мордовин В. Ф.,
Рябова Т. Р., Попов С. В., Карпов Р. С.

ФГБУ «НИИ Кариологии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Оценка динамики ЭхоКГ параметров левого желудочка и состояния интимо-медиадного комплекса сонных артерий на фоне эффективного снижения артериального давления после двухсторонней транскатетерной денервации почек (ТДП) путем радиочастотной абляции ренальных артерий.

Материал и методы:

Участники перед ТДП дали информированное согласие. Включались пациенты с устойчивым повышением офисного АД более 160/100 мм рт.ст. на фоне приема не менее 3 анти-

гипертензивных препаратов, включая использование препаратов диуретического класса. Клинико-диагностическое обследование пациентов проводилось в специализированном отделении НИИ кардиологии г.Томска. Были исследованы параметры АД (офисное и СМАД), УЗ сонных артерий-ТИМ, ЭхоКГ левого желудочка (ЛЖ) до и через 6 месяцев после ТДП. Интраваскулярное вмешательство через трансфеморальный доступ проводилось путем радиочастотной транскатетерной аблации. Все пациенты в процессе наблюдения не изменяли режим терапии, за исключением случаев снижения АД ниже целевых значений.

Результаты:

ТДП была проведена у 32 пациентов в возрасте 51.7 ± 9.8 лет с равным значением гендерных различий (50%). При проведении ТКД не было непосредственных повреждений артерий и почек по данным интраоперационной ангиографии. Офисное АД уменьшилось через 1 нед. на $-35.9/-18.9$ мм рт.ст., $p < 0.00001/0.00001$, через 6 мес. $-40.5/-19.9$ мм.рт.ст., $p = 0.0099/0.0037$, среднее АД при СМАД на $-12.8/-8.1$ мм рт.ст., $p = 0.069/0.056$ через 6мес. Параметры ЛЖ за период наблюдения уменьшились не достоверно: МЖП- $15.6 \pm 2.9/15.2 \pm 2.7$ мм $p = 0.44$; ЗС ЛЖ- $13.8 \pm 1.9/13.4 \pm 2.3$ мм $p = 0.36$; фракция выброса- $65.9 \pm 4.6/66.9 \pm 4.9\%$ $p = 0.59$; ВИР- $131.1 \pm 55.7/114.0 \pm 0.38$ мс $p = 0.16$. И значимо уменьшилась ТИМ 95% ДИ $1.16-0.98/1.02-0.81$ мм $p = 0.046$.

Заключение:

Данные проведенного исследования показали, что радиочастотная ТДП почек эффективный метод лечения резистентной АГ, позволяющий за 6мес. уменьшить величину ТИМ, но не приводил к значимой регрессии гипертрофии ЛЖ.

6.41. ИЗУЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОКСОДОЛОЛА (АЛЬБЕТОР) У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

Хамидуллаева Г. А., Срождинова Н. З.,
Абдуллаева Г. Д., Закирова Ф. А., Каримова Б. Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ,
ТАШКЕНТ

Введение (цели/задачи):

Изучить антигипертензивную эффективность и безопасность клинического применения α - и β - блокатора – проксодоло-

ла (препарат Альбетор, «Валента Фармацевтика», Россия) у больных с неосложненным гипертоническим кризом.

Материал и методы:

В исследование включены 20 больных, находящихся на стационарном лечении, обоего пола, в возрасте 40-75 лет, давшие письменное информированное согласие, с диагностированным (клинически и инструментально) диагнозом неосложненный гипертонический криз. Альбетор вводили в дозе 20 мг (2 мл раствора) внутривенно медленно в течение 1-2 минут, предварительно препарат разводился в 20 мл 0.9% раствора натрия хлорида. При снижении артериального давления (АД) менее чем на 15%, через 30 минут после первого введения проводилось второе введение 20мг препарата. При снижении ЧСС меньше 60 в минуту повторное введение препарата не проводилось. Через 6 часов наблюдения рекомендовалась стандартная антигипертензивная терапия.

Результаты:

Результаты исследования показали, что препарат Альбетор через 30мин. достоверно снижал уровень САД (с 187.5 ± 2.39 до 144.5 ± 3.36 мм рт.ст., $p = 0.000$), ДАД (с 110.3 ± 1.93 до 86.8 ± 1.82 мм рт.ст., $p = 0.000$), ЧСС (с 85.6 ± 3.09 до 66.1 ± 1.67 уд/мин) по сравнению с исходными показателями, степень снижения САД составила $22.9 \pm 1.59\%$, ДАД – $21.0 \pm 1.79\%$. У 18 больных (90%) наблюдалось достижение конечной точки (снижение САД и ДАД на 15% и более через 30мин у 17-ти, через 60мин у 1 больного), в дальнейшем им назначалась стандартная антигипертензивная терапия. После повторного введения у 1(5%) больного отмечался недостаточный гипотензивный эффект, в связи с чем, была начата стандартная терапия. У 1 больного (5%) после первого введения препарата отмечалось снижение ЧСС до 60 уд/мин.

Заключение:

В результате проведенного исследования отмечена высокая антигипертензивная эффективность препарата Альбетор у 90% больных с неосложненным гипертоническим кризом, а также безопасность клинического применения у больных с неосложненным гипертоническим кризом, без развития выраженной брадикардии и гипотонии.

7. НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АГ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ

7.1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

АСКАРОВ А. Р., ШАЛАЕВ С. В., НЕЛАЕВ В. С.
ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», ГБОУ ВПО ТЮМГМА

Введение (цели/задачи):

Изучить частоту, степень артериальной гипертензии и эффективность антигипертензивной терапии у больных мультифокальным атеросклерозом в процессе проспективного наблюдения (12-14 мес.)

Материал и методы:

В исследование включены 65 больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) мужского пола в возрасте 43-70 лет (ср. возраст $57 \pm 7,0$ лет). У большинства больных ОААНК встречалась ишемическая болезнь сердца (ИБС; 73,0%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) (атеросклеротического генеза; 75,0%) и артериальная гипертензия (АГ; 85,0%). Среди больных ОААНК преобладала 2 стадия ОААНК (65,0%), реже – более тяжёлые стадии (3 и 4 стадии – 21,0% vs. 14,0% соответственно). Изучались уровень артериального давления (АД), достижение целевого АД у больных ОААНК на фоне антигипертензивной терапии. Для установления диагноза АГ, ОААНК, ИБС и ДЭП применялись клинико-лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы SPSS Statistics v.19.

Результаты:

У большинства больных ОААНК (2-4-й ст.) наблюдалась АГ (78,0% vs. 65,0% vs. 86,0%), однако уровень АД был достоверно выше при тяжёлых стадиях ОААНК (4-й и 3-й ст.), чем при 2-й стадии болезни (АД сист. – $153 \pm 21,3^*$ vs. $140 \pm 14,2$ vs. $132 \pm 7,3^*$ мм рт.ст.; АД диаст. – $91 \pm 7,4^*$ vs. $87 \pm 6,5$ vs. $81 \pm 3,4^*$ мм рт.ст.; $p < 0,05$). Всем больным АГ была назначена антигипертензивная терапия: кардиоселективные бета-адреноблокаторы (57,0%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (53,0%), диуретики (26,0%), антагонисты кальция (17,0%) и сартаны (9,0%). Целевой уровень АД ($< 130/80$ мм рт.ст.) был достигнут у большинства больных ОААНК, страдающих АГ (84,0%).

Заключение:

Больные с мультифокальным сосудистым атеросклерозом (страдающих ОААНК, ДЭП и ИБС) относятся к категории очень высокого кардиоваскулярного риска в связи с высокой распространённостью у них АГ (~85,0 %). Оптимальная антигипертензивная терапия при условии доверительных отношений между врачом и пациентом позволяет достичь целевого уровня АД у больных ОААНК, и тем самым предупредить развитие серьёзных сердечно-сосудистых событий.

7.2. СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СТАТИНОВ НА ЭКСПРЕССИЮ ГМГ-КОА РЕДУКТАЗЫ

СТАХНЁВА Е. М., ВАВИЛИН В. А., РАГИНО Ю. И.,
САФРОНОВА О. Г., ШИНТЯПИНА А. Б., ИВАНОВА М. В.
ФГБУ «НИИ ТЕРАПИИ» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Статины играют важнейшую роль в лечении гиперхолестеринемии, воздействуя на ключевой фермент биосинтеза холестерина 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим А (ГМГ-КоА) редуктазу. Известно, что снижение содержания холестерина в клетке приводит к активации транскрипции гена ГМГ-КоА редуктазы, направленной на его восстановление. Целью данного исследования было сравнение влияния новых комплексов симваглизина (симвастатина с глицирризиновой кислотой) и аторваглизина (аторвастатина с глицирризиновой кислотой) на экспрессию ГМГ-КоА редуктазы.

Материал и методы:

Эксперимент выполнен на 36 самцах крыс Вистар. В течение 5 дней животные получали субстанции per os. Группа 1 получила ГК 600 мкг/кг/сутки, группа 2 – аторвастатин (АС) 40 мкг/кг/сутки, группа 3 – аторваглизин (АГ) 400 мкг/кг/сутки, группа 4 – симвастатин (СВ) 66 мкг/кг/сутки, группа 5 – симваглизин (СВГ) 666 мкг/кг/сутки, группа 6 – контрольная, без фармакологического воздействия. Для оценки уровня белка ГМГ-КоА редуктазы в микросомах печени крыс применили Вестерн блот анализ. Для определения содержания мРНК ГМГ-КоА редуктазы применили полимеразную цепную реакцию (ПЦР) в реальном времени.

Результаты:

Уровень белка ГМГ-КоА редуктазы в группе животных, получавших ГК, не имеет различий с контрольной, а в группах крыс, получавших АС, АГ, СВГ мы получили достоверное снижение белка в отличие от контроля на 24%, 13%, 25% ($p < 0,05$) соответственно. ПЦР показала увеличение экспрессии гена ГМГ-КоА редуктазы во всех экспериментальных группах. Максимальное увеличение в 4,4 получено в группах животных, получавших ГК и АС. В группе АС увеличение составило на 26% больше, чем в группе соответствующего комплекса, а в группе СВ – на 72%.

Заключение:

Таким образом, можно предположить, что ингибирование ГМГ-КоА редуктазы комплексами статинов с ГК сопровождается менее выраженной активацией транскрипции гена ГМГ-КоА редуктазы по сравнению с исходными статинами.

7.3. ИЗМЕНЕНИЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСМЕТАБОЛИЗМА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

ПЕТРОВА Ю. А., ПЕЛЕВИН А. Р., ПЕТРОВ И. М., МЕДВЕДЕВА И. В., МАЗИТОВ Ш. Г.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на постпрандиальные изменения метаболических нарушений и эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС)

Материал и методы:

Обследовано 118 пациентов с АГ в сочетании с МС, которые были разделены на 2 группы: 1-ая группа получала стандартные рекомендации по немедикаментозному лечению АО с потреблением блюд из морской рыбы не менее 3 раз в неделю. Пациентам 2-ой группы помимо вышеописанных рекомендаций назначался «Омакор» 1 раз/сут. Пищевая нагрузочная проба проводилась с использованием 610 ккал, белков 13,9%, жиров 59,2% и углеводов – 26,9%. Все больные получали лизиноприл 10 мг/сут. и индапамид 2,5мг/сут.

Результаты:

Через 3 месяца в группе больных с дополнительным назначением ω -3 ПНЖК концентрация инсулина в постпрандиальный период, увеличилась с $8,7 \pm 4,0$ мкмоль/мл до $11,1 \pm 3,2$ мкмоль/мл, СРБ с $1,8 \pm 0,54$ г/л до $2,3 \pm 0,76$ г/л и ЭЗВД снизилась с исходных $10,7 \pm 1,9\%$ до $8,4 \pm 1,9\%$. Концентрация инсулина и прирост диаметра ПА в постпрандиальный период у пациентов 2-ой группы значимо отличался от аналогичных параметров 1-ой группы. Содержание холестерина у пациентов 1-ой группы увеличилось на 8,9%, ЛПВП на 7,7%, ЛПНП на 9,5%, ТГ на 22,4%, инсулина на 34,1%, СРБ на 23,8% и ИЛ-6 на 6,4%. Параллельно с этим отмечено, что через 4 часа после проведения однократной пищевой нагрузки у больных АГ в сочетании с МС получавших ω -3 ПНЖК (2-ая группа) регистрировалось возрастание среднего уровня ХС на 4,45%, содержание ЛПВП снизилось на 1,5%, средняя концентрация ЛПНП увеличилась на 7,6%, ТГ на 20,1% и ИЛ-6 уменьшился на 4,21%, тогда как средние значения содержания инсулина возросли на 26,8% и СРБ на 27,7%. При определении динамики постпрандиальных изменений ЭЗВД, установлено, что у пациентов 1-ой группы прирост диаметра ПА снизился на 35,8%, тогда как у пациентов 2-ой группы только на 21,2%.

Заключение:

Постпрандиальные изменения метаболических параметров на фоне назначения 1 г ω -3 ПНЖК в сутки на протяжении 12 недель характеризуются более низкой концентрацией атерогенных фракций липидов (ХС, ЛПНП, ТГ), концентрации инсулина и значимо более высоким приростом диаметра плечевой в реактивной пробе с гиперемией.

7.4. ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

СЫРОМЯТНИКОВА Т. Н., ХОВАЕВА Я. Б., ГОЛОВСКОЙ Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак.Е.А. ВАГНЕРА
Минздравсоцразвития России РФ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования. Изучение особенностей структуры артерий разных регионов у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне нормального и повышенного уровня общего холестерина сыворотки (ОХС).

Материал и методы:

Обследован 61 пациент с АГ I-II степени в возрасте от 19 до 65 лет, среди которых у 13 чел (21,3%) уровень ОХС был выше 6,5 ммоль/л (средний уровень ОХС - $7,48 \pm 0,41$ ммоль/л), а у 48 чел. (78,7%) уровень ОХС ниже 6,5 ммоль/л (средний уровень ОХС - $4,42 \pm 0,25$ ммоль/л). Проводилось дуплексное исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общих, внутренних и наружных сонных артерий, плечевого ствола, брюшной аорты, правых плечевой (ППА), бедренной (ПБА) и подколенной артерий (ППодА). В правой общей сонной артерии (ПОСА), ППА, ПБА и ППодА исследовались систолический (Дсист.) и диастолический (Ддиаст.) диаметры сосудов и рассчитывались отношение КИМ/Ддиаст и артериальный комплайнс (АК). Сосудодвигательную функцию ППА изучали по методике, описанной D. Celermajer et al. (1992), с оценкой динамики Ддиаст. В качестве норматива эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) принимался прирост Ддиаст более 10%, а эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) – более 17% от исходного. Уровень ОХС исследовали ферментативным колориметрическим методом реагентами фирмы “HUMAN” (Германия). Обработка результатов осуществлялась в программе «Statistica 7.0» с расчетом $M \pm m$, где M - среднее значение, m - стандартная ошибка среднего. Сравнение показателей производилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты:

На фоне гиперхолестеринемии толщина КИМ всех исследуемых артерий была выше, чем при нормальном уровне ОХС, при достоверных различиях в обеих внутренних сонных артериях, слева – на 17,3% ($p=0,03$), справа – на 20% ($p=0,03$), а также в ПБА – на 22,9% ($p=0,03$), в ППодА – на 24,19% ($p=0,03$). Значения отношения КИМ/Ддиаст у лиц с гиперхолестеринемией, по сравнению с пациентами с нормальным ОХС, были выше: в ПБА – на 12,5% ($p=0,04$) и ППодА – на 23,4% ($p=0,04$), что свидетельствует о развитии внутреннего гипертрофического ремоделирования артерий. Величины АК не имели достоверных различий при разном уровне ОХС, однако, более низкие их значения на фоне гиперхолестеринемии указывали на тенденцию к снижению сосудистой эластичности. ЭЗВД на ППА у лиц с гиперхолестеринемией была ранней и нестойкой: прирост Ддиаст через 15 сек после декомпрессии составлял 7,75%, а через 60 сек – 6,4%. При нормальном уровне ОХС прирост Ддиаст был постоянным и составлял 8% ($p=0,01$). ЭНЗВД на ППА у лиц с нормальным уровнем ОХС через 5 мин после приема препарата составляла 17,5% ($p=0,001$), а на фоне гиперхолестеринемии была снижена до 12,9% и определялась через 4 мин после приема нитроглицерина ($p=0,04$).

Заключение:

Сопутствующая гиперхолестеринемия у больных АГ усугубляет структурное ремоделирование внутренних сонных артерий и артерий нижних конечностей (бедренной, подколенной) за счет увеличения толщины КИМ и сопровождается нарушениями функционирования вазодилаторных механизмов.

7.5. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Буряк В. В., Визир В. А., Садомов А. С.

Запорожский государственный
медицинский университет, Украина

Материал и методы:

Обследовано 100 больных гипертонической болезнью (ГБ) II ст. По результатам ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий (БЦА) было отобрано 50 пациентов, у которых значение толщины интимо-медиального сегмента (ТИМС) общей сонной артерии (ОСА) составляло 1,3 мм и более. У всех пациентов до и после 12 недель комбинированной терапии амлодипина бесилатом ($6,98 \pm 0,2$ мг/сут) и аторвастатином кальция в фиксированной дозе 10 мг/сут было проведено биохимическое исследование компонентов липидного спектра сыворотки крови.

Результаты:

Больные ГБ с ТИМС ОСА 1,3 мм и более характеризуются более высокими уровнями липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП), общего холестерина

(ОХ), триглицеридов (ТГ) плазмы крови и индекса атерогенности (ИА) по сравнению с гипертонзивными пациентами без окклюзионно-стенотического поражения (ОСП) БЦА - на 35,37% ($P < 0,001$), 32,84% ($P < 0,01$), 26,02% ($P < 0,001$), 34,9% ($P < 0,001$) и 39,47% ($P < 0,001$), соответственно. В процессе лечения отмечено снижение ОХ, ЛПНП, ЛПОНП и ИА как у больных ГБ II ст. с ТИМС ОСА менее 1,3 мм - на 18,6% ($P < 0,001$), 25,84% ($P < 0,001$), 16,42% ($P < 0,05$) и 21,43% ($P < 0,01$), так и у пациентов с наличием ОСП БЦА - на 30,66% ($P < 0,001$), 36,88% ($P < 0,001$), 22,47% ($P < 0,05$) и 38,27% ($P < 0,001$), соответственно. При этом у последних имело место дополнительное снижение ТГ на 30,35% ($P < 0,001$).

Заключение:

ГБ, ассоциированная с ОСП БЦА, сопровождается преимущественно смешанной дислипидемией IIb типа, тогда как изолированная гиперлипидемия в большей мере характерна для пациентов с ГБ II ст. Комбинированная терапия амлодипином и аторвастатином наряду с адекватным антигипертензивным эффектом, сопоставимым в обеих группах наблюдения, обладает аддитивной способностью в отношении редукции проатерогенных компонентов липидного спектра преимущественно у больных ГБ с ОСП БЦА.

8. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС

8.1. АГРЕГАЦИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В СЕМЬЯХ ЛИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Коннов М. В., Доборджинидзе Л. М., Грацианский Н. А.
НИИ Физико-химической медицины ФМБА РФ

Введение (цели/задачи):

Оценка агрегации (родитель-ребенок) повышенного артериального давления (АД) в семьях лиц с преждевременной (начало <55 лет, мужчины; <60 лет, женщины) коронарной болезни сердца (ПКБС).

Материал и методы:

Мы обследовали членов 294 семей: 277 пробандов, их 203 супругов, 383 родных детей пробандов (возраст 5–38 лет). Изучаемыми характеристиками были указания на наличие артериальной гипертензии (АГ) в анамнезе, прием антигипертензивных лекарств и уровни систолического/диастолического АД на обеих руках. Для выявления артериальной регипертензии (ПреАГ) и АГ у детей 5–17 лет использованы критерии NHVERP-4, у взрослых – JNC-7 (США). В анализе ПреАГ и АГ объединены и обозначены “ПреАГ/АГ”. Семейную агрегацию оценивали однофакторной логистической регрессией с поправкой на пол и возраст.

Результаты:

У детей 5–17 лет ПреАГ/АГ выявлены у 29/149 (19,5%, 24/29 мальчики) детей и не связаны с ПреАГ/АГ ни пробанда, ни супруга. Мы выявили ПреАГ у 80/234 (34,2%, 47/80 юноши) и АГ у 41/234 (17,5%, 32/41 юноши) детей 18–38 лет. ПреАГ/АГ этих детей связаны как с ПреАГ/АГ пробанда, отношение шансов (ОШ) 1.52 (95% доверительный интервал [ДИ] 1.02–2.25, $p=0.038$); так и супруга, ОШ 1.75 (95% ДИ 1.08–2.86, $p=0.024$).

Заключение:

У этой группы детей лиц с преждевременной КБС мы выявили высокую частоту артериальной регипертензии и гипертензии, доля таких детей росла с возрастом. Семейная агрегация артериальной регипертензии и гипертензии проявилась с обоими родителями и только во взрослом возрасте детей.

8.2. АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Морозов С. Н., Морозова Е. А., Мярин Л. М.

Московский Государственный
медико-стоматологический университет, МУ ЯГКБ

Введение (цели/задачи):

Лечение на догоспитальном этапе больных с артериальной гипертензией (АГ) и острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) является значимым и требует соблюдения стандартов, которые в реальности не всегда выполняются. Цель исследования: проанализировать выполнение стандартов медицинской помощи у больных с АГ и ОКСпST.

Материал и методы:

Проведено исследование 157 историй болезни и карт вызова

скорой медицинской помощи г. Якутска к больным ОКСпST, в последующем поступивших в региональный сосудистый центр в 2011 году.

Результаты:

Время от появления симптомов ОКСпST до начала лечения составляют: до 6 часов – 32,5%; до 12 часов – 20,3%; до 24 часов – 11,5%; свыше 24 часов – 35,7%. Даже больные, состоящие на диспансерном учете, обращались за помощью через 24 часа и более, что говорит о недостаточной профилактической работе и низком уровне информирования пациентов. По данным объективного осмотра у 56,2% больных ОКСпST зафиксирована АГ с АД сист. до 180 мм.рт.ст., у 26,1% с АД сист. до 200 мм.рт.ст., у 15,3% с АД сист. свыше 200 мм.рт.ст. Согласно стандартам назначалось обезболивание: морфин в 74,5%; промедол в 18,4%; в 7% – ненаркотические анальгетики; кислородотерапия в 85,4%; нитроглицерин (сублингвально) в 79,6%; ацетилсалициловая кислота в 68,8%; клопидогрел в 28,7%; гепарин в 83,4%; β -адреноблокаторы – метопролола сукцинат в 18,5%; иАПФ – эналаприлат в 35,7%. Одной из важнейшей стратегии терапии ОКСпST на догоспитальном этапе является тромболитическая терапия (ТЛТ), которая была проведена в 22,3%. На 30 день госпитализации среди больных, которым не был проведен тромболитический кардиогенный шок с летальным исходом развился в 14,8%, Q-образующий инфаркт миокарда в 36,3%, недостаточность кровообращения по Killip II-IV в 23%. А в группе больных с ТЛТ летальность от кардиогенного шока составила 5,7%, от Q-образующего инфаркта миокарда в 14,3%, недостаточности кровообращения по Killip II-IV в 8,5%.

Заключение:

Неполное соблюдение стандартов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе приводит к увеличению числа развитых осложнений и повышению летальности.

8.3. ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИНАМИКУ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нуриллаева Н. М.

Ташкентская Медицинская Академия ТМА, Ташкент

Введение (цели/задачи):

Влияние физических нагрузок на здоровье общеизвестно, только умеренные физические упражнения и здоровый образ жизни положительно влияют на состояние сердечно-сосудистой системы. Цель исследования: изучить влияние дозированных физических нагрузок на динамику артериального давления (АД) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после обучения в условиях ШКОЛЫ здоровья.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 67 пациентов с ИБС. Из них у 14 респондентов (21%) было отмечено 2-х или 3-х кратное повышение АД в анамнезе. Все больные с ИБС обучены в школе здоровья борьбе с гиподинамией. Рекомендовалось определение тренировочного пульса исходя из максимальной возрастной по формуле: ЧСС = 220 – возраст пациента в годах. У физически нетренированных больных ИБС ЧСС достигало 50% от максимальной.

Результаты:

Наличие малоподвижного образа жизни подтвердилось у 7 пациентов (10,4%), что составило 886,8±71,2м. После обучения в школе здоровья физическая активность 5 пациентов (7,4%) возросла в среднем до 1630±91,4м. В ходе обучения все больные научились измерять А/Д и рассчитывать свой тренировочный пульс, а также придерживаться некоторых видов физических нагрузок, согласно таблицам по допустимым видам и объемам двигательной активности, разработанные ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий (Д.М. Аронов, 2008).

Заключение:

В целом по группе положительное влияние дозированных физических нагрузок со слов респондентов в основном выразилось в снижении уровня А/Д в среднем с 133/79 до 112/71 мм.рт.ст. и в снижении приступов стенокардии у 39 пациентов (58,2%). Таким образом, при наличии мотивации с соответствующей организацией работы врачей общей практики на уровне первичного звена здравоохранения, можно достаточно эффективно проводить борьбу с гиподинамией, оказывая благоприятное воздействие на динамику А/Д у больных ИБС.

8.4. ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Фартуков А. В.

Санаторий «Барнаульский»

Введение (цели/задачи):

Цель работы - изучить влияние электросонотерапии (ЭСТ), аудиовизуальной стимуляции (АВС), гипнотерапии (ГТ) на типы отношения к болезни (ТОБ), механизмы психологической защиты (МПЗ) и совладания у больных инфарктом миокарда (ИМ) с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 99 больных ИМ с АГ. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 вмешательства - 66 больных, 2 контрольная - 33. С учетом проводимого лечения из группы вмешательства сформированы подгруппы: 1а - 25 больных, получавших ГТ; 1б - 20 получавших ЭСТ, лечение проводилось с применением аппарата «Адаптон-Слип»; 1в - 21 получавший АВС, с применением аппарата «Вояджер XL». Исследование осуществлялось с использованием методики «Индекс жизненного стиля» (ИЖС), опросника Хейма, опросника «Тип отношения к болезни». Психологическое тестирование проводилось до начала лечения и перед выпиской.

Результаты:

В начале лечения у 71,7% больных отсутствовали выраженные явления дезадаптации, и отношение к болезни складывалось из эргопатического (ЭГ) (35,4%), гармоничного (24,2%), анозогнозического (12,1%) типов. В контрольной группе (КГ) в процессе лечения динамики в психологическом статусе больных не наблюдалось. У больных с ГТ в конце лечения уменьшилось использование ЭГ типа (с 48% до 28%; $p < 0,05$). После курса ГТ у больных реже по сравнению с КГ встречался сенситивный тип (4% и 12,1%; $p < 0,05$). После ГТ изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не установлено, но чаще, чем в КГ, применялись конструктивные стратегии - сотрудничество, оптимизм. У больных с ЭСТ в конце лечения не выявлено изменений по ТОБ по сравнению с началом лечения и КГ. После ЭСТ изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не произошло, но чаще,

чем в КГ, использовались конструктивная стратегия альтруизм, и реже - покорность. После АВС у больных увеличилось применение ЭГ типа (с 33,3% до 52,3%; $p < 0,05$) и снизилось использование диффузного (с 9,5% до 0%; $p < 0,05$). В конце лечения АВС у больных изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не произошло, но чаще, чем в КГ, использовалась конструктивная стратегия оптимизм. Динамики показателей МПЗ в процессе лечения в группе вмешательства не наблюдалось.

Заключение:

Больным ИМ с АГ на санаторном этапе реабилитации показано назначение ГТ, АВС и ЭСТ.

8.5. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

МАКАРОВ О. А.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Целью настоящей работы было выявить гендерные особенности структурно-функциональных изменений сердца и аорты после перенесенного инфаркта миокарда.

Материал и методы:

Обследовано 90 больных с острым инфарктом миокарда. ЭхоКГ проводилось в течение первых трех суток от возникновения приступа ангинозных болей. Исследуемые разделены по полу: 1 группа - 54 мужчины, 2 группа - 36 женщин.

Результаты:

Средний возраст мужчин составил 61,09±1,62 лет, женщин - 71,49±2,12 лет ($p = 0,000$). Группы достоверно различались по конечно-диастолическому и конечно-систолическому объемам ЛЖ (индекс КДО составил 65,58±3,06 мл/м² в 1 группе, 54,20±2,50 мл/м² - во второй, $p = 0,013$; индекс КСО составил 35,23±2,51 мл/м² в 1 группе, 24,92±1,80 мл/м² - во второй, $p = 0,005$). По индексу массы миокарда ЛЖ достоверного отличия не наблюдалось. У женщин фракция выброса ЛЖ была достоверно выше (52,97±1,58% против 48,05±1,29%, $p = 0,019$), в то время как ударный объем ниже (49,17±2,26 мл против 58,64±1,80 мл, $p = 0,001$). Ударный индекс, минутный объем кровообращения, сердечный индекс, напряжение стенки ЛЖ, миокардиальный стресс, а также средняя скорость циркулярного укорочения волокон миокарда ЛЖ достоверно не отличались. У мужчин достоверно больше диаметр выходного тракта ЛЖ (19,22±0,31 мм, у женщин - 17,43±0,34 мм, $p = 0,000$), индексированная площадь поперечного сечения просвета аорты (422,88±12,87 мм², у женщин - 367,79±14,34 мм², $p = 0,007$). Возможно, что такая разница в диаметрах путей оттока из ЛЖ нужна для обеспечения выброса большего ударного объема у мужчин. Структурно-функциональные показатели аортальной стенки были сопоставимы.

Заключение:

Таким образом, мужчины с ИМ моложе женщин в среднем на 10 лет. У мужчин больше объем ЛЖ, что при более низкой фракции выброса позволяет поддерживать больший, чем у женщин ударный объем. Пути оттока из ЛЖ больше у мужчин, т.к. требуется обеспечить прохождение большего ударного объема, при сопоставимых параметрах аортальной стенки.

8.6. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАЗОВОГО УГЛА БИОИМПЕДАНСА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Голиков А. П., Газарян Г. А., Рябинин В. А., Клычникова Е. В.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было определение клинической значимости оценки фазового угла (ФУ) электрического импеданса при остром инфаркте миокарда (ИМ).

Материал и методы:

У 117 больных крупноочаговым ИМ определяли значения ФУ с помощью биоимпедансного анализатора ABC-01 «МЕДАСС» с программой ABC01-036. В качестве биохимического маркера стабильности клеточных мембран, изучали уровень малонового диальдегида (МДА). Тяжесть состояния больных оценивали по вероятности летального исхода, рассчитанной в соответствии со шкалой GRACE.

Результаты:

Установлена отрицательная корреляция величины ФУ с возрастом больных ИМ ($r=-0,59$), с ожидаемой общей шестимесячной летальностью ($r=-0,46$) и летальностью от ИМ ($r=0,40$). Выявлена положительная корреляция величины ФУ с электрокардиографическими показателями - амплитудой зубца Т и элевацией сегмента ST в сроки 6 часов от начала ИМ ($r=0,61$ и $r=0,42$ соответственно). Полученный результат закономерен, учитывая, что сегмент ST и зубец Т приходятся на энергоёмкий период работы мембранных ионных насосов против градиента концентрации ионов. В шестичасовой период сохраняется преобладание повреждения миокарда над некрозом, что отражается в большей величине ФУ. Уровень МДА был достоверно повышен в 3,4 раза по сравнению с нормой, что указывает на активацию процесса перекисного окисления липидов при остром ИМ. Было установлено существование обратной корреляционной зависимости между ФУ и МДА ($r=-0,38$), особенно выраженной у больных 60 лет и старше ($r=-0,49$).

Заключение:

Сделан вывод, что определение ФУ биоимпеданса при ИМ может вносить дополнительный вклад в оценку тяжести состояния больных, отражая состояние клеточных мембран и имеет независимую прогностическую значимость в отношении вероятности летального исхода.

8.7. ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ивахненко И. В., Куличенко Л. Л., Краюшкин С. И., Колесникова И. Ю.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Волгоград

Введение (цели/задачи):

Безболевая ишемия миокарда (БИМ) достаточно часто встречается у больных гипертонической болезнью (ГБ) и является предиктором таких грозных осложнений как внезапная смерть и жизнеугрожающие нарушения ритма. В связи с этим выявление взаимосвязи между уровнем АД и возникновением БИМ позволит выделить группу пациентов ГБ с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений с целью своевре-

менного назначения адекватной коронароактивной терапии. Цель исследования - изучить зависимость частоты возникновения эпизодов БИМ от суточного профиля АД у больных ГБ.

Материалы и методы:

Бифункциональное холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и АД проводилось 58 больным (36 женщин и 22 мужчин в возрасте от 41 до 65 лет) с ГБ II стадии без клинических признаков ИБС с помощью системы «Кардиотехника-4000 АД» («Инкарт», Санкт-Петербург) в течение 24 часов. Изменения сегмента ST рассматривались как ишемические в случае выявления его горизонтальной или косонисходящей депрессии на 1 мм в точке, отстоящей на 80 мм от j, продолжительностью более 1 минуты. При суточном мониторировании АД оценивали общепринятые показатели: средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневное и ночное время, а также суточный индекс АД (СИАД).

Во время исследования пациенты вели дневник, в котором отмечали изменения самочувствия, учитываемые в последствие при анализе мониторограмм. Все больные АГ получали стандартную гипотензивную терапию, включающую ингибитор АПФ и диуретик.

Результаты:

В ходе проведенного исследования БИМ была выявлена у 56,4% больных ГБ II стадии. Достоверно чаще эпизоды БИМ отмечались у пациентов с типом суточного профиля АД night-peaker/pop-dipper (52,7%) по сравнению с больными, имеющими тип суточного профиля АД over-dipper (31,2%) и dipper (15,2%). При этом в группе больных с типом суточного профиля АД night-peaker/pop-dipper выявлены как большее количество, так и большая продолжительность эпизодов БИМ ($p<0,05$).

Среднесуточные, среднедневные и средненочные значения АД были достоверно выше у больных с наличием БИМ. Полученные данные позволяют предположить, что частота возникновения эпизодов БИМ связана с высоким уровнем АД в течении суток, нарушением суточного ритма АД, свидетельствующем о выраженности эндотелиальной дисфункции. Кроме того, неблагоприятными прогностическими факторами у больных ГБ являются недостаточное снижение АД в ночное время АД и ночная гипертония.

Заключение:

Развитие эпизодов безболевой ишемии миокарда у больных ГБ II стадии ассоциируется с нарушениями суточного профиля АД и наиболее выражены у больных с неадекватной степенью ночного снижения АД. В связи с этим пациентам с суточным профилем АД night-peaker/pop-dipper необходимо раннее проведение ХМ-ЭКГ в амбулаторных условиях с целью выявления БИМ, назначения кардиопротекторной терапии и предотвращения развития сердечно-сосудистых осложнений.

8.8. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Яхонтов Д. А., Деришева Д. А., Цыбина Т. Г., Шляхтина Н. В., Бухтий Н. В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Материалы и методы:

Обследовано 96 мужчин со стабильной стенокардией I-III

ФК и АГ II-III ст. в возрасте 40-70 лет. В 1-ю группу были включены 47 больных в возрасте $54,0 \pm 1,3$ лет с нормальной массой миокарда левого желудочка (ИММЛЖ < 125 г/м²; $M \pm m - 114,1 \pm 1,8$ г/м²), во 2-ю группу - 49 больных в возрасте $55,8 \pm 1,0$ лет с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), имевших ИММЛЖ > 125 г/м²; $M \pm m - 162,1 \pm 4,6$ г/м² ($p < 0,005$). Давность ИБС составила $3,3 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 0,6$ лет соответственно. Ранее перенесли инфаркт миокарда 32 (68,1%) больных в 1-й и 31 (63,2%) - во 2-й группе. Длительность АГ составила $9,0 \pm 1,6$ и $12,6 \pm 1,4$ лет соответственно. Всем пациентам помимо традиционного клинико-лабораторного и инструментального обследования выполнялось коронарография (КГ) по Judkins.

Результаты:

У больных ИБС с нормальным ИММЛЖ в сравнении с пациентами с ГЛЖ были выявлены несколько более высокие уровни общего холестерина ($5,9 \pm 0,2$ ммоль/л против $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л), ХС ЛПНП ($3,8 \pm 0,5$ ммоль/л против $3,4 \pm 0,1$ ммоль/л) и базальной гликемии ($6,1 \pm 0,2$ ммоль/л против $5,9 \pm 0,3$ ммоль/л соответственно). Уровни ХС ЛПВП и триглицеридов в обеих группах были в пределах нормы и достоверно не различались. У пациентов с нормальным ИММЛЖ по сравнению с лицами с ГЛЖ чаще (17,1% против 4,1%) встречались неизмененные коронарные сосуды. Частота гемодинамически значимых поражений коронарных сосудов в целом составила 81,1% в 1-й группе и 95,9% во 2-й. У лиц с нормальной ИММЛЖ гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение - у 17 (36,1%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 8 (17,0%), многососудистое - у 14 (29,7%) обследованных. В группе больных с ГЛЖ преобладали лица с гемодинамически значимыми поражениями 3-х и более коронарных артерий: 35 (71,4%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 4 (8,1%) и 1-сосудистое - у 7 (14,3%) обследованных. У 6 (12,2%) пациентов с повышенным ИММЛЖ был поражен ствол левой коронарной артерии (ЛКА), у больных с нормальным ИММЛЖ поражения ствола ЛКА выявлено не было. Также у больных с ГЛЖ достоверно чаще были поражены другие магистральные артерии: передняя межжелудочковая (ПМЖА) - 51,0%, диагональная (22,4%), огибающая (18,3%), ветвь тупого края (ВТК) - 30,6% и правая коронарная артерия (ПКА) - 63,2%. У пациентов с нормальной ИММЛЖ стеноз ПМЖА отмечался в 14 (29,7%), поражение ПКА - в 17 (36,1%), ОА - в 7 (15,2%), ВТК - в 6 (12,7%) случаев.

Заключение:

У больных ИБС в сочетании с АГ, с повышенным ИММЛЖ достоверно чаще, чем у больных без ГЛЖ, выявляются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и с большей частотой поражаются магистральные сосуды.

8.9. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ

Афанасьева Н. Л., Мордовин В. Ф., Бродская А. А.

ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Изучение показателей variability ритма сердца по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и гипотензивной

эффективности метопролола сукцината у больных с ишемической болезнью сердца и с артериальной гипертензией после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы:

Включено 48 больных с ИБС и ГБ, перенесших АКШ (40 мужчин, 8 женщин), средний возраст составлял $52,2 \pm 9,2$ лет, длительность артериальной гипертонии составляла $12,8 \pm 14,0$ лет, среднее САД $165,9 \pm 9,5$ мм рт.ст., ДАД $96,9 \pm 8,6$ мм рт.ст. Всем пациентам назначался метопролол сукцинат (Беталок-зок, Astrazeneka, Швеция) в индивидуально подобранной дозе 50-150 мг. До назначения препарата и после 3 месяцев терапии всем пациентам выполнялись специальные методы исследования: СМАД и ХМЭКГ с определением спектральной мощности ритма сердца и его variability.

Результаты:

Через 3 месяца терапии обнаружена положительная динамика в виде прироста показателей variability ритма сердца, увеличение показателей, характеризующих общую variability ритма, увеличение показателей, характеризующих парасимпатические влияния, и уменьшение показателей, характеризующих симпатический тонус: SDNN $98,08 \pm 13,2$ ms и $105,57 \pm 39,2$ ms соответственно; $p=0,003$; SDANN $114,69 \pm 33,9$ ms и $125,52 \pm 34,6$ ms соответственно; $p=0,03$; pNN50 $3,49 \pm 3,4\%$ и $3,61 \pm 4,0\%$ соответственно; $p=0,02$; rMSSD $20,71 \pm 7,3$ ms и $25,5 \pm 8,1$ ms соответственно; $p=0,05$; VLF $581,47 \pm 469,64$ ms² и $591,10 \pm 437,21$ ms² соответственно; $p=0,04$; LF $186,36 \pm 171,24$ ms² и $194,87 \pm 134,22$ ms² соответственно; $p=0,06$; HF $69,14 \pm 50,8$ ms² и $76,26 \pm 46,0$ ms² соответственно; $p=0,04$; LF/HF $3,6 \pm 2,06$ и $3,0 \pm 1,5$ соответственно; $p=0,01$). Через 3 месяца терапии метопрололом сукцинатом отмечалось снижение уровня среднесуточного САД ($145,5 \pm 11,0$ и $133,80 \pm 10,4$ мм рт.ст.; $p=0,000$), ДАД ($86,6 \pm 6,4$ и $80,6 \pm 8,3$ мм рт.ст.; $p=0,000$) и среднедневного САД ($148,5 \pm 8,7$ и $136,65 \pm 9,1$ мм рт.ст.; $p=0,000$), ДАД ($89,31 \pm 22,4$ и $84,95 \pm 9,2$ мм рт.ст.; $p=0,07$). У пациентов с недостаточным гипотензивным эффектом отмечалось повышение симпатического тонуса (VLF 889 ± 274 ms² и 464 ± 112 ms², $p=0,005$; LF 340 ± 94 ms² и 155 ± 62 ms², $p=0,005$; HF 107 ± 26 ms² и 64 ± 9 ms², $p=0,005$; LF/HF $3,6 \pm 1,6$ и $2,7 \pm 1,5$; $p=0,01$). На фоне достижения целевого АД отмечалось снижение тонуса симпатической нервной системы (VLF с 889 ms² до 540 ms²; LF с 340 ms² до 152 ms²; HF с 107 ms² до 64 ms²). У пациентов со снижением LF/HF сопровождалось увеличением степени ночного снижения АД до нормальных значений (с 7 до 13%, $p=0,005$), у пациентов без динамики LF/HF степень ночного снижения ночного АД существенно не изменилась (с 5 до 6%). У пациентов со снижением активности симпатической нервной системы наблюдалось снижение количества пациентов с патологическим типом суточного профиля АД (night-picker-с 37% до 0%; over-dipper-с 26% до 11%), увеличилось число больных с нормальным циркадным профилем АД (с 12% до 44%).

Заключение:

Наше исследование показало, что недостаточный гипотензивный эффект наблюдался у пациентов с симпатической гиперактивностью. При снижении тонуса симпатической нервной системы наблюдается нормализация циркадного профиля АД.

8.10. ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ИВАХНЕНКО И. В., КУЛИЧЕНКО Л. Л., КРАЮШКИН С. И., КОЛЕСНИКОВА И. Ю.

ГБОУ ВПО ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Безболевая ишемия миокарда (БИМ) достаточно часто встречается у больных гипертонической болезнью (ГБ) и является предиктором таких грозных осложнений как внезапная смерть и жизнеугрожающие нарушения ритма. В связи с этим выявление взаимосвязи между уровнем АД и возникновением БИМ позволит выделить группу пациентов ГБ с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений с целью своевременного назначения адекватной коронароактивной терапии. Цель исследования - изучить зависимость частоты возникновения эпизодов БИМ от суточного профиля АД у больных ГБ.

Материал и методы:

Бифункциональное холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и АД проводилось 58 больным (36 женщин и 22 мужчин в возрасте от 41 до 65 лет) с ГБ II стадии без клинических признаков ИБС с помощью системы «Кардиотехника-4000 АД» («Инкарт», Санкт-Петербург) в течение 24 часов. Изменения сегмента ST рассматривались как ишемические в случае выявления его горизонтальной или косонисходящей депрессии на 1 мм в точке, отстоящей на 80 мм от j, продолжительностью более 1 минуты. При суточном мониторировании АД оценивали общепринятые показатели: средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в днев-

ное и ночное время, а также суточный индекс АД (СИАД). Во время исследования пациенты вели дневник, в котором отмечали изменения самочувствия, учитывающиеся в последствие при анализе мониторограмм. Все больные АГ получали стандартную гипотензивную терапию, включающую ингибитор АПФ и диуретик.

Результаты:

В ходе проведенного исследования БИМ была выявлена у 56,4% больных ГБ II стадии. Достоверно чаще эпизоды БИМ отмечались у пациентов с типом суточного профиля АД night-peaker/non-dipper (52,7%) по сравнению с больными, имеющими тип суточного профиля АД over-dipper (31,2%) и dipper (15,2%). При этом в группе больных с типом суточного профиля АД night-peaker/non-dipper выявлены как большее количество, так и большая продолжительность эпизодов БИМ ($p < 0,05$). Среднесуточные, среднедневные и средненочные значения АД были достоверно выше у больных с наличием БИМ. Полученные данные позволяют предположить, что частота возникновения эпизодов БИМ связана с высоким уровнем АД в течении суток, нарушением суточного ритма АД, свидетельствующем о выраженности эндотелиальной дисфункции. Кроме того, неблагоприятными прогностическими факторами у больных ГБ являются недостаточное снижение АД в ночное время АД и ночная гипертония.

Заключение:

Развитие эпизодов безболевого ишемии миокарда у больных ГБ II стадии ассоциируется с нарушениями суточного профиля АД и наиболее выражены у больных с неадекватной степенью ночного снижения АД. В связи с этим пациентам с суточным профилем АД night-peaker/non-dipper необходимо раннее проведение ХМ-ЭКГ в амбулаторных условиях с целью выявления БИМ, назначения кардиопротекторной терапии и предотвращения развития сердечно-сосудистых осложнений.

9. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ С БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

9.1. ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ХРАМЦОВА Н. А., КОВТУНЕНКО Е. В.

ГБОУ ДПО «ИГМАПО», ГУЗ «ИОКДЦ»

Введение (цели/задачи):

В условиях сниженной функции щитовидной железы проблема сердечно-сосудистых заболеваний чрезвычайно актуальна. Гипотиреоз, как известно, не только формирует условия для ускоренного развития атеросклероза, но и является, нередко, причиной артериальной гипертензии. Целью настоящего исследования явилась оценка частоты и структуры артериальной гипертензии при гипотиреозе.

Материал и методы:

В исследование было включено 129 человек с клиническим гипотиреозом в возрасте от 30 до 64 лет (ср. возраст $52,6 \pm 7,0$ лет). Критериями исключения явились больные с гипотиреозом, получающие заместительную гормональную терапию L-тироксин. Всем больным проводилась оценка традиционных факторов риска, суточное мониторирование АД по общепринятой методике, ЭХОКГ на аппарате Toshiba Aplio (Япония) с расчетом индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) по Penn – convention. Уровень липидов сыворотки крови определялся ферментативным методом на автоматическом анализаторе «В/М HITACHI 902». Состояние сонных артерий оценивалось в режиме доплеровского картирования на аппарате LogiqBookXP «General Electric» (США), функциональное состояние почек путем расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD.

Результаты:

В группе больных с гипотиреозом до 30 лет (33 чел.) не было установлено случаев артериальной гипертензии (АГ). Частота дислипидемий составила 6,1% за счет изолированной умеренной гиперхолестеринемии. Среди больных гипотиреозом старше 30 лет частота АГ составила 35,4%, патологический тип суточного профиля нон-диппер выявлен у 12 чел. (33,3% к числу больных с АГ), найт-пикер – 2 чел. (5,6%), овер-диппер – 1 чел. (2,8%). Утолщение комплекса интима – медиа диагностировано в 28,1% случаев, у 19 (19,8%) чел. обнаружены атеросклеротические бляшки. Средние значения скорости клубочковой фильтрации составили $71,0 \pm 5,2$ мл/мин. Снижение СКФ < 60 мл/мин было установлено в 5,2% случаев.

Заключение:

Таким образом, при гипотиреозе частота АГ не превышала общепопуляционные показатели, при этом установлены патологические типы суточного профиля АД. Установлена высокая частота дислипидемий и избыточной массы тела, как предикторов повышенного сердечно-сосудистого риска.

9.2. ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СОЧЕТАННЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ И БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

СКИБИЦКИЙ В. В., ФЕНДРИКОВА А. В., ПЫХАЛОВА Н. Е.,
ПЫХАЛОВА И. Е.

КубГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить толщину комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) сонных артерий у больных артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС), сочетанных с гипотиреозом и без патологии щитовидной железы.

Материал и методы:

В исследование включено 213 женщин (средний возраст 56 (48-60) лет, которые были распределены в три группы: 1-я группа – 77 больных АГ, МС и субклиническим гипотиреозом (СГ), 2-я группа – 91 пациентка с АГ, МС и манифестным гипотиреозом (МГ) в стадии медикаментозной компенсации, 3-я группа (контрольная) – 45 человек с АГ и МС без гипотиреоза. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, определение уровней глюкозы крови, липидного спектра, гормонов щитовидной железы, для определения ТКИМ – дуплексное сканирование экстракраниального отдела сонных артерий.

Результаты:

У пациенток с гипотиреозом ТКИМ сонных артерий оказалась достоверно больше, чем у лиц без гипотиреоза ($p < 0,001$). Так, при СГ ТКИМ составила 0,82 (0,77 – 0,91) мм, при МГ – 0,84 (0,74 – 0,92) мм, тогда как в контрольной группе – 0,73 (0,69 – 0,82) мм. Важно отметить, что количество пациенток с ТКИМ сонных артерий $\geq 0,9$ мм было больше при гипотиреозе, причем статистически значимо при сравнении групп с МГ и контрольной ($p = 0,03$). ТКИМ более 0,9 мм регистрировалась при СГ в 28,6% (22 человека), при МГ – в 34,1% (31 человек), а у женщин без гипотиреоза – в 15,6% (7 человек) случаев.

Заключение:

1) У женщин с АГ и МС, сочетанных с гипотиреозом, регистрируется более значимое изменение толщины комплекса «интима-медиа» сонных артерий, чем у пациенток без нарушений функции щитовидной железы. 2) При МГ имеет место более выраженное утолщение комплекса «интима-медиа» сонных артерий, чем при СГ и в контрольной группе.

9.3. ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЗВЕРЕВА Т. Н., БАРБАРАШ О. Л.

ФГБУ НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ СО ФГБУ НИИ КПССЗ, КемГМА

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) - распространенное сердечно-сосудистое заболевание среди населения трудоспособного возраста. Известно, что больных сахарным диабетом (СД) 2 типа артериальная гипертензия встречается примерно в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Однако не достаточно изучены начальные проявления инсулинорезистентности у больных АГ без сахарного диабета, и их влияние на течение АГ. Цель: оценить влияние показателей инсулинорезистентности на течение артериальной гипертензии у пациентов без сахарного диабета.

Материал и методы:

В исследование было включено 46 больных АГ, без СД, средний возраст которых составил 49,3 (46,7-52,4) года. Пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография с расчетом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса ММЛЖ (ИММЛЖ), ультразвуковая доплерография плечевой артерии. Определялась концентрация натощак и после углеводной нагрузки, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), С-пептида и инсулина. Рассчитывался индекс Номы.

Результаты:

При изучении показателей углеводного обмена у пациентов с АГ отклонений от нормативных значений выявлено не было, при этом только концентрации С-пептида и инсулина находились на верхней границе нормативных значений. Однако при проведении корреляционного анализа выявлены положительные связи между показателями СМАД и инсулинорезистентности: средние значения ДАД в ночное время коррелировали с концентрациями HbA1c и инсулина; минимальные значения ДАД в течение суток - со значениями постпрандиальной гликемии. Выявлены отрицательные корреляционные связи между значениями ЭЗВД и индексом Номы и ЭНЗВД. Определены положительные корреляционные связи между значениями ММЛЖ и ИММЛЖ, с одной стороны, и концентрацией С-пептида, с другой. Показатель ИММЛЖ положительно коррелировал с уровнем HbA1c.

Заключение:

«Нормальные» показатели инсулинорезистентности ассоциируются с тяжестью АГ у больных без клинических проявлений нарушений углеводного обмена, что подтверждает единство патогенеза АГ и СД.

9.4. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАМИПРИЛА И ЭПРОСАРТАНА НА ПАРАМЕТРЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

САСУ Д. Б., КАРАУШ А. П.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние годичной терапии ингибитором АПФ Рамиприлом в сравнении с АРА Эпросартаном на показатели диастолической функции левого желудочка у пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с инсулинорезистентностью.

Материал и методы:

В исследование включено 90 больных (51 женщин и 39 мужчин, средний возраст 51,0±0,8 лет) с артериальной гипертонией II-III ст с признаками диастолической дисфункции (по данным эхокардиографии) и инсулинорезистентностью.

Инсулинорезистентность определялась при помощи индекса НОМА более 2,5. Пациенты с сахарным диабетом были исключены из исследования. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 группы: I группа – (42 больных) принимали Рамиприл (5-20 мг/сут., средняя доза 15,3±1,2 мг/сут.) II группа – (48 больных) принимали Эпросартан (600-1200 мг/сут., средняя доза 850±12,4 мг/сут.) До начала терапии ИАПФ или АРА, с целью достижения целевых значений АД, всем больным назначался диуретик Индапамид в фиксированной дозе 2,5мг утром. Исходно и через 12 месяцев всем больным проводилось Допплер-ЭхоКГ при помощи которого оценивали показатели диастолической функций левого желудочка: отношения E/A, время изоволюметрического расслабления (IVRT, м/сек), время замедления скорости (DT, м/сек).

Результаты:

Было выявлено увеличение показателя соотношения E/A на 46% (от 0,82±0,01 до 1,2±0,03, p<0,01) в группе принимавшей Рамиприл и на 61,8% (от 0,76±0,03 до 1,3±0,06 p<0,01) в группе принимавшей Эпросартан. IVRT снизилось на 19,6% (от 123,8± 1,3 до 98,7±1,6, p<0,01) в первой группе и на 25,0% (от 129,7± 1,2 до 97,4±2, p<0,01) во второй группе. DT уменьшилось на 15,1% (от 224,0 ±2,3 до 189,1±2,9 p<0,01) в группе принимавшей Рамиприл и на 19,6% (от 228,3±3,4 до 184,5±2,9, p<0,01) во второй группе. Также отмечено уменьшение индекса НОМА на 16,6% (с 325±0,06 до 271±0,07, p<0,05) в первой группе и на 22% (с 3,32±0,4 до 2,6±0,08 p<0,01) во второй группе.

Заключение:

Таким образом, применение препаратов в течение 12 месяцев повлияло благоприятно на показатели диастолической функций левого желудочка у больных с артериальной гипертонией и уменьшило индекс НОМА, но более значимо в группе больных, принимавших АРА Эпросартан.

9.5. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕЙ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

БРЫТКОВА Я. В., АБДУРАЗАКОВА А. М., ГОМОВА И. С., СТРЮК Р. И.

ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить состояние брахиоцефальных артерий на внечерепном уровне у женщин с гипертонической болезнью (ГБ) и наличием или отсутствием сахарного диабета (СД) 2 типа в анамнезе.

Материал и методы:

В исследование включена 41 женщина в возрасте 45-55 лет (средний возраст 51,7±0,2 г) в перименопаузе. У всех пациенток по данным анамнеза и клиничко-инструментального обследования диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, у 31 из них сопутствующий сахарный диабет 2 типа. Кроме рутинного обследования, включающего суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате «VPLab» («Петр Телегин», Н.Новгород), всем обследованным проводили дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДС БЦА) по общепринятой методике на аппарате «Logiq 5 Expert». Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США). Для сравнения результа-

тов использовали тест Манна-Уитни и точный односторонний критерий Фишера.

Результаты:

По результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования были выделены две группы. В 1 группу вошли 10 женщин (24%) с ГБ II ст. 2 степени и СД 2 типа, 2 группу составили 31 пациентка (76%) с ГБ II ст. 2 степени без СД. Сравнительная оценка параметров ДС БЦА выявила достоверное увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) у пациенток 1 группы - Ме 1,0мм (25%;75%:0,9;1,1мм) по сравнению со 2 группой - Ме 0,8мм (25%;75%:0,8;0,9мм) ($p<0,05$). Также достоверно чаще у пациенток 1 группы по сравнению со 2 встречалось утолщение КИМ до 1.2-1.4 мм - 5 человек (50%) против 8(26%) ($p<0,05$) и атеросклеротические бляшки - 5 человек (50%) против 5(16%) ($p<0,05$). Ультразвуковые признаки гипертонической макроангиопатии в обеих группах регистрировались у каждой третьей пациентки (3(30%) и 12(39%) соответственно, $p>0,05$).

Заключение:

СД 2 типа можно рассматривать как фактор риска ускоренного развития атеросклероза сонных артерий у женщин с ГБ в перименопаузе, в то время как признаки гипертонической макроангиопатии, вероятно, обусловлены не наличием СД, а артериальной гипертензией и зависят от стадии и степени ГБ.

9.6. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Князев А. Н., Праскурничий Е. А.

Амбулатория Московского ГТУ Банка России РМАПО

Введение (цели/задачи):

Метаболическому синдрому (МС), одним из дополнительных факторов которого является артериальная гипертензия, и сахарному диабету (СД) 2 типа, который является одним из факторов риска артериальной гипертензии, в настоящее время отводится особая роль в развитии и прогрессировании атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Целью исследования явилось изучение структурно-морфологические особенностей атеросклеротического поражения крупных артерий у больных с МС.

Материал и методы:

Изучение особенностей атеросклеротического поражения было проведено с помощью мультиспиральной компьютерной томографии с ангиоконтрастированием. Контрастное усиление проводилось при помощи внутривенного введения 100 мл Omnipaque 300. Были обследованы 78 пациентов в возрасте старше 60 лет (средний возраст $67,6 \pm 1,9$ лет). У 58 пациентов было выявлено атеросклеротическое поражение сонных артерий. Из них у 28 человек был верифицирован МС (включая 12 человек с сахарным диабетом 2 типа), а у 30 человек – нет. Всем пациентам проводилась следующая методика исследования: компьютерная томография головного мозга и шеи по программе мультиспирального объемного сканирования с толщиной среза 1,0 мм, полем обзора 100 мм×100 мм, матрицей 512×512 элементов, коллимацией луча 1 мм и питчем 1. Исследование было проведено на приборе Somatom Emotion 6 фирмы Siemens. Во всех выявленных атеросклеротических бляшках было определено процентное содержание липидно-фиброзного компонента и кальцификации. Обработка полученных данных проводилась при помощи

программ DicomWorks 1.3.5, ImageJ 1.37v.

Результаты:

У лиц без МС процент кальцификации атеросклеротических бляшек в среднем составил $21,8 \pm 8,5\%$, у пациентов с МС без СД 2 типа – $15,8 \pm 7,4\%$, а у больных СД 2 типа – $33,5 \pm 2,5\%$. У лиц без МС процент липидно-фиброзного компонента достигал значений $40 \pm 5,7\%$, у пациентов с МС без СД – $48,6 \pm 7,2\%$, а при СД 2 типа – $28,9 \pm 4,6\%$.

Заключение:

СД 2 типа ассоциируется с высоким процентом кальцификации атеросклеротической бляшки. При МС отмечен более высокий процент липидно-фиброзного компонента бляшки, чем у пациентов без МС.

9.7. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Оконечникова Н. С., Орлова И. М., Болотнова Т. В.

Тюменская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

В последнее время отмечается повышенный интерес к оценке качества жизни (КЖ) у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, особенно с ассоциированной патологией. Целью настоящего исследования явилась оценка влияния сахарного диабета 2 типа (СД 2) на показатели КЖ пожилых больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

КЖ определяли с помощью опросника SF-36 у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией в ассоциации с СД 2 (34 пациента) и без него (40 пациентов). Больные с вторичными артериальными гипертензиями из исследования исключались. Оценивали физический и психологический статус респондентов (по 8 шкалам).

Результаты:

При оценке физического и психологического статуса установлено, что больные пожилого возраста с АГ в ассоциации с СД 2 имели снижение КЖ по всем 8 шкалам. Физический компонент здоровья в группе больных ассоциированной патологией по шкалам интенсивности боли (BP), общего состояния здоровья (GH), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) был достоверно ниже, чем в группе лиц пожилого возраста без СД 2. При итоговой оценке «физического компонента здоровья» (PH) установлено значительное его снижение как у больных с наличием, так и с отсутствием СД 2 (40,5 и 48,9 баллов, $p=0,05$). Психологический компонент здоровья в группах больных АГ и СД 2 по шкалам социальное функционирование (SF) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) были достоверно ниже, чем в группе лиц без СД 2. При итоговой оценке «психологического компонента здоровья» (MH) больных пожилого возраста с АГ в зависимости от наличия СД 2 достоверной разницы не установлено ($p>0,05$).

Заключение:

Таким образом, наличие СД 2 у пожилых больных с АГ в большей степени влияет на ухудшение КЖ, связанное с «физическим компонентом здоровья», в то время как на снижение КЖ, связанного с «психологическим компонентом здоровья», наличие СД 2 у пожилых больных АГ влияния не оказывает. В клинической практике целесообразно определять КЖ с использованием опросника MOS SF-36 пожилым больным с

ассоциированной патологией для оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий.

9.8. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Мухамбетьярова С. А.

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Введение (цели/задачи):

Оценка основных проявлений изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) у пожилых больных.

Материал и методы:

Обследовано 77 пожилых больных ИСАГ II и III степени с МС. Согласно критериям Международной федерации диабета для диагностики МС в качестве главного компонента рассматривается абдоминальное ожирение (АО), окружность талии (ОТ) в сочетании с ≥ 2 и более компонентами из перечисленных: АГ, триглицериды $>1,7$ ммоль/л, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, гипергликемия. Тест толерантности к глюкозе и концентрацию глюкозы в плазме венозной крови проводили согласно стандартным методикам. Согласно критериям ВОЗ уровень глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л рассматривается как гипергликемия натощак, ее концентрация через 2 часа после ТТГ $>7,8$ ммоль/л как постпрандиальная гипергликемия. Стандартно проводили суточное мониторирование АД (СМАД), ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ почек.

Результаты:

Среди 77 больных у женщин ИСАГ метаболический синдром встречается в 2 раза чаще (47%), чем у мужчин (23%). При анализе анамнестических данных и клинико-инструментальных показателей выявлена ишемическая болезнь сердца (44%), эпизоды безболевой ишемии миокарда (21%), перенесенные инфаркт миокарда и транзиторные ишемические атаки (4,4%), ишемическая болезнь почек (3,5%). При СМАД установлены нарушения суточного профиля АД в виде снижения во время сна АД $> 20\%$, и фрагменты ночной гипотонии. Частота гипертрофии левого желудочка у женщин с индексом массы тела >30 кг/м² почти 2 раза превышала у мужчин. При изучении морфофункциональных показателей сердца определено преобладание нарушений геометрии сердца по эксцентрическому типу независимо от пола.

Заключение:

Таким образом, основными детерминантами изолированной систолической артериальной гипертензии являются пожилой возраст, наличие полного метаболического синдрома, гипертрофия левого желудочка. Неблагоприятный тип суточного ритма АД «non dippers» обуславливает эпизоды безболевой ишемии миокарда у пожилых больных ИСАГ с МС. Установленная инсулинорезистентность и дислипидемия свидетельствует при ИСАГ об увеличении вероятности развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений и требует дальнейшей коррекции липидного обмена.

9.9. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сасу Д. Б., Карауш А. П., Сасу С. Ф.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Введение (цели/задачи):

Изучение взаимосвязи между инсулинорезистентностью и показателями диастолической функции у больных с артериальной гипертонией.

Материал и методы:

В исследование включены 90 больных (51 женщина и 39 мужчин, средний возраст 51.0 ± 0.8 лет) с артериальной гипертонией II-III ст с признаками диастолической дисфункции (по данным эхокардиографии) и инсулинорезистентностью. Инсулинорезистентность определялась при помощи индекса НОМА более 2.5. Пациенты с сахарным диабетом и ожирением были исключены из исследования. Исходно и через 12 месяцев всем больным проводилось Допплер-ЭхоКГ при помощи которой оценивали показатели диастолической функции левого желудочка: отношения E/A, время изоволюметрического расслабления (IVRT, мсек), время замедления потока раннего диастолического наполнения (DT, м/сек) и определялся индекс НОМА. Больные были распределены по параметрам диастолической функции (отношения E/A, IVRT, DT) в зависимости от индекса НОМА: I. группа индекс НОМА $\leq 3,0$ – (53 больных) II. группа индекс НОМА $\geq 3,1$ – (37 больных)

Результаты:

У пациентов с индексом НОМА $\geq 3,1$ были выявлены более выраженные нарушения диастолической функции сравнением с индексом НОМА $\leq 3,0$. Таким образом, в первой группе соотношение E/A составило $0,74 \pm 0,1$ и $0,79 \pm 0,6$ во второй группе ($p > 0,05$), IVRT было $118,7 \pm 1,0$ в первой группе и $126,7 \pm 1,56$ во второй группе ($p < 0,01$), DT составило $226,8 \pm 2,6$ и $232,8 \pm 2,5$ ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа обнаружены достоверные прямые корреляционные связи средней силы между уровнем индекса НОМА и IVRT ($r = 0,31$, $p < 0,05$), между индексом НОМА и DT ($r = 0,34$, $p < 0,05$), а также прямая корреляционная связь между индексом НОМА и среднесуточным САД ($r = 0,41$, $p < 0,01$) и ДАД ($r = 0,38$, $p < 0,01$).

Заключение:

Найдена корреляционная связь между индексом НОМА и показателями диастолической функции.

9.10. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭПРОСАРТАНОМ И ЛЕРКАНИДИПИНОМ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Абдуллаев Ш. С.

Ташкентская медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Оценка терапии эпросартаном и лерканидипином на показатели суточного профиля артериального давления и функциональное состояние почек у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы:

В исследование включены 38 больных страдающих мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с СД 2-го типа и диабетической нефропатией в возрасте от 42 до

54 лет. Средний возраст $48,7 \pm 1,3$ года. Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате «Кардиотехника-4000АД» (С.Петербург) осциллометрическим методом в течение 24 ч с интервалом измерения 15/30 мин день/ночь, определение экскреции альбумина с мочой (микроальбуминурию – МАУ) по соотношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. До начала лечения все больные имели артериальную гипертензию. При этом исходное систолическое артериальное давление (САД) составило $158,2 \pm 8,3$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – $96,2 \pm 4,1$ мм рт. ст. Больные были разделены на две группы. После семидневного безмедикаментозного периода с целью коррекции АД пациентам 1-ой группы (19 больных) назначили эпросартан (теветен) 600 мг/сут.; 2- группа (19 больных) принимала лерканидипин (леркамен) в дозе 10 мг/сут., больные наблюдались в течение 12 недель. Все группы больных были сопоставимы по полу, возрасту и длительности АГ. На фоне лечения у пациентов обеих групп оценивали снижение гемодинамических показателей: систолического АД, диастолического АД и частоты сердечных сокращений; различия между группами к 12-й неделе лечения были статистически значимыми.

Результаты:

На фоне лечения у пациентов обеих групп выявлено значительное снижение гемодинамических показателей: САД, ДАД и ЧСС. В обеих группах отмечено достоверное снижение АД по сравнению с исходным. Через 12 недельной терапии САД снизилось на $25,3 \pm 0,8$ мм рт. ст. в первой группе и на $23,6 \pm 0,7$ мм рт. ст. – во второй ($p < 0,01$), ДАД – соответственно на $14,6 \pm 0,3$ и $13,8 \pm 0,3$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Максимальное снижение ЧСС отмечено в конце исследования в обеих группах; оно составило $11,8 \pm 0,6$ уд/мин. в первой группе и $11,0 \pm 0,5$ уд/мин. во второй ($p < 0,001$). К концу исследования целевой уровень АД был достигнут у 88,9% больных первой группы и у 86,5% пациентов второй группы ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение уровня МАУ на 25,4% в 1-ой группе и на 20,7% – во второй. Расчетная СКФ в группах выросла на 13,6% и 10,8% соответственно.

Заключение:

Таким образом, при оценке эффективности эпросартана и лерканидипина на фоне 12-недельной терапии было отмечено достоверно положительное влияние на показатели суточного профиля артериального давления и функциональное состояние почек в обеих группах больных. Однако, эпросартан оказывает более выраженное нефропротективное действие по сравнению с лерканидипином: более значимо уменьшает уровень МАУ и увеличивает расчетную скорость клубочковой фильтрации.

9.11. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПОДАГРЕ

НЕНАШЕВА Т. М.

ГБОУ ВПО «САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/задачи):

Повышение артериального давления (АД) при подагре считается неблагоприятным, поскольку при повышении АД уменьшается выделение уратов, а следовательно, будет повышаться

их содержание в крови, что ухудшает прогноз болезни. Целью работы явилось изучение частоты развития артериальной гипертензии у больных подагрой.

Материал и методы:

Обследовано 450 больных подагрой. По возрастному составу больные распределялись следующим образом: в молодом возрасте (до 45 лет) было 158 пациентов, среднем (46-59 лет) – 224, пожилым (60-70 лет) – 162 и старческом (старше 70 лет) – 6. Средний возраст больных составил $48,9 \pm 0,5$ года. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 30 лет и в среднем составляла $9,7 \pm 0,31$ год. Что касается возраста начала заболевания, то было установлено, что в молодом возрасте заболело 308 пациентов, среднем – 128 и пожилым – 14 и средний возраст начала заболевания составлял $39,3 \pm 0,2$ года – приходился на молодой период жизни. Контрольную группу составили 450 человек идентичных по возрасту и полу группе больных подагрой.

Результаты:

Повышение АД установлено у 272 больных подагрой (60,4%). В молодом возрасте оно встречалось в 52,4% наблюдений при подагре, а в контрольной группе лишь в 10,5%. В среднем возрасте артериальная гипертензия у больных подагрой была у 64,9%. Что касается пожилого и старческого возраста, то в этих возрастных группах артериальная гипертензия регистрировалась соответственно в 63,3% и 75,0% случаев. Обращено внимание на более частое и выраженное повышение диастолического давления у больных подагрой. При наличии артериальной гипертензии в 57,8% случаев у больных подагрой установлен атеросклероз. Проведенный корреляционный анализ установил взаимосвязь повышения артериального давления у больных подагрой с ожирением ($r = +0,37$), некоторыми показателями острофазового воспаления ($r = +0,57$), уровнем циркулирующих иммунных комплексов ($r = +0,89$) и показателями, характеризующими состояние почек: концентрацией креатинина ($r = +0,35$) и количеством цилиндров в осадке мочи ($r = +0,72$).

Заключение:

Частота артериальной гипертензии у больных подагрой не зависит от возраста больных, в то время как в общей популяции такая закономерность имеется.

9.12. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ

ШАРИПОВ Р. А., ЕВСИКОВ Е. М., ЧЕРВЯКОВА Г. А., ТЕПЛОВА Н. В.

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №15
ИМ. О.М. ФИЛАТОВА, РНИМУ,
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №1

Введение (цели/задачи):

Оценить характер и частоту развития артериальной гипертензии у больных с различной локализацией ишемического инсульта в бассейнах передней, средней и задней мозговой артерии. Определить основные типы поражения церебрального русла при наличии у больных гипергликемии и сахарного диабета.

Материал и методы:

Исследовано 83 больных в возрасте от 30 до 75 лет острым

первичным нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и артериальной гипертензией (АГ) II-III степени без углеводных нарушений – I группа (43 чел.), 2 группа (40 чел.) – с ОНМК, АГ II-III степени тяжести и сахарным диабетом (СД) различной тяжести. Всем больным проведено мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), радионуклидная сцинтиграфия сосудов мозга.

Результаты:

По данным СМАД нарушения суточного ритма АД по типу non-dipper (недостаточное ночное снижение АД) и night-picker (ночное повышение АД) и стойкое АД чаще было выявлено у больных с ОНМК и СД (2 группа). По локализации очага ишемии мозга по данным МСКТ чаще было выявлено в системе задней и средней мозговой артерии в обе группы. По данным радионуклидной сцинтиграфии сосудов головного мозга выявлено нарушение мозгового кровотока в системе задней и средней мозговой артерии у всех больных.

Заключение:

Комплексное клинико-инструментальное обследование больных ОНМК с АГ без углеводных нарушений и ОНМК с АГ и СД позволило выявить, что локализация ишемического очага в головном мозге не зависит от нарушений углеводного обмена, но нарушение суточного ритма АД (ночное повышение А) и стойкое АД чаще встречалась у больных ОНМК с АГ и СД.

9.13. ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бабкин А. П., Малых Т. В.

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Введение (цели/задачи):

Достижение целевого уровня артериального давления (130/80 мм рт.ст.) у больных СД является не менее важной задачей, чем компенсация метаболических нарушений и позволяет добиваться предупреждения или замедления развития повреждения почек. Цель - оценить клиническую эффективность фиксированной (периндоприла аргинин в сочетании с индапамидом) и свободной комбинированной (валсартана в сочетании с индапамидом) антигипертензивной терапии и динамику функционального состояния почек у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы:

Обследовано 40 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с артериальной гипертензией. Ср. воз-

раст пациентов составил $63,2 \pm 1,2$ лет, длительность сахарного диабета $7,0 \pm 0,69$ лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы получали фиксированную комбинацию (Нолипрел А форте), пациенты второй группы - комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,5 мг. Препараты назначались в течение 2-х месяцев. Всем больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате ABPM – 04 (Венгрия) по общепринятой методике. В динамике (до и через 2 месяца терапии) проводились биохимические исследования крови с определением уровня креатинина сыворотки крови, мочевой кислоты, микроальбуминурии (МАУ). Функциональное состояние почек оценивалось по показателям скорости клубочковой фильтрации, определяемой по пробе Реберга-Тареева, формулам Кокрофта-Гаулта, MDRD. Производился расчет реабсорбции с учетом показателей минутного диуреза. Статистическая обработка результатов исследования проводили с использованием пакета программ Statistica 6,0.

Результаты:

Обе комбинации препаратов обладают достаточным антигипертензивным эффектом, при этом в группе больных получающих нолипрел А форте САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. уменьшилось с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); в группе валсартана и индапамида с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) и с $89,15 \pm 1,2$ до $77,85 \pm 1,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) соответственно. За период лечения в группе нолипрела А форте наблюдалось достоверное уменьшение уровня креатинина крови с $96,4 \pm 2,7$ до $84,8 \pm 2,7$ мкмоль/л ($p < 0,05$), МАУ с $25,7 \pm 0,64$ мг/сут до $20,4 \pm 1,0$ мг/сут ($p < 0,01$). Отмечалось значительное улучшение фильтрационной способности почек по пробе Реберга-Тареева на $11,0$ мл/мин $\pm 0,56$, по формуле Кокрофта-Гаулта на 12 мл/мин $\pm 0,36$, по формуле MDRD на 10 мл/мин/1,73 м² $\pm 0,16$, что свидетельствует о явном улучшении функционального состояния почек. Соответственно отмечено улучшение процесса реабсорбции в указанной группе больных. В группе лечения валсартаном в сочетании с индапамидом отмечена тенденция к нормализации фильтрационной способности почек

Заключение:

1. Проведенные исследования показали, что валсартан в комбинации с индапамидом и большей степени нолипрел А форте оказали выраженный антигипертензивный эффект, при этом у больных получавших нолипрел целевой уровень достигнут у 70 % больных, в группе валсартана и индапамида – у 50 % больных 2. В подгруппе больных, получающих нолипрел А форте выявлено достоверное улучшение показателей фильтрационной способности почек.

10. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

10.1. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (АГ)

Козлов Е. В.

КРАСГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Введение (цели/задачи):

Изучить психологический профиль и качество жизни (КЖ) у больных с коморбидностью ХОБЛ и АГ в зависимости от давности заболевания и приверженности к лечению.

Материал и методы:

Обследовано 46 больных мужского пола в возрасте от 46 до 77 лет (средний возраст $66,6 \pm 3,4$ лет) с коморбидностью ХОБЛ и АГ. Пробу контроля составляет 32 чел. с АГ соответствующего возраста и пола. Анкетирование с помощью тестов: Спилберга-Ханина, CES-D, SF-36, опросник Мориски-Грина.

Результаты:

В результате было отмечено что у лиц с коморбидностью ХОБЛ и АГ по сравнению с группой контроля уровень тревожности и депрессии был значительно выше. При этом в зависимости от тяжести и давности заболевания, эффективности лечения, а также при наличии различных факторов риска, особенно у лиц с избыточной массой тела или имеющейся пульмоногенной кахексии уровень тревоги и депрессии увеличивался прямопропорционально, что также сказывалось на КЖ данных больных. У больных старше 60 лет при коморбидности ХОБЛ и АГ гораздо чаще встречался высокий уровень тревоги и депрессии, что объясняется большей встречаемостью сопутствующих заболеваний. При изучении КЖ было отмечено, что наиболее высокие показатели физического и психологического компонента здоровья выявлялись у лиц с легким течением ХОБЛ и АГ адекватно и регулярно леченных, меньшим количеством факторов риска и удовлетворительными показателями по спирографии.

Заключение:

Таким образом, в рассматриваемой когорте больных с более тяжелым течением ХОБЛ имеют место стойкие нарушения легочной вентиляции преимущественно по обструктивному типу, что способствует оформлению тревожно-депрессивной симптоматики и ухудшения КЖ, особенно у лиц имеющих одну и более сопутствующих патологий, неадекватно и нерегулярно получающих лечение.

10.2. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера
Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

Физикально и антропометрически обследовано 116 больных с бронхообструктивным синдромом: 62 мужчины (сред-

ний возраст $56,10 \pm 1,8$ лет) и 54 женщины (средний возраст $58,02 \pm 2,0$ года), $p=0,483$, пациентам проведена эхокардиография на аппарате ALOKA 5000.

Результаты:

Выделено четыре симптомокомплекса дисплазии соединительной ткани (ДСТ): связочно-суставной, выявляемый в 76,7% случаев; кожный - в 68,1%; костно-мышечный - в 90,5%; кардиальный - в 71,7%. Лица с одним симптомокомплексом ДСТ, составляли 12,1%; у них встречался костно-мышечный симптомокомплекс в 50,0% случаев, суставной - в 42,9%, изолированный кардиальный - в 17,1%, был представлен регургитацией на клапанах сердца. Два симптомокомплекса встречалось в 20,7% случаев: в 50,0% костно-мышечный симптомокомплекс сочетался с кожным, реже - с суставным (36,4%) или кардиальным (13,6%). В 50,0% случаев выявлялось сочетание признаков ДСТ в трех системах организма. В 67,9% сочетались суставной, костно-мышечный и кожный симптомокомплексы. У оставшихся 32,1% кардиальный симптомокомплекс сочетался с двумя из вышеперечисленных признаков. У 17,2% обследованных выявлялись симптомокомплексы ДСТ в четырех системах организма: у женщин в 55%, у мужчин в 45%.

Заключение:

Для лиц с ДСТ характерно преобладание продольных размеров тела над поперечными, более тонкий тип строения кости, относительное удлинение конечностей, острый эпигастральный угол, более низкий индекс Кетле, более частая встречаемость малых аномалий развития сердца.

10.3. ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА

Барламов П. Н., Щекотов В. В., Урбан П. И.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Нарушения психоэмоционального статуса у больных артериальной гипертензией (АГ) всегда привлекали внимание исследователей. Однако не так давно (2011) нами было обнаружено сочетание АГ с ГВС в нескольких вариантах. А именно: клинически выраженный вариант (КВГВС), который обнаруживался при тестировании Наймингенским вопросником в 27,7% случаев; стабильный вариант (СГВС) - выявлялся по исходному снижению содержания CO_2 в выдыхаемом воздухе (38,6%); лабильный вариант (ЛГВС) (21,7%) - определялся капнографически только тестом с гипервентиляцией. Лишь в 12,1% случаев ГВС при АГ не обнаружен. С этих позиций вызывает интерес выраженность тревожности и депрессии в этих группах больных. Цель исследования: определить выраженность тревожности и депрессии в различных группах АГ с ГВС

Материал и методы:

Обследовано 68 больных АГ I-II стадии. У 38 из них наблюдался КВГВС, у 16 - СГВС, у 9 - ЛГВС. Характеристика психоэмоционального статуса пациентов осуществлялась нами на

основании данных, полученных с помощью теста HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Результаты:

По результатам самооценки теста HADS у 22 (73,4%) больных КВГВС – обнаружилась клинически выраженная тревога (14,32±2,75 баллов), а у 8 (21,0%) человек – субклинически выраженная тревога (8,73±1,488 баллов). Лишь у 8 (21,0%) больных в этой группе не обнаружилось тревоги. У 10 пациентов (62,5%) со стабильным ГВС наблюдалась клинически выраженная тревога (14,22±2,167 баллов), у 5 (31,5%) – субклинически выраженная тревога (9,0±1,225 баллов). Лишь 1 (6,3%) больной не имел признаков тревоги. При лабильном ГВС у 2-х (22,2%) человек была выявлена клинически выраженная тревога (14,5 ±0,707 баллов), у 4 (44,4%) – субклинически выраженная тревога (9,2±1,304 баллов), менее 7 баллов – 3 (33,3%) человека, у больных АГ без ГВС клинически выраженная тревога обнаружена у 1 (20%) (12,67±1,528 баллов), у 3 (60%) – субклинически выраженная тревога и лишь у 1 (20%) – менее 7 баллов.

Заключение:

По результатам исследования уровня тревожности с помощью теста HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) клинически выраженная тревога наиболее часто встречалась при КВГВС.

10.4. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХОБЛ

Рыбина Ю. А., Василькова Т. Н.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Введение (цели/задачи):

Депрессия в последнее время рассматривается, с одной стороны, как независимый фактор риска развития артериальной гипертензии (АГ), с другой – сама АГ может быть предиктором развития депрессивных расстройств. АГ, сочетаясь с ХОБЛ, при наличии известных факторов риска (ожирение, курение) приводит к выраженным нарушениям нейродинамики и создает почву для возникновения значимых депрессивных расстройств. Цель исследования: выявить гендерные различия расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных АГ в сочетании ХОБЛ.

Материал и методы:

Обследовано 64 больных с АГ II-III степени и ХОБЛ средней стадии. Средний возраст обследованных 64,80±4,7 лет. Сформированы 2 группы: 1 группа – женщины (n=28), 2-ая – мужчины (n=36). Диагноз АГ и ХОБЛ устанавливали в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Оценивали ИМТ, стаж курения, индекс курящего (ИК) человека. Для оценки депрессии использована шкала Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression).

Результаты:

Учитывая тот факт, что на клиническое течение АГ и ХОБЛ влияют поведенческие (курение, ИМТ) и психологические (уровень депрессии) характеристики, установлено, что в группе женщин среднее значение ИМТ составило 31,4, что соответствует ожирению I степени, тогда как у мужчин средний ИМТ составил 25,5 – избыточная масса тела. Кроме того, выявили, что в 1 группе процент курящих составил 4% и ИК<10,

а во 2-ой группе – 100% и ИК>10. При оценке депрессивных расстройств выявлено, что в женской популяции чаще встречаются тяжелые депрессии, а в мужской – средней степени тяжести. Так, для пациентов 1 группы характерно в 7,14% – легкое, в 14,2% – средней степени тяжести, в 21,4% – тяжелое, в 7,14% – крайне тяжелое депрессивное расстройство, тогда как для пациентов 2 группы в 11,1% случаев выявлено легкое, в 27,8 – средней степени тяжести, 11,1% – тяжелой степени депрессивное расстройство. Обращало на себя внимание отсутствие крайне тяжелой степени депрессии в группе мужчин. Необходимо отметить, что женщины более замкнуты, что в дальнейшем приводило к «маскировке» депрессии.

Заключение:

Таким образом, существующие гендерные различия депрессивных расстройств у больных с АГ в сочетании с ХОБЛ необходимо учитывать при формировании программ лечения данной категории больных.

10.5. ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кадырова О. С.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Целью исследования стало изучение артериальной ригидности у пациентов с сочетанным течением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 40 человек с сочетанным течением ХОБЛ и АГ, средний возраст составил 64,9±9,2 года. Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу были отнесены пациенты с корригированной артериальной гипертензией, т.е. за время пребывания в стационаре их АД не превышало целевых значений. Пациенты из 2-й группы имели некорригированную АГ, т.е. их АД составляло 140/90 мм.рт.ст. и выше. У всех больных оценивалась длительность курения, длительность симптомов ХОБЛ, а также длительность и степень повышения АД. Всем больным проводилось исследование функции внешнего дыхания с обязательным проведением пробы с сальбутамолом (спирограф SHILLER PC SPIROGRAPHY), а также проводилось исследование скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) на плечевых, лучевых и бедренных артериях с помощью аппарата Pulse Trase PWV PT 4000.

Результаты:

В 1 группу вошли 12 человек, из них 7 мужчин и 5 женщин (58,3 и 41,6% соответственно). Во вторую – 28 человек; 18 мужчин и 10 женщин (64,2 и 35,8%) Указанные группы достоверно не имели отличий по длительности АГ, длительности таких симптомов ХОБЛ как продуктивный кашель и одышка а также не отличались по степени тяжести ХОБЛ. При определении артериальной жесткости были выявлены достоверные различия в СРПВ на плечевой артерии: в 1 группе этот показатель составил 15,1±7,1 м/с, в то время как во 2 группе – 8,4±5,6 м/с (p=0,002). Показатели СРПВ на лучевых и бедренных артериях в данных двух группах достоверно не различались.

Заключение:

Таким образом, пациенты с некоррегированной артериальной гипертензией в сочетании с ХОБЛ имеют более высокую СРПВ на плечевой артерии как фактор риска прогрессирования АГ и развития ее осложнений.

10.6. МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Баталова А. А., Чудинова Л. Н., Матвеева А. В.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера»
Миздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

Артериальная жесткость является одним из наиболее значимых показателей для прогнозирования кардиоваскулярных событий. Она позволяет выявить дисфункцию эндотелия, атеросклеротические изменения на самых ранних этапах, предсказать риск сердечно-сосудистых осложнений. Цель работы: оценить артериальную жесткость по данным цветного дуплексного исследования сосудов у лиц с артериальной гипертензией (АГ), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), а также при сочетании данных заболеваний.

Материал и методы:

Всего обследовано 54 человека, в возрасте от 48 до 59 лет, средний возраст $53,1 \pm 0,6$. Группа 1 – пациенты с изолированной АГ II стадии, 17 человек. Группа 2 – лица с изолированной ХОБЛ- 11 человек. Группа 3 – пациенты с сочетанием АГ и ХОБЛ – 15 человек. 4 группа сравнения 11 человек - практически здоровых лиц. Определялся эластичный модуль упругости (ES) правой общей сонной артерии (ПОС) и плечевой артерии (ППА).

Результаты:

По нашим данным у практически здоровых лиц (группа 4) ES ПОС составил $1,25 \pm 0,25$, ES ППА – $0,37 \pm 0,25$ мм рт.ст./см. В группе 1- ES ПОС составил $1,99 \pm 0,6$ ($P < 0,001$), ES ППА – $0,63 \pm 0,2$ ($P < 0,01$), что значительно выше чем у здоровых. В группе 2 - ES ПОС составил $1,99 \pm 0,6$ ($P < 0,001$), ES ППА – $0,63 \pm 0,2$ ($P < 0,01$). В группе 3 - ES ПОС составил $1,86 \pm 0,6$ ($P < 0,01$), ES ППА – $0,58 \pm 0,17$ ($P < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, увеличение жесткости стенки артерий, а следовательно более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, имеют не только пациенты с АГ и при АГ в сочетании с ХОБЛ, но и при изолированной ХОБЛ.

10.7. О СТРУКТУРЕ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Барламов П. Н., Щекотов В. В., Урбан П. И.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера»
Миздравсоцразвития России

Материал и методы:

На первом этапе было осуществлено тестирование на наличие гипервентиляционного синдрома (ГВС) 137 больных артериальной гипертензией (АГ) I-II стадии при помощи Наймигенского вопросника (НВ) (Nijmegen questionnaire) (2004),

который считается классическим для выявления клинических проявлений данного синдрома. На втором этапе - капнометрическое исследование с гипервентиляционной пробой больным, у которых по данным НВ выявился ГВС и 30 больным с отрицательными результатами тестирования.

Результаты:

38 (27,7%) человек по данным НВ набрали более 22 баллов, что позволило нам поставить им диагноз клинически выраженного ГВС (КВГВС). Капнометрическое исследование обнаружило, что эти больные имели исходное снижение CO_2 менее 4,5 объемных % выдыхаемого воздуха, что позволило нам по классификации В. Н. Абросимова (2001) поставить им диагноз стабильного варианта ГВС (СГВС). Такие же результаты наблюдались у 16 (38,6%) из 30 пациентов, имеющих менее 22 баллов по данным исследования при помощи НВ, что также позволило диагностировать у них СГВС. Остальные 14 больных с отрицательным результатом Наймигенского вопросника распределились следующим образом. У 9 (21,7%) при проведении пробы с гипервентиляцией наблюдалось удлинение времени восстановления исходного содержания CO_2 выдыхаемого воздуха больше 5 минут, что позволило диагностировать в этой группе латентный вариант ГВС (ЛГВС). Только у 5 (12,1%) пациентов мы не видели ни клинических, ни капнометрических признаков ГВС.

Заключение:

Таким образом, структура ГВС у больных АГ выглядела следующим образом: 27,7% имели КВ ГВС, 38,6% - СГВС и 21,7% - Л ГВС. Лишь 12,1% больных АГ не имели гипервентиляционного синдрома.

10.8. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМОВ

Матаев С. И., Василькова Т. Н.

ФГУ НЦ ПиЛП ТюмНЦ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить особенности артериальной гипертензии (АГ), ее взаимосвязь с профилем интерлейкинов у больных при сочетании метаболического синдрома (МС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы:

Обследовано 119 больных мужского пола с МС, которые были разделены на 2 группы: 1-я (60 человек) больные с изолированным МС, 2-я (57 человек) - больные с ассоциацией МС и ХОБЛ (средней степени тяжести, фаза ремиссии). МС верифицировали согласно критериям ВНОК (2008), АГ – ВНОК (2004), ХОБЛ – ATS и ERS (2005). Профиль интерлейкинов определяли в сыворотке крови методом ИФА. Состав тела оценивали методом биоимпедансометрии (ABC-01 «Медас», Россия).

Результаты:

Установлено, что у больных с ассоциацией МС и ХОБЛ преобладала распространенность тяжелой АГ (III степени), наличие которой выявлено у 39,1% в сравнении с больными с изолированным МС - 18,75%, ($p < 0,05$). При этом наличие АГ I степени оказалось наименьшим у больных с МС и ХОБЛ - 12,5% против 15,7%, ($p < 0,05$) у больных с изолированным МС. Оценка ИМТ выявила преобладающие значения у больных с сочетанной патологией, где выявлено ожирение

I степени – $33,7 \pm 2,1$ кг/м² против $28,5 \pm 3,4$ кг/м², соответствующего избыточной массе тела. Следует отметить, что ИМТ был обусловлен ростом жировой массы (ЖМ) на фоне дефицита тощей массы (ТМ), что подтверждено в ходе биоимпедансометрии. Так, содержание ЖМ у больных с МС и ХОБЛ составило 54,9%, тогда как при изолированном МС – 45,1%, ($p < 0,05$), а ТМ – 38% и 62%, ($p < 0,05$) соответственно. В ходе корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между уровнем АД и содержанием ФНО- α ($r = 0,937$, $p < 0,01$), ИЛ-4 ($r = -0,864$, $p < 0,05$). Наряду с этим установлено, что уровень АД возрастает не только при увеличении жировой массы в организме ($r = 0,957$, $p < 0,01$), но и при редукции эндогенного пула белка, представленного тощей массой ($r = -0,812$, $p < 0,05$).

Заключение:

Течение АГ при сочетании МС и ХОБЛ характеризуется более тяжелым течением, что связано с выраженным дисбалансом компонентного состава тела у больных с сочетанной патологией, обуславливающим значимый дисбаланс цитокинового профиля.

10.9. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Василькова Т. Н., Рыбина Ю. А.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ), сочетаясь с ХОБЛ, приводит к выраженным нарушениям нейродинамики, создавая почву для возникновения когнитивных нарушений (КН). Цель работы: оценить когнитивные функции (КФ) у больных с АГ в сочетании с ХОБЛ.

Материал и методы:

Обследовано 50 мужчин с АГ различной степени тяжести, сочужающейся с ХОБЛ средней степени тяжести с сопутствующей АГ I-II-III степени; средний возраст обследованных – $65,80 \pm 4,7$ лет. В зависимости от степени тяжести АГ сформировано 3 группы: 1 группа – ХОБЛ+АГ I ст. (4%); 2 группа – ХОБЛ+АГ II ст. (60%); 3 группа – ХОБЛ+АГ III ст. (36%). Всем больным проведено комплексное клинико-функциональное исследование с целью верификации диагноза АГ и ХОБЛ. Батарея психологических методик состояла из шкалы оценки когнитивных функций MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), тест рисования часов, тест «5 слов» (В. Dubois, 2002).

Результаты:

Установлено многофакторное повреждающее действие АГ и ХОБЛ на головной мозг, когда в результате циркуляторной гипоксии, очаговой и диффузной ишемии белого вещества с гибелью олигодендроглиоцитов, осуществляющих в головном мозге миелинообразующую функцию и поддерживающих структуру миелина, с последующей деструкцией и прогрессирующей утратой миелиновых волокон, усугублялись КН. По результатам теста MMSE у 50% больных 1 группы КН отсутствовали и в 50% случаев выявлялись легкие КН, тогда как у больных 2 группы в 20% случаев отсутствовали КН, в 54% КН носили легкий характер и в 26% установлена деменция легкой степени. У больных с тяжелой АГ (3 группа) в 100% случа-

ях наблюдались нарушения когнитивной сферы деятельности различной степени тяжести: 34% легкие КН, 66% – деменция легкой степени. Наряду с этим при оценке теста «5 слов» во всех трех группах отмечалось снижение памяти, для 1 группы средние значения составили $3,14 \pm 1,2$, 2 группа – $2,40 \pm 0,54$, 3 группа – $1,83 \pm 0,48$ баллов.

Заключение:

Таким образом, установлена зависимость КФ от степени выраженности АГ, с увеличением тяжести гипоксического синдрома при ХОБЛ и степени АГ ухудшаются КФ, а само повышение АД является одним из основных факторов риска развития деменции и расстройства КФ, что в целом усугубляет течение и лечение данной категории больных.

10.10. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Козлов Е. В., Цибульская Н. Ю.

ГОУ ВПО КрасГМУ им проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Введение (цели/задачи):

Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных с ХОБЛ в зависимости от тяжести заболевания.

Материал и методы:

Обследовано 32 пациента мужского пола с ХОБЛ (средний возраст $65 \pm 2,3$ лет). Группу контроля составляют 20 мужчин с эссенциальной гипертензией соответствующего возраста. Всем больным проводили суточный мониторинг артериального давления (СМАД) в течение 24 часов, эхокардиографию (Эхо-КГ) и холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты:

При исследовании СМАД в группе контроля преобладает тип «dipper». При распределении по степени тяжести ХОБЛ у больных с более легким течением преобладал тип «night-reakers» по индексу САД и «non-dipper» по индексу ДАД, в отличие от более тяжелого течения заболевания «non-dipper» по САД и ДАД. По данным регистрации суточного мониторирования ЭКГ у 7 из 32 (21,9%) обследуемых было выявлено нарушение проводимости: БЛНПГ, БПНПГ, АВ блокада I ст. У 11 из 32 (34,5%) лиц зарегистрированы нотонопные аритмии (преимущественно синусовая тахикардия у 8 из 32 (25%)), что возможно связано с приёмом бронхолитиков. Гетеротропные аритмии наблюдались у 6 из 32 (18,75%) обследуемых. По данным Эхо-КГ у больных с более тяжелым течением ХОБЛ чаще встречалась диастолическая дисфункция левого желудочка и расширение правых отделов сердца от умеренной до выраженной степени. При этом фракция выброса ЛЖ составляла $46,4 \pm 2,1$ мм рт. ст., а средние показатели давления в лёгочной артерии $45,3 \pm 3,1$ мм рт. ст.

Заключение:

Артериальная гипертензия у больных с ХОБЛ характеризуется недостаточным снижением АД в ночные часы, что вероятно связано с возникающими периодами гипоксемии во время сна. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ХОБЛ зависит от наличия различных факторов риска и тяжести протекания болезни.

10.11. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ДИГИДРОПЕРИДИНОВЫМИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ НА УРОВЕНЬ ЛЕГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

КАРПУХИНА Е. О., КОЗЛОВ Е. В., ОРЕЛ Л. Г.

КРАСГМУ ИМ ПРОФ. В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

Введение (цели/задачи):

Изучить эффективность использования амлодипина в лечении легочной гипертензии (ЛГ) у больных в сочетании ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы:

Обследовано 56 мужчин, страдающих ХОБЛ в сочетании с ИБС, средний возраст $63,1 \pm 1,5$ лет (1 группа) и 12 больных ХОБЛ в сочетании с ГБ (2 группа) соответствующего возраста и пола. Степень ЛГ оценивалась с помощью эхокардиографии (Эхо-КГ).

Результаты:

У больных 1-й группы СДЛА составило в среднем $48 \pm 2,7$ мм.рт.ст., у больных 2-й группы $36 \pm 2,4$ мм.рт.ст. Пациентам с

ЧСС до 80 уд/мин назначался вероамлодипин (фармацевтическая компания «Верофарм»), нормодипин («Гедеон Рихтер») и леркамен («Берлин-Хеми»). Пациентам с ЧСС свыше 80 уд/мин к терапии дополнительно добавляли кораксан (компания «Сервье»). Использовались препараты вероамлодипин, нормодипин, леркамен в дозе 5 - 10 мг в сутки в зависимости от массы тела. Наблюдение проводилось на протяжении 12 недель. При появлении системной гипотонии либо отеков в нижних конечностях применяли диуретики. Положительная динамика отдельных Эхо-КГ показателей наблюдалась у всех пациентов: отмечалось достоверное уменьшение ДПЖ ($p < 0,05$), тенденция к уменьшению ТСПЖ в сравнении с исходными показателями, снижение СДЛА в 1-й группе после лечения в среднем до $38,9 \pm 1,2$ мм.рт.ст., во 2-й группе СДЛА после лечения – $30,6 \pm 0,9$ мм.рт.ст.

Заключение:

Терапия дигидроперидиновыми антагонистами кальция у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и при коморбидности ХОБЛ и ГБ достоверно снижает уровни давления в легочной артерии и могут быть успешно использованы в лечении данной категории больных.

11. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АРИТМИЙ

11.1. ЦИРКАДНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ИНТЕРВАЛА QT У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера
Минздравсоцразвития России

Материал и методы:

С помощью 24-часового холтеровского мониторирования электрокардиографии (Кардиотехника, Инкарт, СПб) обследовано 116 больных с бронхообструктивным синдромом: 62 мужчины и 54 женщины, разделенных на 2 группы: 1 – лица с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) 78 чел; 2 – лица без ДСТ 38 чел. Средний возраст больных в 1 группе составил 56,4±1,8 лет, во 2 группе 58,3±2,0 лет, $p>0,05$.

Результаты:

Показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток достоверно не различались и составили в 1 группе 80,05±1,21 уд/мин днем, 65,28±1,18 уд/мин ночью, во 2 группе 83,13±1,89 уд/мин днем; $p=0,156$; 67,05±1,53 уд/мин ночью; $p=0,379$. Циркадный индекс (ЦИ) ЧСС в 1 группе равен 124,74±1,51%, во 2 группе - 124,26±1,48%, $p=0,842$. ЦИ ЧСС был повышен в 1 группе у 9%, во 2 группе у 2,6%; снижен в 1 группе у 16,7%, во 2 группе у 23,7% пациентов. В 1 группе у 23,1% больных выявлялось удлинение интервала QT, у 2,6% - его укорочение. Во 2 группе удлинение интервала QT наблюдалось в 18,9%. Длительность интервала QT в среднем за сутки составляла 392,01±1,76 мсек в 1 группе пациентов, 384,36±2,21 мсек во 2 группе, $p>0,05$. Обнаружены статистически значимые отличия ($p<0,05$) в продолжительности интервала QT только в дневное время суток: QTсреднее в 1 группе 377,48±3,47 мсек, во 2 группе 358,34±4,65 мсек; QTмаксимальное в 1 группе 417,77±4,15 мсек, во 2 группе 402,65±5,52 мсек; QT-корригированное среднее в 1 группе 411,35±2,04 мсек, во 2 группе 395,63±2,92 мсек; QT-дисперсия в 1 группе 24,31±5,65 мсек, во 2 группе 19,11±2,98 мсек. Среднее значение корригированного QT во время сна в 1 группе составило 452,74±2,00 мсек, что превышает установленную норму (Moss A.J., 1993; АНА/АССF, 2010).

Заключение:

У пациентов с синдромом ДСТ выявляется склонность к повышенной вариабельности ЧСС, неомогенности процессов реполяризации, что может являться одним из условий возникновения опасных для жизни аритмий.

11.2. ЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ СРЕДНЕСУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ И ДОСТИЖЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Соломасова Л. В., Пшеницин А. И., Мазур Н. А.

ГБОУ ДПО РМАПО, КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ

Материал и методы:

29 больным (14 мужчин, 15 женщин, средний возраст 60,1±8,4 лет) с артериальной гипертензией (АГ) и еженедельными клинически значимыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) провели 12-недельный курс терапии верапамилом пролонгированного действия (начальная доза 120-240 мг/сут). Методы контроля: оценка клинического состояния с использованием анкеты самооценки выраженности пароксизмов тахикардии (с последующим анализом их частоты и суммарной длительности), общепринятое измерение офисного АД, бифункциональное суточное мониторирование АД и ЭКГ (БМ). Показатели антигипертензивного эффекта – достижение величины офисного АД менее 140/90 мм рт.ст. и среднесуточного АД менее 130/80 мм рт.ст. Показатели антиаритмического эффекта: уменьшение количества и длительности субъективно ощущаемых больными пароксизмов ФП за неделю, отсутствие или уменьшение суммарной длительности (не менее 50%) пароксизмов ФП при повторном БМ.

Результаты:

В конце курса терапии доза верапамила пролонгированного действия составила 366±110 мг/сут. У 17 % больных из-за недостаточного антигипертензивного эффекта к лечению верапамилом добавлялся нолипрел. Целевые значения офисного АД были достигнуты у всех больных, систолическое АД (САД) достоверно снизилось на 17,8% (с 161,4±11 до 132,7±10,2 мм рт. ст., $p<0,001$), диастолическое АД (ДАД) на 16,8% (с 95,9±7,8 до 79,8±6,7 мм рт. ст., $p<0,001$). Антиаритмический профилактический эффект был отмечен у 22 больных (75%). Кроме того выявлена умеренная корреляционная связь между уменьшением количества пароксизмов ФП при БМ и уровнем снижения офисного систолического АД ($R=0,37$; $p=0,047$). По данным БМ среднесуточное САД снизилось со 137,3±10,6 до 127,9±11,4 мм рт. ст. (6,8%, $p=0,003$), среднесуточное ДАД с 84,8±9,8 до 76,3±9,1 мм рт. ст. (10,1%, $p=0,002$). Снижение среднесуточного АД до 130/80 мм рт.ст. и ниже было достигнуто у 15 (52%) больных (подгруппа 1), сохранение среднесуточного АД выше 130/80 мм рт.ст. - у 14 (48%) больных (подгруппа 2). При сравнении в подгруппе 1 был отмечен достоверно более значимый антиаритмический профилактический эффект (у 15 человек) по сравнению с 7 больными из подгруппы 2 ($p=0,02$).

Заключение:

Достижение при антигипертензивной терапии больных АГ с пароксизмальной ФП целевых значений АД является важным показателем прогнозирования антиаритмического эффекта у больных артериальной гипертензией с пароксизмами фи-

брилляции предсердий. Контроль среднесуточного АД более информативен по сравнению с показателями офисного АД в отношении оценки антиаритмического влияния проводимого лечения.

11.3. ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Свиричев Ю. В., Звартау Н. Э., Ротарь О. П.,
Коростовцева Л. С., Конради А. О., Калинин А. Л.

ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Минздравсоцразвития РФ,
Клиническая больница № 83 ФМБА

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материал и методы:

У 30 (23 мужчины и 7 женщин, средний возраст 54,9±8,6 лет) больных АГ I-II степени (АДс – 151,3±11,3 мм рт.ст., АДд – 99,2±7,1 мм рт.ст.) с диагнозом СОАС (индекс апноэ/гипноэ – 31,6±21,3 в час сна) на исходном визите после ознакомления больного с целями и задачами исследования, проводилось подписание информированного согласия. При необходимости на 5 дней пациенту отменялась антигипертензивная терапия («период отмыва») (если требовалась постепенная отмена терапии то «период отмыва» увеличивался до 10-14 дней), проводилось СМАД. В последующем проводилась титрация дозы телмисартана до 80 мг в сутки. Критериями для повышения дозы являлось отсутствие снижения АД до «целевого уровня» (140/90 мм рт.ст.). Через 12 недель приема оценивалась общая переносимость препарата, возможные побочные явления, соблюдение пациентом режима приема препарата, АД и ЧСС, проводилось повторное СМАД. Длительность лечения составляла 12 недель. СМАД выполнялось на портативном приборе «SpaceLabs 90207» (USA).

Результаты:

Исследование завершило 26 пациентов у 3 больных развились аллергические реакции у 2 сухой кашель, а у 1 больного развился ангионевротический отек легкой степени выраженности, нежелательные явления регрессировали сразу после отмены препарата, назначения десенсибилизирующей терапии не потребовалось и 1 пациент к моменту завершения исследования также не смог выполнить процедуры протокола, так как был вынужден уехать по личным причинам. Целевого уровня АД по данным «офисного» измерения удалось достигнуть у 24 больных. Применение периндоприла эффективно снижало средние показатели АДс (за сутки исходно 140±7,3 через 3 месяца 128,1±6,9 мм рт.ст., $p<0,001$; за день 146,4±7,1 и 132,7±5,7 мм рт.ст., $p<0,001$, исходно и через 3 месяца соответственно; за ночь 138,2±6,9 и 126,4±5,2 мм рт.ст., $p<0,001$, исходно и через 3 месяца соответственно) и АДд (за сутки исходно 93,9±5,9 через 3 месяца 80,7±4,9 мм рт.ст., $p<0,001$; за день 95,3±5,5 и 82,9±5,3 мм рт.ст. $p<0,01$, исходно и через 3 месяца соответственно; за ночь 91,8±6,1 и 78,6±5,1 мм рт.ст., $p<0,001$, исходно и через 3 месяца соответственно).

Заключение:

Терапия ингибитором ангиотензин превращающего фермента периндоприла эффективно влияет на уровень систолического и диастолического АД, по данным СМАД у больных АГ с СОАС.

11.4. ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ

Заяц А. Н., Шишко В. И.

УО «ГрГМУ», БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – определение особенности вегетативного тонуса (ВТ) у молодых мужчин с артериальной гипертензией (АГ) 1 степени в зависимости от массы тела.

Материал и методы:

Обследован 51 мужчина с АГ 1 степени призывного возраста (средний возраст 23±1,2 лет). Оценивались спектральные характеристики variability ритма сердца (ВРС) при 5-минутной записи. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) мужчины были распределены на 3 группы: 1-ую группу составили 18 мужчин с нормальной массой тела (ИМТ – 21.9(21.1;23.0)), 2-ую группу – 25 мужчин с избыточной массой тела (ИМТ – 27.8(26.6;28.1)), 3-ю – 7 мужчин с ожирением 1 степени (ИМТ – 32.5(31.4;34.3)). Результаты представлены в виде Me (25%;75%).

Результаты:

Показатели ВРС в 1-ой группе: TP(мс2) – 3986(2939;5085), VLF(мс2) – 1806(1137;3056), LF(мс2) – 1003(637;1297), HF(мс2) – 805(480;1306), LF/HF – 1.1(0.9;1.4), VLF% – 51(43;59), LF% – 26(19;30), HF% – 20(16;25); во 2-ой группе – TP(мс2) – 3102(2225;3985), VLF(мс2) – 1378(815;2032), LF(мс2) – 831(557;1116), HF(мс2) – 639(311;1397), LF/HF – 1.4(0.7;2.2), VLF% – 50(33;57), LF% – 27(22;35), HF% – 19(14;36); в 3-ей группе – TP(мс2) – 3224(2062;4008), VLF(мс2) – 874(520;974), LF(мс2) – 1277(760;1764), HF(мс2) – 1262(426;1600), LF/HF – 1.72(0.8;2.1), VLF% – 23(21;32), LF% – 39(26;43), HF% – 29(20;41). 3-я группа отличалась от 1-ой и 2-ой групп низким значением VLF% ($p=0.0004$, $p=0.007$, соответственно).

Заключение:

Из полученных результатов видно, что с увеличением массы тела увеличивается влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы на регуляцию сердечного ритма в состоянии покоя со статистически значимым снижением гуморально-метаболических регуляторных влияний.

11.5. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кошелева Н. А., Ребров А. П.

САРАТОВСКИЙ ГМУ

Введение (цели/задачи):

Определить прогностическое значение показателей variability ритма (ВРС) у больных с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией в течение одного года.

Материал и методы:

В исследование включено 110 больных (средний возраст $55,1 \pm 6,4$ лет) и 40 практически здоровых людей. Критерии включения: перенесенный Q-инфаркт миокарда, наличие артериальной гипертензии, информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Показатели ВСП изучали на 5 минутных записях ЭКГ, аппарат «Волготех».

Результаты:

У пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией определено снижение ($p < 0,05$) показателей спектрального анализа по сравнению со здоровыми лицами. Выявлена корреляционная взаимосвязь между низкочастотным компонентом (LF) спектра и возрастом ($r = -0,35$, $p < 0,001$), ЧСС ($r = -0,30$, $p = 0,02$), NT-proBNP ($r = 0,37$, $p < 0,001$), ВЧСРБ ($r = 0,30$, $p = 0,03$) и ФВ ЛЖ ($r = 0,31$, $p = 0,002$). В течение одного года наблюдения у обследуемых развилось 50 случаев сердечно-сосудистых осложнений: в 22 случаях была декомпенсация ХСН, у 13 больных – повторный инфаркт миокарда, 15 пациентов умерли. По медиане LF спектра пациенты разде-

лены на 2 группы: I группа - $LF < 5,2 \ln \text{ms}^2$ и II группа - $LF > 5,2 \ln \text{ms}^2$. При сравнении кривых выживаемости методом Каплана–Мейера показано, что при LF спектра $< 5,2 \ln \text{ms}^2$ вероятность декомпенсации ХСН ($p = 0,03$), развития повторного инфаркта миокарда ($p = 0,007$), летального исхода ($p = 0,003$) больше, чем у пациентов с $LF > 5,2 \ln \text{ms}^2$. В многофакторной модели независимыми предикторами летального исхода у пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией в течение года были фракция выброса левого желудочка [ОР 1,2, ДИ 1,0–1,4, $p = 0,01$], мочевиная кислота [ОР 0,98, ДИ 0,97–1,0, $p = 0,03$], NT-proBNP [ОР 0,98, ДИ 0,97–1,0, $p = 0,01$] и $LF < 5,2 \ln \text{ms}^2$ [ОР 1,20, ДИ 0,12–5,7, $p = 0,04$].

Заключение:

Низкочастотный компонент спектрального анализа вариабельности сердечного ритма менее $5,2 \ln \text{ms}^2$ - независимый предиктор летального исхода в течение года у пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда и артериальной гипертензией.

12. ГЕНЕТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИКА. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

12.1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ: АССОЦИАЦИЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

СЕРИКОВА Е. В.

УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» УО

Материал и методы:

С помощью полимеразной цепной реакции изучены A1166C полиморфизм гена рецептора ангиотензина II 1-го типа (AT2R1), Ala(-9)Val полиморфизм гена супероксиддисмутазы 2 типа (SOD2), I/D полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), Ser447Ter полиморфизм гена липопротеинлипазы (LPL), C677T полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), Arg506Gln полиморфизм гена V фактора свертывания (F5). Обследовано 273 пациента с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 23 до 91 года. Материал - ДНК, выделенная из лейкоцитов крови пациентов. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программы Statistica 8.0 с применением критерия χ^2 .

Результаты:

Из 199 обследованных пациентов лишь 3 человека оказались гетерозиготами по гену F5 и 19 человек - по LPL, и никто - гомозиготой. Дальнейшее изучение этих полиморфизмов не проводилось. Статистический анализ определенных аллелей генов AT2R1, SOD2, ACE и MTHFR показал, что аллель С гена AT2R1 ассоциирован с более тяжелым течением АГ: наблюдается статистически значимая разница между группами пациентов с АГ 3 степени, развившейся в возрасте до 55 лет, и пациентов с АГ 3 степени, развившейся в возрасте старше 55 лет ($\chi^2 = 4,26$; $p = 0,0391$), а также между группами пациентов с АГ 1-2 степени и АГ 3 степени в возрасте до 55 лет ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,0409$). Анализ аллелей других генов не выявил статистически значимых различий.

Заключение:

Поскольку носительство определённого аллеля является немодифицируемым фактором риска, обследование на носительство аллеля С гена AT2R1 может служить критерием для выделения групп повышенного риска раннего прогрессирования АГ для целенаправленной профилактики и своевременной терапии данной патологии. Работа выполнена на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории УО «Гомельский государственный медицинский университет» (Беларусь).

12.2. АССОЦИАТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЯДА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАКСИМОВ В. Н., ВОЕВОДА М. И., НИКИТИН Ю. П.,
МАЛЮТИНА С. К., ОРЛОВ П. С.

ФГБУ «НИИ ТЕРАПИИ» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Изучить информативность 35 генетических маркёров, ото-

бранных на основе мировых полногеномных ассоциативных исследований артериальной гипертензии, для оценки риска этого заболевания в российской популяции.

Материал и методы:

Геномную ДНК выделяли из 10 мл венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Однонуклеотидные полиморфизмы (ОНП) тестировали с помощью ПЦР в реальном времени, с анализом по конечной точке, в соответствии с протоколом фирмы производителя (зонды TaqMan, USA) на приборе ABI 7900HT. Группа больных с АГ (94 человека), контрольная группа без АГ (94 человека).

Результаты:

С АГ ассоциированы rs1378942 гена CSK, rs9939609 гена FTO, rs17465637 гена MIAF3. Отношение шансов иметь АГ для носителей генотипа AC rs1378942 составляет 2.1 (95 % ДИ 1.1-4.0; $p=0.026$). Генотип AA является протективным в отношении развития АГ, отношение шансов иметь АГ для носителей генотипа AA составляет 0.4 (95 % ДИ 0.2-0.8; $p=0.011$). Достоверное различие получилось в среднем уровне диастолического ($p=0,018$) и систолического ($p=0,019$) давления при сравнении носителей генотипа AA с двумя другими генотипами. Носители разных генотипов rs2681472 достоверно отличаются по уровню среднего систолического и пульсового АД, индексу массы тела и отношению талия/бёдра. rs2681492 ещё один ОНП в гене ATR2B1. На нашей выборке помимо систолического АД обнаружена его ассоциация с пульсовым АД и частотой сердечных сокращений. Носители разных генотипов rs4343 (ген ACE) значимо отличаются по среднему уровню индекса атерогенности, индекса массы тела и отношению талия/бёдра. rs1004467 гена CYP17A1 ассоциирован с пульсовым АД.

Заключение:

Исследования по репликации результатов полногеномных анализов ассоциаций распространенных заболеваний с ОНП маркерами являются актуальным и перспективным направлением исследований в российской популяции не только для самих заболеваний, но и их количественных факторов риска. Представлены результаты первого этапа исследования. Для проверки полученных данных планируется увеличение исследуемых групп в 3 раза (до 600 человек). Исследование выполнено в рамках проекта «Исследование генетических механизмов эссенциальной артериальной гипертензии» федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России на 2009 - 2013 годы».

12.3. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ЯДЕРНЫХ РЕЦЕПТОРОВ И ДНК-ПОЛИМЕРАЗ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МИНУШКИНА Л. О., БРАЖНИК В. А., НИКИТИН А. Г.,
ЗАТЕЙЩИКОВ Д. А., НОСИКОВ В. В., СИДОРЕНКО Б. А.

ФГБУ УНМЦ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ, РФ ГУЗ ГКБ 51,
ГНЦ РФ «ГОСНИИ ГЕНЕТИКА»

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было изучить ассоциацию полиморфных маркеров генов-кандидатов, кодирующих ядерные рецепторы и ДНК-полимеразы с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Обследовано 177 больных гипертонической болезнью (83 (46,9%) мужчины и 94 (53,1%) женщины). Средний возраст - $60,6 \pm 0,76$ лет. В обследованной группе было 19 (10,9%) больных с АГ I степени, 57 (32,8%) больных с АГ II степени и 101 (56,3%) - с АГ III степени. Структурные особенности миокарда левого желудочка исследовались с помощью эхокардиографии. Наличие гипертрофии миокарда диагностировали при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 125 г/м^2 - для мужчин и 110 г/м^2 - для женщин. Генотипы полиморфных маркеров генов PPARG2, PPARG3, PPARA, PPARGC1A, PARP1, PARG были определены с помощью ПЦР.

Результаты:

В обследованной группе оказалось 68 больных без признаков ГЛЖ и 109 больных с ГЛЖ. Больные с ГЛЖ были старше ($p=0,001$), имели большую длительность ГБ ($p=0,018$), более высокий уровень систолического артериального давления ($p=0,008$) и больший индекс массы тела ($p=0,001$). Среди больных с ГЛЖ было больше женщин (57,7% и 37,5%, $p=0,025$), и больше больных с сахарным диабетом 2 типа (17,5% и 5,0%, $p=0,040$). Достоверных различий в частотах аллелей и генотипов полиморфных маркеров генов PPARG2, PPARG3, PPARA, PPARGC1A, PARP1 в группах больных с наличием и отсутствием ГЛЖ выявлено не было. Среди больных с ГЛЖ достоверно выше оказалась частота генотипа GG полиморфного маркера A(-431)G гена PARG ($p=0,023$) [OR 3,61 CI 1,21-12,91]. Носительство аллеля A оказалось протективным [OR 0,27 CI 0,07-0,98]. Носители генотипа GG имели достоверно больший ИММЛЖ по сравнению с носителями аллеля A ($157,6 \pm 13,10$ и $129,1 \pm 5,31 \text{ г/м}^2$ соотв., $p=0,047$).

Заключение:

Таким образом, показана ассоциация ГЛЖ у больных ГБ с генотипом GG полиморфного маркера A(-431)G гена PARG.

12.4. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ CCL2, CXCR3 И SELE С ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимашева Я. Р., Матвеева В. А., Насибуллин Т. Р., Туктарова И. А., Карамова И. М., Мустафина О. Е.

Институт биохимии и генетики
Уфимского научного центра РАН

Введение (цели/задачи):

Эссенциальная гипертензия (ЭГ) – распространенное заболевание с тяжелыми сердечно-сосудистыми осложнениями (инфаркт миокарда и инсульт), являющимися наиболее частыми причинами заболеваемости и смертности в современном мире. Хроническое системное воспаление и дисфункция эндотелия – важные факторы в механизме повышения артериального давления, в котором принимают участие медиаторы воспаления (цитокины) и селектины. В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования являлось проведение анализа ассоциаций с ЭГ полиморфных локусов генов CXCR4, CXCR3, SELE, CD40L и CCL2.

Материал и методы:

Материалом для исследования послужили образцы ДНК 217 больных ЭГ и 243 лиц контрольной группы. Генотипирование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и анализа полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДФ).

Результаты:

Анализ ассоциаций гаплотипов гена CCL2 с ЭГ показал, что гаплотип CCL2*A*G*D*T является маркером повышенного риска ЭГ (OR=1.53, P=0.0099). С помощью программы MDR (multifactor dimensionality reduction) был проведен анализ межгенных взаимодействий полиморфных вариантов исследуемых генов, в результате которого был обнаружен синергизм (IG=2.18%) между полиморфными локусами генов CXCR3 и SELE. С помощью логистического регрессионного анализа было продемонстрировано, что сочетание генотипа SELE*C/T и аллеля CXCR3*C ассоциировано с повышенным риском развития ЭГ (OR=1.73, P<0.001).

Заключение:

Полученные нами данные свидетельствуют о наличии ассоциации между гаплотипом CCL2*A*G*D*T и ЭГ. Кроме того, нами обнаружено взаимодействие между полиморфными маркерами генов SELE и CXCR3, повышающее риск ЭГ у носителей сочетания генотипа SELE*C/T и аллеля CXCR3*C.

12.5. АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА И КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЛИМОРФНЫМИ МАРКЕРАМИ В ГЕНАХ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА

Хасанов Н. Р., Хан М. Б.

Казанский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение уровня сывoroточного креатинина и клиренса креатинина у лиц с семейной отягощенностью по артериальной гипертензии (АГ) с учетом I/D полиморфизма в гене ACE и G49S полиморфизма в гене ADRB1.

Материал и методы:

В исследование было включено 74 больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии, 1-2 степени АГ (группа пробандов) и 75 их родственников I степени родства (группа сибсов), среди которых 9 человек страдали ГБ. Обследованных из состава sibсовых пар можно рассматривать как лиц с семейной отягощенностью по АГ. Всем обследованным определялся сывoroточный креатинин, клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта, I/D полиморфизм в гене ACE и G49S полиморфизм в гене ADRB1 методом полимеразной цепной реакции. У всех обследованных заболевания почек в анамнезе отсутствовали.

Результаты:

Для определения возможной ассоциации I/D полиморфизма в гене ACE и G49S полиморфизма в гене ADRB1 с уровнем сывoroточного креатинина и величиной клиренса креатинина в sibсовых парах проведен корреляционный анализ (Гамма-корреляция), показавший наличие достоверной корреляции G49S полиморфизма в гене ADRB1 с величиной сывoroточного креатинина ($\gamma=0,41$, $p=0,02$) и клиренса креатинина ($\gamma=0,50$, $p=0,007$) и достоверной корреляции I/D полиморфизма в гене ACE с величиной сывoroточного креатинина ($\gamma=0,31$, $p=0,03$). Дальнейший анализ с использованием точного критерия Фишера позволил выявить достоверные отличия

чия средних величин сывороточного креатинина у носителей генотипов DD и II гена ACE ($87,3 \pm 4,3$ и $74,6 \pm 3,9$ ммоль/л соответственно, $p=0,047$) при промежуточном значении у гетерозигот ($77,0 \pm 4,2$ ммоль/л) и средних величин клиренса креатинина у носителей генотипов GG и GS гена ADRB1 ($99,7 \pm 6,5$ и $123,3 \pm 10,2$ мл/мин. соответственно, $p=0,049$).

Заключение:

Функциональное состояние почек у лиц с семейной отягощенностью по АГ ассоциировано с I/D полиморфизмом в гене ACE и G49S полиморфизмом в гене ADRB1.

12.6. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Обыденникова О. Н.

ГБОУ ВПО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/задачи):

В современной литературе описывается большое количество генов, возможно имеющих отношение к развитию гипертонической болезни (ГБ). Однако данные о влиянии измененного гена ангиотензиногена на развитие ГБ в настоящее время остаются недостаточно изученными. Цель настоящего исследования – оценить влияние измененного гена ангиотензиногена на развитие ГБ.

Материал и методы:

Обследованы 100 пациентов мужского пола с ГБ и 40 мужчин без заболеваний сердечно-сосудистой системы в возрасте от 20 до 57 лет. В исследование не включались больные с симптоматической артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца. Всем пациентам проводились эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная томография надпочечников, ультразвуковое исследование общей сонной артерии и почечных артерий, исследовалось глазное дно. Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельных вариантов гена ангиотензиногена (T174M, M174M и T174T) проводили с помощью аллельспецифической полимеразной цепной реакции, с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле.

Результаты:

Неизмененный ген встречался у 36 (90%) пациентов без ГБ и у 55 (55%) пациентов с ГБ. Мутантный ген встречался у 4 (10%) пациентов без ГБ и других сердечно-сосудистых заболеваний и у 45 (45%) больных ГБ мужчин ($p<0,001$). Ассоциацию полиморфизмов с развитием ГБ определяли с помощью относительного риска (ОР). ОР показывает во сколько раз увеличивается риск развития ГБ при наличии хотя бы одного мутантного аллеля гена ангиотензиногена по сравнению с его отсутствием. В нашем исследовании $OR=1,52$ ($1,26-1,83$).

Заключение:

При наличии хотя бы одного мутантного аллеля гена ангиотензиногена в 174 положении риск развития ГБ увеличивается в 1,52 раза. Определение полиморфизмов T174M и M174M может быть использовано для выявления предрасположенности к ГБ.

12.7. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Минушкина Л. О., Бражник В. А., Никитин А. Г., Затеищиков Д. А., Носиков В. В., Сидоренко Б. А.

ФГБУ УНМЦ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ,
РФ ГУЗ ГKB 51, ГНЦ РФ «ГосНИИ ГЕНЕТИКА»

Введение (цели/задачи):

Целью нашего исследования было провести анализ возможной ассоциации полиморфизма генов-кандидатов, кодирующих ядерные рецепторы и ДНК-полимеразы с развитием нефропатии у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Всего было обследовано 93 больных с ГБ. Средний возраст больных – $58,3 \pm 1,12$ лет, средняя длительность ГБ на момент обследования – $15,6 \pm 1,16$ лет. В обследованной группе было 52 женщины и 41 мужчина, 34 больных курили, у 2 – в анамнезе был ОНМК, 33 – ишемическую болезнь сердца, у 58 – была отягощенная наследственность. В обследованной группе не было больных, страдающих сахарным диабетом. В исследование не включались больные с сахарным диабетом. Наличие и уровень микроальбуминурии в моче определяли иммунологическим, полуколичественным методом при помощи тест-полосок Микраль-тест II (Rosh Diagnostics GmbH). Генотипы полиморфных маркеров генов PPARG2, PPARG3, PPARA, PPARG, PPARGC1A, PARP1, PARG были определены с помощью ПЦР.

Результаты:

В обследованной нами группе оказалось 44 больных с микроальбуминурией и 49 больных без признаков поражения почек. У больных с микроальбуминурией оказался достоверно выше уровень систолического и диастолического артериального давления. По полу, возрасту, длительности заболевания, уровню гликемии группы достоверно не отличались. Не было и достоверных различий в поражении других органов-мишеней артериальной гипертонии – выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка и толщине комплекса интима-медиа сонных артерий. Больные с микроальбуминурией имели достоверно более высокий уровень холестерина крови. Отмечалась тенденция к снижению у них клиренса креатинина, однако она не достигала статистической достоверности. В группах больных, имеющих и не имеющих признаки нефропатии, достоверно отличались только частоты аллелей полиморфного маркера A(-431)G гена PARG. Аллель A был защитным [$OR\ 0,36\ CI\ 0,15-0,82$] а носительство аллеля G предрасполагало к развитию нефропатии [$OR\ 2,77\ CI\ 1,19-6,47$].

Заключение:

При проведении логистической регрессии оказалось, что генотип полиморфного маркера A(-431)G гена PARG был единственным независимым предиктором развития нефропатии у больных ГБ.

12.8. ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО

Комиссарова С. М., Чакова Н. Н., Крупнова Э. В., Ниязова С. С., Михаленко Е. П., Чеботарева Н. В.

РНПЦ «Кардиология», Институт генетики и цитологии

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ) на эффективность терапии валсартаном больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Исследовали 33 пациента с неструктуривной ГКМП (22 мужчины и 11 женщин, средний возраст 46,7±15,7 лет). У 22 (66,7%) больных ГКМП выявлена сопутствующая артериальная гипертензия (АГ). Оценивали клинические данные, ФК СН NYHA, ФК стенокардии, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ. Всем пациентам назначался валсартан (диован, Novartis) в дозе 80 мг/сутки в течении 6 месяцев, после чего проводилось повторное обследование. Базовая терапия включала β-адреноблокатор – бисопролол (конкор, фирма Nukomed). Методом ПЦР изучали генетический полиморфизм гена АСЕ.

Результаты:

Выявлено следующее распределение генотипов: носителями генотипа DD являлись 27,3%, ID — 30,3% и II — 42,4% пациентов с ГКМП. Доля больных ГКМП с АГ была достоверно больше ($p=0,01$) среди носителей генотипа ID и DD (90% и 100%) по сравнению с носителями генотипа II (28,6%), что указывает на наличие ассоциации аллеля D с развитием сопутствующей АГ у больных с неструктуривной ГКМП. Тяжесть клинических проявлений ГКМП, таких как одышка, уровень АД, выраженность диастолической дисфункции, частота нарушений ритма у пациентов с генотипами DD была более достоверно выше, чем у пациентов с генотипом II и ID. Анализ клинико-гемодинамических показателей в процессе проводимой терапии в зависимости от генотипа гена АСЕ выявил, что у носителей аллеля D достигается достоверное уменьшение ФК ХСН ($p=0,001$), ФК стенокардии ($p=0,05$), показателя индекса массы миокарда ($p=0,05$), показателя дисперсии скорректированного интервала QTd ($p=0,001$) и частоты желудочковых нарушений ритма ($p=0,01$), тогда как у носителей гомозигот II статистически значимых изменений клинических и функциональных показателей в ходе лечения не отмечено.

Заключение:

При неструктуривной ГКМП в сочетании с АГ лечение валсартаном наиболее эффективно для носителей аллеля D. Знание ID генотипов гена АСЕ у пациентов с ГКМП дает врачу дополнительные возможности в создании оптимальных протоколов лечения больных с ГКМП.

12.9. ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ ЛИЗИНОПРИЛА И КАПТОПРИЛА НА ДНК КЛЕТКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ковалева М. В., Анисович М. А., Афонин В. Ю.

НПЦ «Институт фармакологии и биохимии НАН Беларуси»

Материал и методы:

Для оценки действия лизиноприла (Лз) и каптоприла (Кп) на клетки крови использовали самцов крыс SHR. Крысы были распределены на группы по 16 шт и получали Лн в дозе 0,5 и 8 мг/кг, Кп в дозе 2,5 и 15 мг/кг с питьевой водой на протяжении 16 недель. Крысы контрольной группы получали воду. Для оценки действия Лн и Кп на ДНК проводили контроль показателей апоптоза (гиподиплоидные клетки), клеточного

цикла и клеток с микроядрами в периферической крови. Значения показателей измеряли на проточном цитофлуориметре (Beckman Coulter, США). Оценку гематологических показателей проводили на анализаторе (Humacant, Германия). Для статистического анализа использовали пакет Statistica 8.0 (кр. Краскела – Уоллиса).

Результаты:

В группах, получающих Лн, не наблюдали достоверных изменений показателей апоптоза, клеточного цикла по сравнению с контролем. Лн в дозе 0,5 мг/кг снижал количество клеток с микроядрами по сравнению с контролем ($p<0,05$), значения которых были равны 2,4±0,9% и 4,8±0,85%. Кп вызывал снижение клеток с признаками апоптоза в исследуемых группах по сравнению с контролем ($p<0,05$), значения были равны 5,9±1,1% в группе получающей дозу 2,5 мг/кг, 6,4±0,8% в группе с дозой 15 мг/кг и 10,4±1,08% в контроле. При анализе гематологических параметров было установлено, что Лн в дозе 0,5 мг/кг вызывал снижение относительного и абсолютного числа моноцитов и гранулоцитов по сравнению с контролем ($p<0,05$), значения были равны 3,7±0,5%, 0,36±0,1±109/л и 19,7±2,0%, 1,9±0,4±109/л в исследуемой группе, 5,7±0,7%, 0,58±0,1±109/л и 29,0±2,5%, 3,2±0,4±109/л в контроле. Введение Кп в дозе 2,5 мг/кг вызывало снижение абсолютного числа моноцитов по сравнению с контролем ($p<0,05$), значения были равны 0,4±0,05±109/л и 0,58±0,1±109/л соответственно. Также Кп в дозе 15 мг/кг увеличивал количество тромбоцитов и тромбоцит по сравнению с контролем ($p<0,05$), значения показателей были равны 643,7±57,0±109/л, 0,347±0,04% и 493,7±19,4±109/л, 0,271±0,01%, соответственно.

Заключение:

Цитопротекторное и/или цитоселективное действие Лн и Кп приводит к изменению соотношения субпопуляций клеток периферической крови и числа клеток с повреждениями ДНК у SHR крыс.

12.10. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕНИНАНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Павлова О. С., Черняк С. В., Якуш Н. А., Огурцова С. Э., Малашевич Я. В., Теплоухова Ю. С., Афонин В. Ю., Нечесова Т. А., Мрочек А. Г.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Введение (цели/задачи):

Изучить распределение полиморфизмов I/D гена ангиотензин-превращающего фермента (АСЕ), M235T гена ангиотензиногена (AGT) и 19-83 G/A гена ренина (REN) у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) Минской и Гродненской областей Республики Беларусь.

Материал и методы:

В исследование было включено 122 пациента с АГ (64 – Минская и 58 – Гродненская области) и 38 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту, полу, области проживания. Средний возраст пациентов с АГ составил 49,4±11,2 года, из них 68 мужчин и 54 женщины. Генотипирование для определения частот генотипов и аллелей анализируемых полиморфизмов проводилось с использованием полимеразной цепной реакции и соответствующих праймеров из образцов периферической крови.

Результаты:

Обследуемые пациенты имели вторую степень АГ (53,3%), высокий и очень высокий сопутствующий риск развития сердечно-сосудистых осложнений (75,5%) и отягощенный наследственный анамнез по АГ (78,7%). При генотипировании пациентов было получено, что II-генотип выявлен у 22 человек (18,0%), ID-генотип – 66 (54,1%), DD-генотип – 34 (27,9%), I-аллель – 110 (45,1%) и D-аллель – 134 (54,9%), что статистически значимо не отличалось от группы контроля. Распределение частот генотипов M235T полиморфизма гена AGT у пациентов с АГ в сравнении с контрольной группой было следующим: MM-генотип встречался у 26 (21,0%) пациентов и 4 (10,3%) здоровых; MT-генотип – у 57 (47,0%) пациентов и 26 (69%) здоровых ($p < 0,05$, $\chi^2 = 5,5$); TT-генотип – у 39 (32,0%) пациентов и 8 (20,7%) здоровых. Среди пациентов с АГ распределение 19-83 G/A полиморфного маркера гена REN составило: GG- генотип – в 53,3 % случаев ($n=65$), GA-генотип – 42,1% ($n=51$), AA-генотип – 4,9 % ($n=6$), G аллель – у 181 (74,2%) и A аллель – у 63 (25,8%) пациентов, что было сопоставимо с контрольной группой.

Заключение:

При проведении исследования установлено, что для изучаемой группы пациентов с эссенциальной АГ было характерно более частое накопление MT и TT генотипов полиморфизма M235T гена AGT, превалирование ID-генотипа полиморфизма I/D гена ACE и G-аллеля полиморфизма 19-83 G/A гена REN.

13. РАЗНОЕ

13.1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

САЛАМАТИНА Л. В., АВЧУХОВА Л. С., КУДРЯВЦЕВА О. В.,
УРВАНЦЕВА И. А.

БУ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ
«ОКРУЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Введение (цели/задачи):

Цель. Оценить эффективность работы школы по артериальной гипертензии (ШАГ).

Материал и методы:

В 2011 году было проведено 9 циклов занятий, обучение в школе здоровья прошли 196 пациентов. Результаты обучения в школе артериальной гипертензии оценены на основании медико-социологических опросников. Пациенты заполняли анкеты, посвященные основным вопросам артериальной гипертензии (АГ), до занятий, показав свои базовые знания, и по завершении цикла лекций, для оценки приобретенных знаний.

Результаты:

Входящий опрос показал исходно недостаточную информированность пациентов о своих факторах риска развития АГ: лишь 38% знают свой уровень холестерина. При этом 53% при покупке продуктов обращают внимание на содержание жира, указанное на упаковке. Не ориентируются в нормальных и повышенных цифрах АД 38% опрошенных. Регулярно контролируют АД 53% больных, 47% измеряют АД только при плохом самочувствии. Принимают антигипертензивные препараты регулярно 56%, только при повышенном АД – 26%, курсами 18%. Преобладающее большинство принимают лекарственные препараты по назначению врача – 91%, остальные по советам знакомых. Благодаря информации, полученной после анализа анкетных данных, отмечено, что после посещения ШАГ на 23% возросло количество пациентов, ориентирующихся в нормальных и повышенных цифрах АД, их стало 85%. На 48% уменьшилось число опрошенных, оперирующихся понятием «рабочее АД». На 35% возросло число больных осознающих необходимость регулярного измерения АД, вне зависимости от самочувствия и составило 88% и на 20% увеличилось число лиц, убежденных в необходимости постоянного приема антигипертензивных препаратов.

Заключение:

Обучение больных артериальной гипертензией способствует адекватному контролю АД, улучшает комплаентность к медикаментозным и лекарственным методам лечения.

13.2. ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АПОЛИХИН О. И., ЕФРЕМОВ Е. А., МЕЛЬНИК Я. И.,
КРАСНЯК С. С.

ФГБУ «НИИ УРОЛОГИИ»

Введение (цели/задачи):

Повышенное артериальное давление (АД) может вызывать эректильную дисфункцию (ЭД) даже при отсутствии атеросклероза, поскольку при длительной неконтролируемой АГ

стенки артерий утрачивают эластичность. Развитию ЭД существенно способствует возникающее усиление свободнорадикального процесса и перекисного окисления в тканях полового члена.

Материал и методы:

Нами было обследовано 976 мужчин с органической эректильной дисфункцией, которые наблюдались на базе ФГБУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития РФ и Городской Клинической Урологической больницы № 47 г. Москвы в разное время за период с 1997 по 2009 год.

Результаты:

Частота встречаемости АГ у исследуемых составила 49% (478 чел.). Однако лишь 54,9% из них получали какую-либо антигипертензивную терапию. При этом, среди пациентов с АГ, ЭД легкой, средней и тяжелой степени встречалась у 24%, 44% и 32%, соответственно. При выполнении фармакодоплерографии нарушения артериального кровоснабжения полового члена (пиковая систолическая скорость кровотока менее 30-35 см/с) выявлены у 365 мужчин (37,4% от количества пациентов с органической ЭД).

Заключение:

При лечении АГ следует отдавать предпочтение кальциевым антагонистам, ингибиторам АПФ, которые в меньшей степени влияют на половую сферу, а также α -адреноблокаторам и антагонистам ангиотензиновых рецепторов, вероятно способствующих даже некоторому повышению сексуальной активности. Медикаментозная терапия ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) - простой, эффективный и достаточно безопасный способ лечения ЭД пациентов с повышенным АД. Разделение пациентов с ЭД по группам сердечнососудистого риска позволяет врачу дифференцированно подходить к выработке рекомендаций таким больным.

13.3. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИВНОГО И СТАНДАРТНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ТРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

КОШЕЛЕВА Н. А., РЕБРОВ А. П.

САРАТОВСКИЙ ГМУ

Введение (цели/задачи):

Оценка влияния терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения на клиническое состояние и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных ХСН в течение трех лет наблюдения.

Материал и методы:

В исследование включены 211 больных с симптомами ХСН. Критерии включения: наличие симптомов ХСН, развившихся после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда, информированное согласие пациента. При поступлении в стационар все пациенты рандомизированы в две группы: I группа (n = 106 пациентов) – активного ведения, II группа (n = 105 больных) – стандартного ведения. Пациенты I группы проходили обучение и последующее амбулаторное наблюдение с частотой в первый месяц – 1 раз в две недели, затем 1 раз в месяц. Больные II группы проходили обучение и наблюдение в условиях поликлиники по месту жительства. Период наблюдения составил 3 года, за это время было проведено 4 визита:

визит 0 – начало наблюдения, визиты - 1, 2, 3 года.

Результаты:

Терапевтическое обучение и активный амбулаторный контроль способствовали высокой комплаентности в приеме основных нейрогормональных модуляторов. В течение трех лет наблюдения в группе пациентов активного ведения отмечалось значимое ($p < 0,05$) снижение САД и ДАД, ЧСС, общего холестерина, NT-proBNP, прирост дистанции теста 6-мин ходьбы, замедление снижения ФВ ЛЖ, по сравнению с большими группы стандартного ведения. В I группе в течение трех лет наблюдения ССО развились у 50% пациентов, из них у 25% - декомпенсация ХСН, у 12% - повторный инфаркт миокарда, 12% больных умерли. Во II группе ССО развились у 100% обследуемых, из них у 57% - декомпенсация ХСН, у 18% - повторный инфаркт миокарда, 24% пациентов умерли. При построении кривых Каплана-Мейера установлено, что у пациентов группы активного ведения к третьему году наблюдения вероятность развития декомпенсации ХСН ($p = 0,001$), летального исхода ($p = 0,04$), общего числа ССО ($p = 0,04$) значительно меньше, чем у пациентов группы стандартного ведения. Вероятность развития повторного инфаркта миокарда в группах не различалась ($p = 0,21$).

Заключение:

Обучение и активное трехлетнее амбулаторное ведение больных ХСН способствовало повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению клинического состояния больных и уменьшению числа неблагоприятных событий.

13.4. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Усачёва М. Н.

ВолГМУ КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ,
МУЗ КБ № 12, ВОЛГОГРАД

Введение (цели/задачи):

Основной причиной преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) являются заболевания сердечно-сосудистой системы в основе которых лежит развитие атеросклеротического поражения сосудов. Раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза у больных РА обусловлено общими механизмами хронического иммунного воспаления в развитии данных нозологий. Воздействуя на уровень системного иммунного воспаления можно не только снизить активность и прогрессирование РА, но и улучшить течение сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных. В литературе недостаточно освещен вопрос об особенностях течения кардиоваскулярной патологии, в том числе и артериальной гипертензии (АГ), у больных РА на фоне противовоспалительной терапии, а изучение этих аспектов представляет несомненный научный и практический интерес.

Материал и методы:

Нами проведено открытое сравнительное плацебоконтролируемое исследование с участием 43 пациентов с достоверным диагнозом РА и наличием сопутствующей АГ. 1-ая группа пациентов (22человека) наряду со стандартным лечением получала антицитокинную терапию препаратами артрофоон и

анаферон, 2-я группа пациентов (21 человек) получала плацебо. По результатам наблюдения за пациентами на протяжении 6 мес проведена оценка клинических и лабораторных показателей активности РА, а также уровня артериального давления и других показателей, отражающих степень сердечно-сосудистого риска (гиперхолестеринемия, ожирение, нарушение толерантности к углеводам). Кроме того оценена частота обострений сопутствующей сердечно-сосудистой патологии на основании кратности обращений за медицинской помощью и госпитализаций.

Результаты:

Уровень системного иммунного воспаления и активности РА коррелировал со степенью сердечно-сосудистого риска и АГ. У пациентов с показателем активности РА DAS $> 5,0$ чаще регистрировалась АГ II-III степени высокого и очень высокого риска. В этой группе пациентов отмечалось нестабильное течение АГ с частыми кризами. После проведенной терапии с включением артрофоона и анаферона в основной группе отмечалось достижение целевого уровня АД в 76,4% случаев, в контрольной группе в 34% случаев (на фоне сопоставимой антигипертензивной терапии в указанных группах). Частота регистрации гипертонических кризов в основной группе была достоверно ниже, чем в группе пациентов получавших плацебо. За время наблюдения в основной группе не было зарегистрировано ни одного случая развития фатального и нефатального сердечно-сосудистого осложнения (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, осложненный гипертонический криз). В контрольной группе у 3 пациентов были госпитализации в связи с развитием гипертонических кризов, осложненных церебральной и кардиальной симптоматикой.

Заключение:

Путем включение в терапию РА антицитокинных препаратов артрофоон и анаферон повышается не только эффективность лечения РА, но и улучшается течение сопутствующей АГ, что является актуальным, в связи с высокой частотой поражения сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

13.5. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бонцевич Р. А., Головченко О. В., Куликовский В. Ф.

ОГБУЗ БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Св. ИОАСАФА

Введение (цели/задачи):

Цель. Изучить качество диагностики и лечения артериальной гипертензии (АГ) у беременных на этапе наблюдения и лечения в неспециализированных ЛПУ: женские консультации, поликлиники по месту жительства (м/ж).

Материал и методы:

На специализированном консультативном приеме в перинатальном центре мы регистрировали случаи АГ у беременных. Согласно современной классификации в исследование включали беременных с диагнозом «хроническая АГ беременных» (ХАГ) либо «гестационная АГ» (ГАГ). В части случаев диагноз женщинам был установлен по м/ж, там же было назначено лечение. В остальных случаях диагноз выставлялся у нас, назначалось соответствующее лечение. Также мы проводили коррекцию терапии. Неадекватным уровень АД признавался

при САД >140 или ДАД >90 по данным амбулаторных измерений, дневника самоконтроля, СМАД.

Результаты:

За 12 мес. 2010-11 гг. выявлено 148 женщин с АГ, из них мы впервые установили диагноз у 78 пациенток (52,7%). ХАГ выявлена у 99 женщин (66,9%), ГАГ – у 49 (33,1%). У 72 пациенток (48,6%) уровень АГ достигал 2 степ., у 9(6,1%) – 3й степени, чаще за счет более высокого ДАД. Лечение гипотензивными препаратами по м/ж было назначено всем женщинам с установленной АГ (70 женщин). Однако доза была расценена нами как адекватная только в 37(52,8%) случаях, кратность и режим приема лекарств – в 46 (65,7%). А сами беременные в полной мере соблюдали назначения только в 33(47,1%) случаях. Адекватный контроль АД (контролируемая АГ) выявлен всего в 19 (27,1%) случаях, в том числе у 15(45,4%) женщин из соблюдающих комплаенс (полностью выполняющих назначения). Большинство из 69 женщин с неустановленной по м/ж АГ имели диагноз «ВСД» и имели неконтролируемую форму АГ.

Заключение:

Важной проблемой является высокий уровень недиагностированной АГ у беременных (47,3%). Кроме того, часто отмечается назначение недостаточной дозы гипотензивных препаратов (47,2%), неправильная кратность или режим приема(34,3). Сами беременные часто не выполняют назначения (52,9%), вероятно, из-за недостаточного уровня проведенных с ними образовательных мероприятий. Поэтому у большинства беременных сохраняется АГ с неполным контролем, что значительно повышает риск осложнений гестации.

13.6. ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

АФАНАСЬЕВА Н. Л., Мордовин В. Ф.

ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН

Материал и методы:

Было обследовано 49 пациентов в возрасте от 26 до 57 лет, с исключением тяжелой сопутствующей патологии. Всем пациентам были проведены общеклиническое обследование, МРТ головного мозга, когнитивное тестирование и холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24 часов. Изучались спектральные характеристики вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты:

У пациентов с признаками лейкоараиоза отмечено значимое снижение общей ВРС (SDNN 128,9 и 170,5 мс соответственно; $p=0,025$), уменьшение rMSSD (22,6 и 39,5 мс соответственно; $p=0,000$), pNN50 (3,8 и 13,3% соответственно; $p=0,000$), вклада %HF в общую мощность спектра (7% и 21% соответственно; $p=0,000$), что отражает уменьшение активности парасимпатического отдела. Обнаружена положительная корреляционная связь между показателями, характеризующими симпатическую активацию (LF- $R=0,906$, $p=0,005$; LF/HF- $R=0,790$, $p=0,034$), и глубиной лейкоараиоза. Выявлена отрицательная корреляционная связь между SDNN и количеством ошибок в корректурной пробе Аматиуни ($R=-0,521$, $p=0,013$), и положительная корреляционная связь между SDNN и количеством слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,592$, $p=0,004$). Выявлена положительная корреляционная связь между pNN50

и количеством запомненных слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,472$, $p=0,031$), pNN50 и количеством запомненных графических элементов сразу после зрительного восприятия ($R=0,449$, $p=0,031$) и через 30 минут ($R=0,590$, $p=0,005$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между HRVti и количеством ошибок в корректурных пробах Аматиуни ($R=-0,691$, $p=0,001$) и Бурдона ($R=-0,481$, $p=0,032$), и положительная корреляционная связь между HRVti и количеством запомненных слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,468$, $p=0,037$).

Заключение:

У пациентов с лейкоараиозом и умеренными когнитивными нарушениями обнаружено снижение общей ВСР и активности парасимпатического отдела, отмечается повышение активности симпатического тонууса.

13.7. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С НАРУШЕНИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Махкамова Н. У., Ходжаев А. И., Ходжаев А. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/задачи):

Изучить эффективность церебровасоактивной и нейрометаболической терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ) с нарушениями церебральной гемодинамики.

Материал и методы:

Нами обследовано 120 больных ГБ II - III стадии, степенью АГ 1-3, степенью риска I-IV (ВОЗ, 2007-2008гг.) различного пола и возраста. Всем больным на 3 месяца назначалась базисная комбинированная терапия в стандартных дозировках следующими препаратами: лерканидипин + кардиомагнил + периндоприл + аторвастатин. 50 пациентам дополнительно назначали нейрометаболические и церебровасоактивные препараты: цитиколин (25 больных), винпоцетин (25 больных). Исходно и через 3 месяца проводили суточное мониторирование АД (СМАД), состояние церебральной гемодинамики оценивали по результатам реоэнцефалографии (РЭГ).

Результаты:

У обследованных больных диагностированы гипертензивная энцефалопатия (ГЭ) I-II стадии (ст.) с признаками нарушения мозгового кровотока. У больных с развившимися ГЭ наблюдалось и исходное нарушение суточного профиля АД в виде недостаточного ночного снижения АД – «non-dipper» (у 55% пациентов) или ночного повышения АД- «night-peaker» (3%) и у 3% чрезмерное снижение ДАД в ночное время - «over-dipper». Средне суточное САД и ДАД составили $163,8 \pm 1,9$ и $95,0 \pm 2,6$ мм рт.ст. Результаты РЭГ показали, что с нарастанием тяжести ГЭ наблюдались высокие градации повышения тонуса артерий. Если в группе больных с ГЭ преобладало умеренное повышение тонуса, то в группе с ГЭ II выраженная степень. После 3х месячной терапии антигипертензивная эффективность во всех группах в среднем составила 89%. Среднесуточное САД стало равным 125; ДАД - 80 мм.рт.ст., т.е., АД снизилось более чем на 14%. Сохранение выраженной степени гипертонуса артерий составил 30%, лёгкий обнаруживался у 35, а норма у 5% больных. В группе базисной терапии дикротический индекс (ДИ) составил $89,07 \pm 2,43$ (против исходного $144,4 \pm 3,4$). Реографический индекс (РИ) составил $0,86 \pm 0,03$ у.е (против исходного $0,65 \pm 0,04$) Добавление к базисной терапии цитиколина на уровень АД особого влияния не оказало, но наблюдалось значимое улучшение неврологической симптоматики, показателей РЭГ. Так, признаки выраженного по-

вышения тонуса мозговых сосудов сохранялись лишь у 28%, ДИ упал до $82,7 \pm 3,14$, а РИ поднялся до $0,95 \pm 0,02$. В группе с винпоцетином сосудорасширяющий эффект ярко продемонстрировался на визуальных характеристиках РЭГ, указывал на практическое отсутствие признаков повышения тонуса артерий мозга. При этом сопротивление кровотоку согласно ДИ упало с $144,4 \pm 3,4$ до $77,56 \pm 2,25$ % ($p < 0,01$). Реографический индекс достиг очень высокой отметки – $0,984 \pm 0,03$ у.е. (против $0,65 \pm 0,04$ до лечения), что почти равняется нормативным значениям; $p < 0,05$.

Заключение:

Таким образом, комбинированное применение со стандартной антигипертензивной терапией цитиколина и винпоцетина дает возможность достижения не только гипотензивного, но и достоверного улучшения мозгового кровотока и метаболических процессов головного мозга, что является надежным путем регресса энцефалопатии и профилактики инсульта.

13.8. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Салимова Н. Р., Ходжаев А. И.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/задачи):

Цель изучить сравнительную эффективность двух вариантов нейропротекции на психологическое состояние больных артериальной гипертонией (АГ) с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы:

Обследовано 40 больных обоего пола (средний возраст $55,3 \pm 2,8$ лет) АГ I–III степеней (ВОЗ, 2003) с тревожно-депрессивными расстройствами. Всем больным проводилась базисная терапия лерканидипином (20 мг/с), периндоприлом (5 мг/с) и индапамидом (2,5 мг/с). По характеру нейропротекции больные рандомизированы на группы: в 1-ой ($n=20$) назначен винпоцетин 2 мл в/в №10, затем в таблетках по 10 мг/с, во 2-ой ($n=20$) – цитиколин 4 мл (500 мг) в/в. №10, затем сироп по 2 мл 3 раза в сутки в течение месяца. У всех больных были диагностированы психологические расстройства тревожно-депрессивного круга. До, в процессе (4 недели) и после 12-недельной терапии у всех больных проводился мониторинг самочувствия, осуществлялась комплексная психодиагностика с использованием самооценочных шкал Спилбергера, Цунга и личностного опросника СМОЛ. Группы были сопоставимы по исходным клинико-параclinical характеристикам.

Результаты:

Сравнительный анализ результатов лечения в двух группах выявил, что в 1-ой группе на фоне винпоцетина достигнут достоверный регресс явлений астении, тревоги и отмечалась тенденция к уменьшению фобии и дистимии ($P < 0,01$). Во 2-ой группе лечение цитиколином сопровождалось достоверно более положительной динамикой в отношении тревожно-фобических расстройств и явлений депрессии со значительным улучшением настроения ($P < 0,01$). При 12-недельном наблюдении оба варианта нейропротекции демонстрировали отчетливо положительный эффект на психологическое состояние больных с нормализацией психологического профиля у 13 больных 1-ой и 18 больных 2-ой группы без эпизодов стрессиндуцированного повышения артериального давления ($P < 0,01$). При этом, у 11 больных 1-ой и 15 больных 2-ой груп-

пы удалось снизить исходную дозу антигипертензивных препаратов ($P < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, у больных АГ оба варианта нейропротекции демонстрировали положительное влияние на психологическое состояние больных; при этом винпоцетин в большей степени влиял на явления астении и тревоги, а цитиколин – на тревожно-депрессивную составляющую психологических расстройств.

13.9. КАК ПОВЫСИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ?

Подкопаев Д. В.

ЦНИИГ

Введение (цели/задачи):

Ухудшение самочувствия больного артериальной гипертонией (АГ), плохая переносимость терапии и сложный режим приема лекарств в результате приводят к снижению приверженности больного к лечению. Улучшить ситуацию поможет информированность больных о необходимости выполнения инструкций и предписаний врача, который должен объяснить важность проведения лечения, выполнения режима приема лекарственных средств, последствия самовольного прекращения терапии. Цель исследования – Анализ получаемой информации во время визита в поликлинику и степени восприятия данной информации больными.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 270 больных с артериальной гипертонией в возрасте от 42 до 80 лет. Из них 124 мужчины (средний возраст $61,7 \pm 14,5$ лет) и 146 женщин (средний возраст $63,1 \pm 13,8$ лет). Длительность заболевания АГ составила: у мужчин $9,8 \pm 10,8$ лет, у женщин $9,2 \pm 11,2$ года. Исследование проводилось на базе городских поликлиник г. Москвы. Опрос проводился среди больных АГ, пришедших на очередной приём к участковому терапевту. По завершении приёма больным заполнялся опросный лист. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от формы получения информации на приёме у врача: устно, письменно и в смешанной форме (устно/письменно).

Результаты:

На приёме врача больные получали рекомендации преимущественно в устной форме (51% мужчин и 42% женщин). Письменные рекомендации получали лишь 19% мужчин и 27% женщин. В смешанной форме, то есть устно и письменно – 30% мужчин и 31% женщин. 46% больных признают, что рекомендации врачом озвучены полностью – дозы, кратность приёма гипотензивных препаратов, продолжительности курса лечения. Но более половины больных (54%) рекомендации получают частично, либо не получают вовсе, что в свою очередь весьма негативно сказывается на приверженности больных лечению АГ. По степени восприятия данных, наилучшие результаты в третьей группе больных, которые получали информацию от врача в смешанной форме (устно и письменно). По оценочной шкале от 5 до 1 (2007 Guidelines for Management of Arterial Hypertension ESH and ESC), то есть от «всё понял» (5) до «ничего не понял» (1), 5 баллов у 51,4% мужчин и 58,7% женщин, 4 балла – у 45,9% мужчин и 41,3% женщин, 3 балла только у 2,7% мужчин (женщин в данной категории не отмечено). С оценкой 2 и 1 больные не отмечены. Во второй группе, получавшей информацию

письменно, данные распределились следующим образом: 5 и 4 балла – более половины больных (54,1% мужчин и 61,6% женщин), но в свою очередь 2 и 1 балла – около трети мужчин (29,2%) и 17,9% женщин. И наконец в первой группе, в которой больные получали информацию только устно 5 и 4 балла у чуть более трети мужчин (34,9%) и более чем у половины женщин (57,4%), а 2 и 1 балла почти у половины мужчин (46,1%) и у 19,7% женщин.

Заключение:

Таким образом следует признать, что наиболее эффективным способом получения информации больным от врача является комбинированный, при котором устные рекомендации сочетаются с письменными. Согласно 5-бальной шкале, применённой в данном исследовании, на 5 и 4 информацию усвоили около 100% больных (97,3% мужчин 100% женщин) в 3-й группе (устно/письменно) против 54,1% у мужчин и 61,6% у женщин во второй группе (письменно) и 34,9% у мужчин и 57,4% у женщин в первой группе (устно). Можно предположить, что в 3 группе приверженность к лечению будет выше, чем в других группах. Следовательно, можно сделать вывод о том, что степень восприятия информации, получаемой больным от врача на приёме, у женщин с АГ выше, чем у мужчин во всех группах, подвергшихся оценке с последующим анализом.

13.10. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕСТАРИУМА НА КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Орлова Н. В., Чукаева И. И., Карселадзе Н. Д.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Целесообразность коррекции артериальной гипертензии с целью профилактики развития сосудистых нарушений не вызывает сомнения. Целью нашего исследования явилось изучение влияния терапии престариумом на развитие когнитивных нарушений у больных (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 пациентов, 40 - 60 лет, с АГ 1-2 степени без сопутствующей ишемической болезни сердца. Ранее больные гипотензивную терапию регулярно не получали. В течение трех месяцев проводилась терапия престариумом 5 – 10 мг, на фоне которых отмечалась нормализация артериального давления (АД). Больным было проведено измерение АД на контрольных визитах, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭКГ, а так же были проведены тесты: Векслера, корректурная проба Бурдона, госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник MMSE, опросник самооценки качества жизни, шкала самооценки внимания и памяти. Больные без когнитивных нарушений или с признаками деменции в исследование не включались. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Результаты:

При нейропсихологическом тестировании у больных с АГ 1 - 2 степени на фоне отсутствия регулярного приема гипотензивных препаратов отмечались отклонения показатели когнитивных функций легкой и умеренной степени тяжести. На фоне регулярного приема престариума в течение 3 месяцев у больных выявлена стойкая нормализация АД, подтвержден-

ная результатами контрольного измерения АД и результатами СМАД. Результаты сравнительного тестирования до начала терапии и спустя 3 месяца наблюдения выявили улучшение памяти, внимания, повышение самооценки качества жизни.

Заключение:

У пациентов АГ в наибольшей степени страдают внимание и память. На фоне регулярного приема престариума отмечено улучшение когнитивных функций. Нейропсихологическое тестирование является доступным методом для практического врача в качестве метода ранней диагностики поражения головного мозга, которое могло бы использоваться, как критерий оценки эффективности лечения артериальной гипертензии.

13.11. ИЗУЧЕНИЕ МАКРОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тараненко Л. А., Колтырина Е. Н.,

Малютин Н. Н.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера МЗ и СР РФ»

Введение (цели/задачи):

Целью настоящего исследования явилось изучение макрогемодинамики у больных вибрационной болезнью (ВБ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 105 работников плавсостава в возрасте $50,45 \pm 0,56$ лет, контактирующих с общей вибрацией (ОВ). Выделены группы: I - имеющие риск развития ВБ, из них Ia - с АГ (n = 44) и Ib - без АГ (n = 19). II группа - с установленным диагнозом ВБ I или ВБ II степени: IIa - с АГ (n = 34) и IIb - без АГ (n = 8). Контрольная группа - 20 человек с АГ, без контакта с ОВ. Проводилась эхокардиография (ЭХО-КГ).

Результаты:

Выявлено увеличение задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП): в Ia группе ЗСЛЖ $11,04 \pm 1,41$ мм, МЖП - $10,02 \pm 3,21$ мм; в IIa группе $-11,98 \pm 0,91$ мм и $11,13 \pm 2,97$ мм. В контрольной группе ЗСЛЖ $11,38 \pm 1,13$ мм, МЖП $11,40 \pm 1,20$ мм. В Ia группе не наблюдалось достоверных изменений МЖП ($10,02 \pm 3,21$ мм) в сравнении с контрольной группой. Показана достоверная разница следующих показателей у пациентов имеющих ВБ с АГ и у работников с ВБ без АГ: ударной объем (УО) - $60,53 \pm 10,4$ и $70,29 \pm 6,38$, $p < 0,05$, конечный диастолический объем (КДО) - $100,64 \pm 14,27$ и $121,96 \pm 9,68$ мл, $p < 0,05$. В Ia и IIa группах: УО: Ia $-74,82 \pm 2,32$, IIa - $60,53 \pm 10,4$, $p < 0,05$; КДО Ia $-121,80 \pm 9,28$ и IIa $100,64 \pm 14,27$ мл, $p < 0,05$. Так же выделено достоверное повышение фракции выброса (ФВ) у лиц с повышенным АД без воздействия ОВ, имеется закономерная тенденция к повышению УО в этой же группе (УО $80,82 \pm 2,32$ мл, ФВ $65,29 \pm 3,15\%$, $r = +0,44$, $p < 0,05$). Следовательно, можно сделать вывод о неэкономичной работе сердца. Отмечено, что при оценке этих показателей в группах с воздействием вибрации и наличием АГ, данная взаимосвязь была незначима, что, возможно, говорит о стимулирующем влиянии ОВ.

Заключение:

Представленный комплекс дисфункции макрогемодинамики расцениваем как предиктор прогрессирования ангиодистонического синдрома у больных ВБ в сочетании с АГ.

13.12. ИМПУЛЬСНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

НИКИФОРОВА Т. И., БАДТИЕВА В. А.

ФГБУ «РНЦМР и К», г. Москва

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертония (АГ) остается наиболее часто встречающейся формой сердечно-сосудистой патологии в мире и встречается у 40% населения России. Магнитотерапия при АГ способна нормализовать центральную и периферическую гемодинамику и оптимизировать кровообращение в целом. Цель работы в оценке клинической эффективности импульсной магнитотерапии у больных артериальной гипертонией I-III стадии. Задачи: динамика показателей центральной и периферической гемодинамики и вариабельности ритма сердца у больных АГ.

Материал и методы:

Использовали метод объемной компрессионной осциллометрии на аппарате АПКО-8-РИЦ, (Россия). Вариабельности ритма сердца определяли на приборе «Кардиотехника» (Санкт-Петербург, Россия). 60 больных АГ в возрасте $64,6 \pm 1,5$ года, длительностью заболевания $15,0 \pm 2,7$ лет были распределены на две группы по 30 человек в каждой. I группа получала низкочастотное импульсное «бегущее» магнитное поле от аппарата «Полимаг-01» на шейно-грудной отдел позвоночника по вертикали сверху – вниз, с частотой 8-10 Гц интенсивностью 5-10 мТл, продолжительностью 15 минут, ежедневно, на курс 10 процедур. II группа (контрольная) получала «плацебо» - процедуры с выключенным аппаратом.

Результаты:

После курса импульсной магнитотерапии улучшение самочувствия отмечено у 78% больных. Целевой уровень АД достигнут у 57% больных. Отмечено снижение среднесуточного систолического артериального давления (САД), увеличение интервала RR ($p < 0,05$), что подтверждает урежение ЧСС, достоверное повышение SDNN ($p < 0,01$), которое свидетельствует об усилении автономной регуляции ритма сердца. В группе магнитотерапии отмечено снижение повышенного сердечного индекса и ударного индексов, ($p < 0,05$). В группе «плацебо» не отмечено изменений показателей гемодинамики и симпатической активности: процентный вклад HF в общую мощность спектра существенно не изменился ($p > 0,1$)

Заключение:

Полученные данные позволяют рассматривать низкочастотное импульсное «бегущее» магнитное поле как обоснованный метод оптимизации кровообращения у больных артериальной гипертонией I – III стадии.

13.13. ДИНАМИКА КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА (2-Х ЛЕТНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

НУРИЛЛАЕВА Н. М.

Ташкентская Медицинская Академия ТМА, г. Ташкент

Введение (цели/задачи):

Повышение информированности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в борьбе с факторами риска (ФР) является одной из стратегий оптимизации профилактических мер врачами общей практики (ВОП) на уровне первичного звена здравоохранения. Цель: изучить исход развития ИБС

у пациентов со стабильной стенокардией напряжения (СН) в группах до и после обучения/лечения в условиях ШКОЛЫ здоровья.

Материал и методы:

В исследование включено 135 пациентов, которые разделились на 2 группы: I группа (68 пациентов) не обучалась в ШКОЛЕ здоровья, II группа (67 пациентов) - обучалась и составляла индивидуальные методы борьбы с ФР на 5 структурированных занятиях в ШКОЛЕ здоровья по 2 раза в год. Период наблюдений 2 года.

Результаты:

Наблюдение за больными I группы в течении 2 лет показали, что 15 (22,1%) пациентов со СН перешли в группу с нестабильными стенокардиями (НС); 9 (13,2%) больных с наличием в анамнезе периодических подъемов артериального давления (А/Д) испытали неоднократные гипертонические кризы; у 4 (5,8%) респондентов были обнаружены признаки недостаточности кровообращения I стадии. Во II группе лишь 2 пациента (3%) перешли в группу с НС. Динамика конечных точек функционального класса (ФК) стенокардии в течении 2-х лет показала, что у пациентов обученных в ШКОЛЕ здоровья, он снизился с 3,1 класса до 2,7 ФК стенокардии с средним.

Заключение:

Борьба с ФР, наряду с адекватным медикаментозным лечением, а также повышение информированности пациентов о своем заболевании является залогом достижения положительной клинической эффективности ИБС. После появления у человека признаков ИБС, ФР продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз, поэтому коррекция ФР должна стать составной частью профилактической работы ВОП.

13.14. АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГАПОНОВА Н. И., БАРАТАШВИЛИ В. Л., АБДРАХМАНОВ В. Р., ТЕРЕЩЕНКО С. Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Станция скорой и неотложной медицинской помощи

Введение (цели/задачи):

Течение артериальной гипертонии нередко осложняется развитием гипертонических кризов (ГК), которые во многом определяют исход болезни. ГК достаточно частая причина обращения пациентов за скорой медицинской помощью и, учитывая возможность развития тяжелых осложнений, требуется оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Особую тревогу вызывает широкое распространение кризов среди трудоспособного населения, способствующее ранней инвалидизации и снижению продолжительности жизни. И поэтому остается актуальной проблема своевременного купирования ГК со стабилизацией клинического состояния пациентов, начиная с догоспитального этапа, что исключало бы экстренную госпитализацию в стационар таких пациентов. Проведение фармакоэкономической оценки достигнутых результатов лечения пациентов с ГК на догоспитальном этапе в городе Москве за период с 2005 по 2010 гг.

Материал и методы:

Проведен сравнительный анализ эффективности и финансовых затрат при лечении пациентов с ГК на Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова города Москвы. В качестве основного фармакоэкономического метода принят анализ преимущества затрат «cost - benefit», выражающий разницу в исходах лечения в денежных единицах. При оценке эффективности учитывался не только антигипертензивный эффект и безопасность лечения, но и конечный результат – купирование кризов на догоспитальном этапе, исключающем необходимость госпитализации пациентов в стационар.

Результаты:

Внедрение в практику современных алгоритмов оказания скорой медицинской помощи и оснащение бригад СМП современными антигипертензивными препаратами, такими как эсмолол, альбетор, эналаприлат позволило снизить процент госпитализации пациентов с ГК с 71% в 2005 году до 34% в 2010г. При этом суммарная экономия составила 403 691 808 рублей, что составляет 20% от стоимости вызовов бригад скорой медицинской помощи по поводу неосложненных ГК со 100% госпит что составляет 20% от стоимости вызовов бригад скорой медицинской помощи по поводу неосложненных ГК со 100% госпитализацией.

Заключение:

Метод фармакоэкономического анализа, учитывающий преимущества затрат «cost - benefit», может успешно применяться для оценки качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		Буралев М. Б.	48	Давыдов Е. Л.	20, 23
Абдрахманов В. Р.	49, 50, 51, 96	Бурдина Е. Н.	37	Давыдов С. И.	30
Абдуллаева Г. Д.	63	Бурлакова Б. Н.	19	Дворянкова Е. В.	46
Абдуллаева Г. Ж.	8	Буряк В. В.	66	Деревянных Е. В.	8, 50
Абдуллаев А. К.	33	Бусарова Е. С.	36	Деришева Д. А.	69
Абдуллаев Ш. С.	75	Бухтий Н. В.	69	Доборджгинидзе Л. М.	67
Абдуразакова А. М.	17, 73	В		Добрынина Л. А.	31
Абрамов А. В.	28	Вавилин В. А.	64	Донская А. А.	54
Авдеева К. С.	31	Ванаева К. И.	40	Дружилов М. А.	35
Авдеева М. В.	7, 13	Варваренко В. И.	47	Дыбкалюк С. В.	57, 62
Авхадиева Л. И.	20	Василевич О. А.	15	Е	
Авчухова Л. С.	91	Василькова Т. Н.	20, 79, 80, 81	Евсеева М. Е.	16
Агеев О. А.	40	Вебер В. Р.	24, 35, 44, 53	Евсеев М. Е.	35
Акимова Е. В.	11, 16, 17, 18	Вершинина А. М.	36	Евсиков Е. М.	76
Акимов А. М.	18	Ветошкин А. С.	5, 55	Евтушенко В. В.	14
Алексеева Т. С.	5	Визир В. А.	28, 66	Елисеева И. В.	39
Алексеев И. А.	20	Виноградов А. И.	22, 24, 44	Ерина А. М.	6
Аникин В. В.	42	Винтизенко С. И.	47	Еругина М. В.	10
Анисович М. А.	89	Воевода М. И.	86	Ерушева Е. В.	21
Антипина Н. С.	39	Волков А. М.	60	Ефанов А. Ю.	13
Антонов Е. К.	22	Волкова Э. Г.	6	Ефремов Е. А.	91
Антропова О. Н.	19, 38, 45	Волошина И. Н.	28	Ефремушкин Г. Г.	24, 25, 48
Аполихин О. И.	91	Воронова Е. И.	44	Ж	
Артемьева И. В.	36	Вялых Н. Ю.	52	Жержова А. Ю.	39
Аскарров А. Р.	64	Г		Жерновая Г. А.	28
Афанасьева Н. Л.	47, 70, 93	Газарян Г. А.	69	Жилина А. А.	41
Афонин В. Ю.	89	Гакова Е. И.	11	Жилияев Е. В.	12
Б		Галькова И. Ю.	16	Жмайлова С. В.	22, 24, 35, 44, 53
Бабаева А. Р.	30	Гапон Л. И.	5, 31, 36, 39, 55	Журавлева Т. Д.	50
Бабкин А. П.	55, 77	Гапонова Н. И.	49, 50, 51, 96	З	
Багиров Р. Н.	12, 32, 49	Гаркуша Е. С.	47	Закирова Ф. А.	57, 63
Бадтиева В. А.	96	Гафаров В. В.	17, 18	Зальцман А. Г.	38
Балашова Н. А.	50	Герасимова О. Н.	56	Затейщиков Д. А.	86, 88
Баранова М. Н.	5	Германова И. К.	58	Заяц А. Н.	84
Бараташвили В. Л.	50, 96	Гимаев Р. Х.	32	Звартау Н. Э.	84
Барбараш О. Л.	14, 72	Гинзбург Л. М.	46	Зверева Т. Н.	72
Барламов П. Н.	78, 80	Голикова А. А.	17	Земскова С. Н.	57
Баталова А. А.	80	Голиков А. П.	69	Золозова Е. А.	61
Башкирова Ю. В.	32	Головской Б. В.	13, 37, 44, 52, 65, 78, 83	Зоргач В. Ю.	57, 62
Бедельбаева Г. Г.	24	Головченко О. В.	92	Зуева Е. В.	31
Белозёрова Н. В.	5, 55	Гомова И. С.	73	Зуева И. Б.	40
Белоусова Т. Б.	19	Гончарова Е. А.	56	И	
Белошапкина Г. А.	45	Гончарова Е. В.	41	Иванова М. В.	60, 64
Белугина Т. Н.	56	Гончарова М. В.	32, 49, 50	Иванов Г. Г.	42
Берг М. Д.	13	Гончарова О. Н.	37	Ивахненко И. В.	69, 71
Березикова Е. Н.	15	Городецкая Е. В.	58	Ивкова А. В.	20
Болотнова Т. В.	74	Горьковенко М. В.	16	Изварина О. А.	42
Большакова Н. А.	12	Грацианский Н. А.	67	Искендеров Б. Г.	56
Бондаренко В. С.	53	Гриднева Е. В.	56	К	
Бонцевич Р. А.	92	Громнацкий Н. И.	32	Кадырова О. С.	79
Борисова Н. А.	52	Губин Д. Г.	5, 55	Калинкин А. Л.	84
Бражник В. А.	86, 88	Губская П. М.	24, 35	Карамова И. М.	87
Бродская А. А.	70	Гусаковская Л. И.	21, 43, 52	Карауш А. П.	73, 75
Брыткова Я. В.	17, 73	Д		Карев В. Е.	53
Булычев Г. И.	32	Давыдова С. С.	59	Каримова Б. Ш.	57, 63

КАРЛОВ А. А.	61	ЛИФЕРОВ Р. А.	27	НИГМАТУЛЛИНА Р. Р.	57
КАРЛОВА Н. А.	61	ЛИЧИКАКИ В. А.	47	НИКИТИН А. Г.	86, 88
КАРПОВ Р. С.	60, 62	ЛОБАНОВА Н. А.	19, 38	НИКИТИН Ю. П.	86
КАРПУХИНА Е. О.	82			НИКИФОРОВА Т. И.	96
КАРСЕЛАДЗЕ Н. Д.	95	М		НИЛОВА С. А.	11
КАШТАНОВА Е. В.	60	МАВЛЯНОВ И. Р.	33	НИЯЗОВА С. С.	88
КАЮМОВА М. М.	16, 17	МАЗАЕВ В. В.	34	НОВИКОВА Р. А.	15
КАЮМОВ Р. Х.	16, 17	МАЗИТОВ Ш. Г.	65	НОСИКОВ В. В.	86, 88
КИСЕЛЕВА Е. В.	58	МАЗУР Н. А.	61, 83	НУРИЛЛАЕВА Н. М.	67, 96
КИЯКБАЕВ Г. К.	48	МАКАРОВ О. А.	68	НУРМАХАНОВА Ж. М.	22
КИЯНЮК Н. С.	50	МАКСИМОВ В. Н.	86	НУРМЕТОВ Х. Т.	33
КЛЕПИКОВА М. В.	30	МАКСИМОВ С. А.	5		
КЛЫЧНИКОВА Е. В.	69	МАЛАШЕВИЧ Я. В.	89	О	
КНЯЗЕВ А. Н.	74	МАЛЫХ Т. В.	55, 77	ОБУХОВА Т. В.	78, 83
КОБАЛАВА Ж. Д.	48	МАЛЮТИНА Н. Н.	95	ОБЫДЕННИКОВА О. Н.	88
КОВАЛЕВА М. В.	89	МАЛЮТИНА С. К.	86	ОГАРКОВ М. Ю.	5
КОВАЛЕНКО Е. В.	10	МАМЕДОВА С. И.	47	ОГУРЦОВА С. Э.	89
КОВТУНЕНКО Е. В.	72	МАСЕНКО В. П.	56	ОКОНЕЧНИКОВА Н. С.	74
КОЗЛОВ Е. В.	78, 81, 82	МАСЛЕННИКОВ Ю. В.	42	ОЛЕЙНИКОВ В. Э.	21, 39, 43, 52
КОЛБАСКО А. В.	6	МАТАЕВ С. И.	80	ОНИЩЕНКО Е. Г.	6
КОЛЕСНИКОВА И. Ю.	69, 71	МАТВЕЕВА А. В.	80	ОРЕЛ Л. Г.	82
КОЛОМЕЕЦ Д. Б.	18	МАТВЕЕВА В. А.	87	ОРЛОВА И. М.	74
КОЛТЫРИНА Е. Н.	95	МАТРОСОВА И. Б.	43, 52	ОРЛОВА Н. В.	30, 95
КОМИССАРЕНКО И. А.	59	МАХКАМОВА Н. У.	93	ОРЛОВ П. С.	86
КОМИССАРОВА С. М.	88	МЕДВЕДЕВА И. В.	9, 12, 29, 62, 65	ОСИПОВА И. В.	19, 38, 45
КОНДАКОВА Г. Б.	24	МЕЛЬНИКОВА Е. А.	21	ОТМАХОВ В. В.	35
КОНДАКОВ В. Д.	19, 45	МЕЛЬНИКОВА Ю. А.	24, 25, 48		
КОННОВ М. В.	67	МЕЛЬНИК Я. И.	91	П	
КОНРАДИ А. О.	6, 84	МЕЛЬЧИНСКАЯ Е. Н.	32	ПАВЛОВА М. К.	20, 28
КОРНЕВА В. А.	35	МИЛЕВСКАЯ И. В.	60	ПАВЛОВА О. С.	38, 89
КОРОБКО И. Ю.	38	МИЛЯГИНА И. В.	41	ПАЦЕНКО М. Б.	27
КОРОСТОВЦЕВА Л. С.	84	МИЛЯГИН В. А.	40, 41	ПЕКАРСКИЙ С. Е.	47, 53, 60, 62
КОШЕЛЕВА Н. А.	38, 84, 91	МИНУШКИНА Л. О.	86, 88	ПЕЛЕВИН А. Р.	65
КРАСНЯК С. С.	91	МИНСАЙДУЛЛАЕВ М. М.	26, 54, 61	ПЕТЕЛИНА Т. И.	31
КРАЮШКИН С. И.	69, 71	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М. М.	26, 54, 61	ПЕТРОВА Ю. А.	9, 65
КРУПНОВА Э. В.	88	МИХАЛЕНКО Е. П.	88	ПЕТРОВ И. М.	65
КРЫЛОВ А. Л.	47	МИЩЕНКО Е. А.	16	ПЛАСТИНИНА Е. О.	15
КРЮКОВ Н. Н.	58	МОИСЕЕВ В. С.	48	ПЛЕСКАЧЕВ А. С.	34, 37
КУДРЯВЦЕВА О. В.	91	МОИСЕЕНКО Н. П.	13	ПЛЮСНИН А. В.	36
КУДРЯШОВ Е. А.	28, 58	МОРДОВИН В. Ф.	47, 53, 60, 62, 70, 93	ПОДКОПАЕВ Д. В.	94
КУЗЕЕВА Д. Д.	51	МОРОЗОВА Е. А.	54, 67	ПОЛИКАРПОВ Л. С.	8, 23, 50
КУЗНЕЦОВА С. Ю.	42	МОРОЗОВ С. Н.	54, 67	ПОЛОНСКАЯ Я. В.	60
КУЗНЕЦОВА Т. Ю.	35	МОРОШКИНА Н. В.	40	ПОПОВА А. А.	15
КУЗНЕЦОВ В. А.	11	МРОЧЕК А. Г.	89	ПОПОВ С. В.	47, 60, 62
КУЛИК Н. А.	24	МУЛЕРОВА Т. А.	6, 8	ПОРОДЕНКО Н. В.	34
КУЛИКОВСКИЙ В. Ф.	92	МУСТАФИНА О. Е.	87	ПОТАПЕНКО А. В.	48
КУЛИЧЕНКО Л. Л.	69, 71	МУХАМБЕТЬЯРОВА С. А.	75	ПОТИЕВСКИЙ Б. Г.	19
КУРБАНОВ Р. Д.	31	МЯРИНА Л. М.	67	ПОШИНОВ Ф. А.	55
КУРОЧКИНА О. Н.	21			ПРАСКУРНИЧИЙ Е. А.	74
		Н		ПРИМИН М. А.	42
Л		НАКОНЕЧНИКОВ С. Н.	56	ПУРЫГИНА М. А.	40
ЛАЗЕБНИК Л. Б.	59	НАСИБУЛЛИН Т. Р.	87	ПУСТОТИНА З. М.	41
ЛАРЁВА Н. В.	41	НЕДАЙВОДА И. В.	42	ПШЕНИЦИН А. И.	83
ЛЕВАШОВ С. Ю.	6	НЕЛАЕВ В. С.	64	ПЫРИКОВА Н. В.	38
ЛЕКСИНА Ю. Н.	41	НЕНАШЕВА Т. М.	76	ПЫХАЛОВА И. Е.	72
ЛИВЕНЦЕВА М. М.	38	НЕЧЕСОВА Т. А.	38, 89	ПЫХАЛОВА Н. Е.	72
		НИГМАТУЛЛИН А. А.	57		

Р		Спиглазов А. Ф.	15	Ховаева Я. Б.	13, 44, 52, 65, 78, 83
Рагино Ю. И.	60, 64	Спиропулос Н. А.	58	Ходжаев А. А.	93
Разин В. А.	32	Срождинова Н. З.	8, 31, 57, 59, 63	Ходжаев А. И.	93, 94
Ребров А. П.	38, 84, 91	Станкова О. Н.	5	Ходиметова Ш.	31
Редькина М. В.	6	Стахнёва Е. М.	64	Храмцова Н. А.	72
Репникова Р. В.	14	Сторожок М. А.	9, 62	Ц	
Реут Ю. С.	36	Стрюк Р. И.	17, 19, 73	Цибульская Н. Ю.	81
Рипп Т. М.	47, 60, 62	Стукалова О. В.	34	Цыбина Т. Г.	69
Романчук П. И.	58	Сухенко И. А.	22, 44	Ч	
Ронжина О. А.	26	Сыромятникова Т. Н.	65	Чазова И. Е.	34
Ростова Г. В.	34, 37	Т		Чакова Н. Н.	88
Ротарь О. П.	6, 84	Тараканова Р. С.	57	Чеботарева Н. В.	88
Рубанова М. П.	22, 24, 35, 44, 53	Тараненко Л. А.	95	Червякова Г. А.	76
Русиди А. В.	16	Тарасов А. А.	30	Черкашина А. Л.	9
Рыбина Ю. А.	79, 81	Теблов К. И.	12	Чернявский А. М.	60
Рыжкова Е. С.	34, 37	Теплова Н. В.	76	Черняк В. А.	57, 62
Рябинин В. А.	69	Теплоухова Ю. С.	89	Черняк С. В.	38, 89
Рябова Т. Р.	60, 62	Терещенко С. Н.	49, 50, 51, 96	Чеснокова Л. В.	49
С		Терновой С. К.	34	Чигинева В. В.	61
Савельева Н. Ю.	39	Тимашева Я. Р.	87	Чистилина А. Н.	9
Садовский Е. В.	60	Томашевская Ю. А.	21	Чистякова М. В.	41
Садомов А. С.	66	Тотуом Г. Б.	28	Чудинова Л. Н.	80
Сазанова Г. Ю.	10	Третьякова Н. В.	36	Чукаева И. И.	30, 95
Саламатина Л. В.	47, 91	Трошина И. А.	29, 32, 49, 50	Ш	
Салимова Н. Р.	94	Трошина Т. И.	12	Шаваров А. А.	48
Санец Е. Л.	40	Туктарова И. А.	87	Шакирова Н. Ш.	57
Сапожников А. Н.	32	Тухтаев А.	59	Шалаев С. В.	64
Сасонко М. Л.	42	У		Шарипов Р. А.	76
Сасу Д. Б.	73, 75	Урбан П. И.	78, 80	Шевченко А. О.	46
Сасу С. Ф.	75	Урванцева И. А.	47, 91	Шевченко О. П.	46
Сафронова О. Г.	64	Усачёва М. Н.	92	Шилова Ю. В.	46
Саютина Е. В.	61	Ф		Шинтяпина А. Б.	64
Свириев Ю. В.	84	Фартуков А. В.	68	Шишко В. И.	84
Семке Г. В.	53	Федосеева Т. С.	57	Школьник В. В.	29
Сергацкая Н. В.	39	Фендрикова А. В.	28, 46, 47, 72	Шлык С. В.	34, 37
Сергеева А. Н.	35	Филатов А. В.	49, 51	Шляхтина Н. В.	69
Серикова Е. В.	86	Филимонов С. Н.	6, 8	Шуматова Н. В.	17
Сидоренко Б. А.	86, 88	Филиппова Т. В.	24, 25, 48	Шуркевич Н. П.	5, 55
Сидорова Е. А.	32, 49, 50	Фисун А. Я.	27	Щ	
Сидорова Т. И.	68	Фомина Н. В.	26	Щеглова Л. В.	7, 13
Силин А. Н.	18	Фрик И. В.	9	Щекотов В. В.	78, 80
Симоненко В. Б.	27	Фролов А. В.	14	Щур Ю. В.	27
Синенкова О. Ю.	18, 41	Х		Ю	
Сисина О. Н.	56	Хайретдинова Т. Б.	20, 28, 51	Юнникова О. И.	15
Скибицкая С. В.	46	Хаишева Л. А.	34, 37	Юсупходжаев Р. В.	68
Скибицкий В. В.	28, 34, 43, 46, 47, 58, 72	Хакимова Г. Р.	57	Я	
Скрипченко А. Е.	5	Халтурина И. Г.	24	Яковлева И. В.	15
Смазнова О. В.	18	Хамидуллаева Г. А.	63	Яковлева Н. Ф.	15
Сокаева З. Т.	43	Хамнагадаев И. И.	8, 23	Якуш Н. А.	38, 89
Солнцев В. Н.	6	Хан М. Б.	87	Яскевич Р. А.	8, 23, 50
Соломасова Л. В.	83	Хасанов Н. Р.	87	Яхонтов Д. А.	69
Сошникова Н. М.	32	Хафизова Л. Ш.	57		