



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Европейское общество по артериальной гипертонии
Российское медицинское общество по артериальной гипертонии
ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

XI Всероссийский конгресс

«АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

ТЕЗИСЫ

18-20 марта 2015 года
г. Кемерово



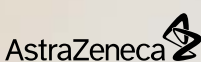
Контролирую давление... Контролирую ситуацию... Контролирую жизнь!

АТАКАНД® – это эффективный контроль артериального давления в течение 36 часов ПЛЮС СНИЖЕНИЕ РИСКА НЕФАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА^{1,2}

АТАКАНД® (кандесартан). КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ. Регистрационный номер: П N014373/01, ЛСР-001353/08. Торговое название: Атаканд® (Atacand®). Международное непатентованное название: кандесартан. Лекарственная форма: таблетки 8мг, 16мг, 32мг.

Показания к применению. Артериальная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность и нарушение систолической функции левого желудочка (снижение ФВЛЖ $\leq 40\%$) в качестве дополнительной терапии к ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) или при непереносимости ингибиторов АПФ (см. раздел «Фармакодинамика»). «Применение при беременности и в период грудного вскармливания». Тяжелые нарушения функции печени и/или холестаза. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). Непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции. Применение кандесартана цилексетила в комбинации с препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом (1 или 2 типа) или умеренной или тяжелой почечной недостаточностью (скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73 м²). С осторожностью: у больных с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной почки, с гемодинамически значимым стенозом аортального и митрального клапана, после пересадки почки в анамнезе, у больных с цереброваскулярными заболеваниями и ишемической болезнью сердца (ИБС), гиперкалиемией, у больных со сниженным объемом циркулирующей крови, с первичным гиперальдостеронизмом (отсутствует достаточное количество данных по клиническим исследованиям), гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Дополнительно для дозировки 32мг: у больных со сниженным объемом циркулирующей крови, с терминальной стадией почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 15 мл/мин) и тяжелым нарушением функции печени и/или холестазом клинический опыт применения ограничен, возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **Побочное действие.** Артериальная гипертензия. Побочные эффекты в ходе клинических исследований носили умеренный и преходящий характер и были сопоставимы по частоте с группой плацебо. Общая частота возникновения побочных эффектов на фоне приема препарата Атаканд® не зависела от дозы препарата, пола и возраста пациента. Частота случаев прекращения терапии в связи с побочными эффектами была сходной при применении кандесартана цилексетила (3,1%) и плацебо (3,2%). В ходе анализа данных проведенных исследований сообщалось о следующих побочных эффектах, часто ($>1/100$) встречающихся на фоне приема кандесартана цилексетила. Описанные побочные эффекты наблюдались с частотой хотя бы на 1% больше, чем в группе плацебо. Со стороны центральной нервной системы: головокружение/слабость, головная боль; со стороны костно-мышечной системы, соединительной ткани: боль в спине; инфекции: респираторные инфекции; лабораторные показатели: в целом при применении препарата Атаканд® не было отмечено клинически значимых изменений стандартных лабораторных показателей. Как и при применении других средств, влияющих или действующих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, может наблюдаться небольшое снижение гемоглобина. Наблюдалось увеличение концентрации креатинина и мочевины, увеличение содержания калия и уменьшение содержания натрия. Повышение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) было отмечено несколько чаще при применении препарата Атаканд® в сравнении с плацебо (1,3% вместо 0,5%). При применении препарата Атаканд® обычно не требуется регулярного контроля лабораторных показателей. Однако у пациентов с нарушением функции почек рекомендуется периодически контролировать содержание калия и концентрацию креатинина в сыворотке крови. Хроническая сердечная недостаточность. Побочные эффекты, выявленные на фоне применения препарата Атаканд® у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, соответствовали фармакологическим свойствам препарата и зависели от состояния пациента. В ходе клинических исследований SHARM проводилось сравнение препарата Атаканд® в дозах до 32 мг (n=3803) с плацебо (n=3796), 21% пациентов из группы кандесартана цилексетила, и 16,1% пациентов из группы плацебо, прекратили лечение из-за возникновения побочных реакций. Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты ($\geq 1/100$, $< 1/10$): со стороны сердечно-сосудистой системы: выраженное снижение АД; со стороны мочевыводящей системы: нарушение функции почек; лабораторные изменения: повышение концентрации креатинина и мочевины, повышение содержания калия. Рекомендуется контролировать концентрацию креатинина и содержание калия в сыворотке крови. О следующих побочных эффектах в ходе постмаркетингового применения препарата сообщалось очень редко ($< 1/10000$): со стороны кровеносной и лимфатической системы: лейкопения, нейтропения и агранулоцитоз; нарушение метаболизма и заболевания, вызванные нарушением метаболизма: гиперкалиемия, гипонатриемия; со стороны нервной системы: головокружение, слабость, головная боль; со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: кашель; со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота; со стороны печени и желчевыводящих путей: повышение активности «печеночных» ферментов, нарушение функции печени или гепатит; аллергические реакции: ангионевротический отек, кожная сыпь, крапивница, кожный зуд; со стороны костно-мышечной системы, соединительной ткани: боль в спине, артралгия, миалгия; со стороны мочевыводящей системы: нарушение функции почек, включая почечную недостаточность у предрасположенных пациентов. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. Дальнейшая информация предоставляется по требованию: ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз», Россия 125258 Москва, ул. Беговая, д.3, стр.1. Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98. Дата утверждения – 09.10.2014

1. Lacourciere Y. et al. Am J Hypertens, 1999; 12: 1181-1187
2. Lithell H., et al. J Hypertens 2003;21:875-886



Информация предназначена для работников здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. За дополнительной информацией обращайтесь: ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз», Россия 125284 Москва, ул. Беговая д.3, стр.1. Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98. www.astrazeneca.ru АТА_657 233 011_21/01/2015

Атаканд®
кандесартан



НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е.И. Академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазова И.Е. Президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, член-корр. РАН, директор НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава РФ

Барбараш О.Л. Директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», председатель Кузбасского научного кардиологического общества, д.м.н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Бойцов С.А. Директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, главный специалист по профилактической медицине Минздрава РФ, д.м.н., профессор

Остроумова О.Д. Профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

Карпов Ю.А. Первый заместитель генерального директора ФГБУ РКНПК МЗ РФ, заместитель генерального директора по науке, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Наконечников С.Н. Директор Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, ученый секретарь ФГБУ РКНПК Минздрава РФ, д. м. н., профессор

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Галявич А.С. (Казань)

Небиеридзе Д.В. (Москва)

Терещенко С.Н. (Москва)

Гончарова Е.А. (Москва)

Невзорова В.А. (Владивосток)

Тюрина Т.В. (С.-Петербург)

Данилов Н.М. (Москва)

Николаева И.И. (Уфа)

Чихладзе Н.М. (Москва)

Демидов А.А. (Астрахань)

Огарков М.Ю. (Кемерово)

Чукаева И.И. (Москва)

Довгалецкий П.Я. (Саратов)

Ощепкова Е.В. (Москва)

Шалаев С.В. (Тюмень)

Карпов Р.С. (Томск)

Перепах Н.Б. (С.-Петербург)

Шлык С.В. (Ростов-на-Дону)

Кисляк О.А. (Москва)

Подзолков В.И. (Москва)

Шутёмова Е.А. (Иваново)

Литвин А.Ю. (Москва)

Рогоза А.Н. (Москва)

Юрасова Е.С. (Москва)

Мартынов А.И. (Москва)

Романчук С.В. (Иваново)

Яхонтов Д.А. (Новосибирск)

Мартынюк Т.В. (Москва)

Скибицкий В.В. (Краснодар)

Медведева И.В. (Тюмень)

Старостин И.В. (Москва)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ОТ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ:

Сергеев А.С. Заместитель Губернатора Кемеровской области по вопросам здравоохранения

Цой В.К. Начальник Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области

Иванов А.В. Заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области

Коваленко О.В. Начальник Управления здравоохранения администрации г. Кемерово

Артамонова Г.В. Заместитель директора по научной работе ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний

Макаров С.А. Главный врач МБУЗ Кемеровский кардиологический диспансер, главный кардиолог управления здравоохранения администрации г. Кемерово

Ивойлов В.М. Ректор ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

Двадцатова А.Е. Заместитель главного врача по ОМР МБУЗ Кемеровский кардиологический диспансер, начальник НМО ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний

Скрипченко А.Е. Главный специалист по терапевтической службе Управления здравоохранения г. Новокузнецка, главный кардиолог г. Новокузнецка

Темерханова К.Ф. Секретарь организационного комитета

СОДЕРЖАНИЕ

АГРЕГАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	7
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ИНФАРКТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГГ. (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МАХАЧКАЛЬЯ)	7
АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	8
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИСКРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЗС И В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ	8
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	9
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМПСТ И ПРОВЕДЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ	9
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	9
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	10
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕЛИЧИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ	10
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА	11
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	11
ВЗАИМОСВЯЗЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	12
ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	12
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	13
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	13
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ	13
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА	14
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ	14
ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	15
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИМВАСТАТИНА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	15
ВЛИЯНИЕ МЕТОДА БИОУПРАВЛЕНИЯ НА РЕДУКЦИЮ НЕКОНВЕНЦИОННЫХ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ) ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ	15
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЯНУВИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	16
ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	16
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У СОЛЕРЕЗИСТЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	16
ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	17
ВЛИЯНИЕ SRAP-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	17
ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ	18
ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭССЕ-РФ)	18
ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ БИСОПРОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	19
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ	19
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	19
ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОЧЕК И НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ	20
ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	20
ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗАПОЛЯРЬЕ	21
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И МАРКЕРЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	21
ВТОРИЧНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	22
ГАЛЕКТИН-3 И ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	22
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	23
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	23
ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)	24
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	24
ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА НА ФОНЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА	24
ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ	25
ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И АГ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ГИПОГАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКОМ	26
ДИНАМИКА УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	26
ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ОТ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕПЕНИ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	27
ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ УРОВНЯ PRO-BNP У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТ ГОДОВОГО ПРОГНОЗА	27
ЗНАЧИМОСТЬ ВЫСОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	28
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	28
ИЗМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА	29

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА.....	29
ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	30
ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И ADMA У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ФОЗИНОПРИЛОМ, ИНДАПАМИДОМ И СИМВАСТАТИНОМ.....	30
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	31
ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	31
ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ: МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ СЕРДЦА ИЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ?.....	31
ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕНИЕМ ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА.....	32
ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	32
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	33
ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	33
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРА ГМГ-КОА РЕДУКТАЗЫ АТОРВАСТАТИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	34
ИСХОДЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	34
ИШЕМИЯ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.....	34
К ВОПРОСУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ДЕТЕЙ.....	35
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	35
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	36
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.....	36
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЖЕСТКОСТИ КРУПНЫХ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	37
КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ И КОАРКТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	37
КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	37
КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК В МИОКАРДЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ.....	38
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	38
КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ.....	39
КОРРЕКЦИЯ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ.....	39
ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СУРФАКТАНТ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.....	40
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МАЛЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ АНЕВРИЗМАХ НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ.....	40
ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА.....	40
МЕТОД ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	41
МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	41
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	42
МСКТ - КАЛЬЦИЕВЫЙ ИНДЕКС - КАК МЕТОД РУТИННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТРАНСПОРТНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	42
НАРУШЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	43
НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	43
НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА РИГИДНОСТИ СОСУДОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	43
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ММН В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	44
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ «ОПАСНЫХ» ПРОФЕССИЙ.....	44
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕМЬЕ.....	45
НЕФРОГЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	45
ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА КАК КОМОРБИДНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НОЧНЫХ -ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ СУДОРОЖНЫХ ПРИСТУПОВ».....	45
ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ.....	46
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА.....	46
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	47
ОПЫТ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	47
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АКТИВНОЙ КЛИНООРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРОБЕ С РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ.....	47
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У МУЖЧИН РЕСПУБЛИКИ КРЫМ ЗА 2008-2013 ГОДЫ.....	48
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	48
ОСОБЕННОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	49
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА В КОЖЕ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ.....	49
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ДЛЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	50
ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	50
ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ЖЕНЩИН С МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	51
ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ.....	51
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	52
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	52

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА»	
СОСННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ	52
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ	53
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	53
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ MIR-126, MIR-155, MIR-221 И MIR-222 У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	54
ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	54
ОТНОШЕНИЕ К ТАБАКОКУРЕНИЮ МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА ТЮМЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТРУДА	55
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	55
ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН- АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	56
ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИБС И В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	56
ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	56
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г. ТОМСКА	57
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ	57
ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	58
ПАЦИЕНТЫ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ - ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	58
ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	58
ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)	59
ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕПТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	59
ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЁСТКОСТИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТОМСКА (ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)	60
ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	60
ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА	60
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У КОРЕННЫХ И НЕКОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ	61
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADRB1 И ЕГО АССОЦИИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ШОРЦЕВ	61
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 2 И 9 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	62
ПОСТРОЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА И ГОРОДА	62
ПОЧЕМУ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОСТРЕБОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ, А ПОСЕЩАЮТСЯ ТОЛЬКО ПО ПРЕДПИСАНИЮ ВРАЧЕЙ	63
ПРЕИМУЩЕСТВА ТРАНСРАДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	63
ПРЕИМУЩЕСТВА ХРОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАХТОВОГО ТРУДА В ЗАПОЛЯРЬЕ	64
ПРЕССОРНЫЙ ТИП ПОСЕКУНДНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ У ЗДОРОВЫХ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	64
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ГМГ-КОА РЕДУКТАЗЫ РОЗУВАСТАТИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	65
ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЛИПИДНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	65
ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ДИУРЕТИКА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	66
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)	66
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН-ГИПЕРТОНИКОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАЗНАЧЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ	67
РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМУЛЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	67
РАННИЕ МАРКЕРЫ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ	68
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ АД СРЕДИ ЛИЦ 25-64 ЛЕТ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АД ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ	68
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГОСПИТАЛЬНОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	68
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ	69
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	69
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	70
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ D И СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	70
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭССЕ-РФ)	71
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	71
РЕЗИСТЕНТНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ОРГАНОПРОТЕКЦИЯ И ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ	72
РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	72
РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ В ДИНАМИКЕ	73
РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	73
РОЛЬ МАРКЁРОВ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В МОДИФИКАЦИИ ШКАЛЫ GRACE ACS RISK SCORE 2.0 У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	73
РОЛЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ (КАБИНЕТАХ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	74
РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АД В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН	74
РОЛЬ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	75

СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ИНДЕКС У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	75
СИНДРОМ КОННА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	76
СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	76
СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ АОРТЫ И АДИПОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АГ	76
СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	77
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДЕБЮТОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ	77
СОЧЕТАНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ МАЛЬЧИКОВ	78
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	78
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	79
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	79
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ И СВОБОДНОЙ КОМБИНАЦИИ НЕБИВОЛОЛА И АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННОЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	80
СТРЕСС В СЕМЬЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ	80
СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)	81
СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ	81
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ С ВАЛСАРТАНОМ	82
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	82
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	83
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	83
СЫВОРОТОЧНЫЕ УРОВНИ МАРКЕРОВ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	84
УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У КУРЯЩИХ МУЖЧИН	84
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ	85
ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	85
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	86
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	86
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	87
ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	87
ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	87
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	88
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	88
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ	89
ЧАСТОТА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	89
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ И ДЕПРЕССИИ У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ	89
ЧАСТОТА СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В РОССИИ	90
ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ РАБОТНИКОВ	90
ШКОЛА КОМБИНИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	91
ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 И ЕЕ ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА В СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	91
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АНТИДЕПРЕССАНТ, У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА (АЛИСКИРЕН) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	92

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.
Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

AstraZeneca 

Генеральные партнёры:

ASTRAZENECA RUSSIA



ГЕДЕОН РИХТЕР

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»



ЗАО «БАЙЕР»



Главные партнёры:

ООО «КРКА ФАРМА»



ТАКЕДА



ООО «НОВАРТИС ФАРМА»



БЕРЛИН ХЕМИ/ А. МЕНАРИНИ



ООО «БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»



PFIZER

ЗАО «СЕРВЬЕ»



Партнёры:

ЗАО «САНДОЗ»

Zentiva компания группы Санофи

ЗАО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЗАВОД ЭГИС»

ООО «Петр Телегин»

АКТАВИС

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

ЭББОТТ

АО «НИЖФАРМ»

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ

ООО «ММА «МЕДИАМЕДИКА» И ЖУРНАЛ

«СИСТЕМНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ»

ООО «АКАДЕМИЗДАТ» И ЖУРНАЛ

«ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ»

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ
ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

ИД «РМЖ»

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

АГРЕГАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КАУКОВА А.Н., Белякова Н.А., Миллер Д.А.

ГВОПУ ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить особенности сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 30 женщин (средний возраст $58,1 \pm 6,01$ лет) больных АГ (стаж АГ составил $15,1 \pm 0,42$ лет, средний уровень сист. АД - $152,5 \pm 10,6$ и диаст. АД - $96,3 \pm 8,21$ мм рт. ст.). Для оценки результатов агрегатограмм была взята контрольная группа (добровольцы), 30 женщин ($47,8 \pm 6,12$ лет) с нормальным уровнем АД, без тяжёлых соматических заболеваний. Агрегационную функцию тромбоцитов определяли на агрегометре модели: Биола 230LA. Активность кровяных пластинок изучали по кривой среднего размера агрегатов и светопропускания с анализом параметров агрегации, полученные при спонтанной агрегации тромбоцитов (САТ) и стимулированной (АДФ в конечной концентрации $0,5$ мкМ/мл и 5 мкМ/мл и ристомицином) в течение 5 мин. Определяли параметры агрегации по максимальной степени агрегации (Lm от.ед) и максимальной скорости агрегации (Vm от.ед / мин), по кривой светопропускания - степень агрегации максимальная - L max (%) после добавления индуктора и скорости агрегации максимальной - $[Vm \text{ \%} / \text{мин}]$ - максимальный наклон кривой светопропускания.

Результаты:

Анализ агрегатограмм при САТ по кривой среднего размера агрегатов и светопропускания показал наличие в $66,6\%$ случаев гипоагрегации и в $33,3\%$ гиперагрегации ($p < 0,01$). Изучение показателей гемостаза позволило установить, что при САТ по кривой среднего размера агрегатов наиболее высокие значения по показателям максимальной степени агрегации (Lm) и по степени агрегации за 5 мин. (L от.ед 5 мин) были получены у больных с гиперагрегацией (Lm $1,76 \pm 0,39$ и L от.ед 5 мин $2,37 \pm 0,68$) по сравнению с контролем (соответственно $1,54 \pm 0,45$; $p < 0,05$ и $1,45 \pm 0,45$; $p < 0,05$) и больными с гипоагрегацией (соответственно $1,22 \pm 0,61$; $p < 0,05$ и $2,05 \pm 0,16$; $p < 0,05$). Аналогичные результаты были отмечены по этим показателям агрегации и по кривой светопропускания. При ин-дуцировании агрегации тромбоцитов ристомицином по кривой агрегатов у пациентов с АГ в сравнении с контрольной группой также имелись достоверные различия в максимальной степени агрегации (Lm), которая у добровольцев составила $13,91 \pm 6,42$, у больных с гипоагрегацией она была ниже - $12,76 \pm 1,25$ ($p < 0,05$), а с гиперагрегацией тромбоцитов выше - $17,86 \pm 1,94$ ($p < 0,05$). Кроме этого группы больных различались и по степени агрегации за 5 мин (L от. ед 5 мин). Она была наименьшей при гипоагрегации и составила $2,98 \pm 1,59$ против $3,62 \pm 1,49$ при гиперагрегации ($p < 0,05$). При определении индуцированной ристомицином агрегации тромбоцитов по кривой светопропускания также имелись достоверные различия по этим степеням между больными АГ с гипоагрегацией (Vm $97,87 \pm 11,57$) и гиперагрегацией ($103,21 \pm 20,41$; $p < 0,05$). Оценивая показатели степени агрегации тромбоцитов индуцированной АДФ 5 мкМ/л по кривой агрегатов, самые низкие значения были получены у больных с гипоагрегацией (Lm $8,13 \pm 2,65$) по сравнению с добровольцами ($11,11 \pm 4,55$; $p < 0,001$) и больными с гиперагрегацией ($19,59 \pm 1,11$; $p < 0,001$). В показателях по кривой светопропускания индуцированной АДФ 5 мкМ/л агрегации тромбоцитов имелись достоверные различия между больными АГ

с гипоагрегацией (Lm $38,04 \pm 17,04$ и L от.ед 5 мин $36,49 \pm 16,31$) и контрольной группой (соответственно $57,15 \pm 16,03$; $p < 0,001$ и $56,22 \pm 15,87$; $p < 0,001$), а также гиперагрегацией тромбоцитов (соответственно $63,16 \pm 5,01$; $p < 0,001$ и $62,05 \pm 4,73$; $p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, у женщин больных АГ изменения в системе сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза отмечаются, как в сторону гипоагрегации, так и гиперагрегации, которая встречается у них в 2 раза реже.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ИНФАРКТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГГ. (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МАХАЧКАЛЫ)

ГАЙДАРОВА Х.М., Демидов А.А.

АГМУ

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является актуальной проблемой здравоохранения в связи с высокой распространенностью и частотой развития осложнений. Правильная и своевременная диагностика АГ и ее осложнений является необходимым условием успешного лечения больных. Цель исследования: улучшение диагностики осложнений АГ.

Материал и методы:

На базе инфарктного отделения Республиканской больницы (2 ЦСЭМП) Министерства здравоохранения Республики Дагестан нами было проведено исследование правильности постановки диагноза АГ у экстренно поступающих больных. Исследование проводилось в период с 2008 по 2013гг. Всего в исследование было включено 2013 больных, направленных в экстренном порядке в стационар с диагнозом инфаркт миокард (ИМ).

Результаты:

Мы проследили динамику каналов поступления больных в инфарктное отделение за период исследования. В 2008 и 2009г. наибольшее количество больных было доставлено врачами «Скорой помощи» (СП) (соответственно - $72,6\%$ и $71,2\%$). В последующие два года процент поступивших по СП несколько снизился ($68,7\%$ в 2010г. и $69,7\%$ в 2011г.). В последующие годы количество поступивших по СП возросло до 70% . На втором месте по частоте - поступление по направлению из государственных и частных лечебных учреждений. С каждым годом количество поступлений данной категории больных уменьшается. Так, в 2008г. по направлениям лечебных учреждений поступило $18,3\%$ пациентов, а к 2013г. это количество уменьшилось до $11,4\%$. Интересна структура направлений. В 2008г. большая часть больных были направлены поликлиниками ($11,8\%$). Практически в два раза меньше было больных, направляемых из частных медицинских центров ($6,5\%$). Постепенно количество пациентов, направленных из частных медицинских центров снижалось и к 2013г. составляло $4,1\%$. Процент пациентов, поступавших по направлениям поликлиник все годы составлял в среднем $10,8\%$. Большинство случаев неправильной диагностики осложнений течения АГ было зафиксировано среди поступивших по СП. Среди направленных поликлиниками и частными медицинскими центрами г. Махачкалы практически не было пациентов с диагнозом осложненной АГ. Анализ динамики поступления больных с осложнениями АГ в инфарктное отделение Республиканской больницы г. Махачкалы показал следующее. В 2008г. при посту-

плении в отделение направительный диагноз инфаркта миокарда (ИМ) был у 157 пациентов, при выписке из стационара 42,7% из них был выставлен диагноз АГ. В 2009г. при поступлении диагноз ИМ был поставлен 205 пациентам. При выписке 28,3% (58 чел.) был выставлен диагноз АГ. С 2010г. отмечается значительное улучшение правильной диагностики АГ при поступлении в стационар. Всего было направлено 466 человек с диагнозом ИМ. При выписке диагноз АГ был выставлен только 10,3% поступивших. В 2011г. в инфарктное отделение поступило 398 пациентов с диагнозом ИМ, а при выписке диагноз АГ был выставлен 10,8% пациентов. Наименьшее количество ошибок в диагностике АГ было допущено в 2012г., когда в инфарктное отделение поступило 398 больных с диагнозом ИМ, а при выписке только 9,3% поступивших был выставлен диагноз АГ. Начиная с 2013г. снова отмечается увеличение случаев неправильной диагностики АГ на догоспитальном этапе. Так, всего в инфарктное отделение поступило 302 больных с диагнозом ИМ, из которых 14,2% при выписке был выставлен диагноз АГ.

Заключение:

Таким образом, полученные данные указывают на то, что на догоспитальном этапе больных с осложнениями АГ (гипертонический криз, сердечная астма) расценивают как пациентов с острым коронарным синдромом. С одной стороны, это неплохо, так как улучшает качество лечения больных – они находятся в специализированном стационаре. С другой стороны, это затраты на стационарное лечение, так как эти пациенты могли получить необходимую помощь и амбулаторно.

АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Хафизова Л.Ш., Срождинова Н.З., Курбанова Д.Р., Абдуллаева Г.Ж., Турсунова Н.Б., Шакирова Н.Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, МЗ РУз

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить антигипертензивную, антиремоделлирующую эффективность и клиническую безопасность применения в режиме монотерапии препарата Зокардис у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включены 30 больных с мягкой и умеренной АГ (I-II степень АГ, ESC/ESH 2013), в среднем возрасте 49,93±9,0 лет. АД измерялось методом Короткова, проводилась эхокардиография согласно с Penn Convention Method, проба с реактивной гиперемией для определения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии, определение толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ) методом УЗИ, биохимические исследования для определения уровня липидов и глюкозы крови (до лечения и на 12-й неделе терапии). Все пациенты принимали зофеноприл в начальной дозе 15 мг, для достижения целевого уровня АД доза титровалась до 60 мг/сут. Среднесуточная доза составила 36,0±19,54 мг/сут. Результаты представлены в M±SD.

Результаты:

На фоне 12-недельной монотерапии зофеноприлом отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД

на 19,53±5,93% и 18,64±7,18% соответственно, с достижением целевого уровня АД у 83,3% больных. Антиремоделлирующая эффективность зофеноприла выражалась в достоверном регрессе гипертрофии левого желудочка на 9,6±5,6%, улучшением и нормализацией ЭЗВД плечевой артерии: ΔD% с 9,86±3,82% до 14,13±6,17% (p=0,0001), достоверным снижением толщины КИМ с 1,0±0,3 мм до 0,91±0,24 мм (p=0,002). Не отмечено достоверных сдвигов липидного спектра крови и уровня глюкозы крови. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов не было, все больные завершили 12-недельное исследование.

Заключение:

Зофеноприл в режиме монотерапии показал достоверно выраженную антигипертензивную и антиремоделлирующую эффективность при метаболической нейтральности и хорошей переносимости у больных мягкой и умеренной АГ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС И В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

ЕФРЕМУШКИН Г.Г., ПОДСОННАЯ И.В.

ГБОУ ВПО АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Изучить временные и возрастные особенности формирования артериальной гипертензии (АГ) и дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у лиц, подвергшихся радиационному и стрессовому воздействию, и в общей популяции.

Материал и методы:

В течение 20 лет (1986 – 2006 гг.) проводилось наблюдение и обследование 536 мужчин, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС (группа ЛПА) и 490 мужчин с неотягощённым радиационным анамнезом – группа сравнения (ГС). Структурные изменения головного мозга исследовались с применением компьютерной томографии, МРТ, церебральная гемодинамика изучалась с применением ультразвукового дуплексного сканирования магистральных артерий. Биоэлектрическую активность головного мозга оценивали по результатам электроэнцефалографии. Нейропсихологические исследования включали оценку состояния когнитивных функций с помощью нейропсихологических тестов.

Результаты:

У ЛПА развитие ДЭ наблюдалось в первые 3 года наблюдения преимущественно у молодых лиц и значительно опережало по времени формирование АГ. Максимальный риск возникновения ДЭ зарегистрирован во 2-ом пятилетии после работ на АЭС (65,5 % от числа всех случаев ДЭ), АГ – на четвертом пятилетии (41,2 % от всех случаев АГ). Гипертензивный синдром возникал и развивался только у больных с ДЭ. В общей популяции к концу пятого года наблюдения ДЭ отмечена в 20 % случаев, АГ – в 7 %, после 10 лет ДЭ регистрировалась у 42 % больных, АГ – у 11 %, то есть АГ формировалась только у 37,1 % больных с ДЭ. В конце 20-летнего периода в группе сравнения количество лиц с ДЭ составило 83,8 %, синдром АГ регистрировался только у лиц с ДЭ и составил 34,3 %. К концу 20-летнего периода наблюдения у всех ЛПА зарегистрирована ДЭ и у 86,9 % из них – АГ. К концу исследования у наблюдаемых нами лиц 1-й и 2-й групп степень повышения уровня АД при АГ соответствовала стадии сформировавшейся ДЭ и не зависела от наличия в анамнезе радиационного воздействия.

Заключение:

Таким образом, у ЛПА молодого возраста ДЭ и АГ развиваются в ранние сроки (в первые 3-5 лет) после облучения. Независимо от причин развития ДЭ, она, по нашим данным, является первичной по отношению к развивающейся на её фоне АГ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Черницова Н.С., Коваленко А.В.

МБУЗ ККД, ФГБНУ НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия является одним из важнейших факторов риска развития ишемического инсульта. Среди лиц молодого и среднего возраста её роль наиболее значима, так как атеросклеротическое поражение сосудов не столь выражено, как в более старшем возрасте. По данным некоторых проведенных исследований при развитии ишемического инсульта чаще встречается «мягкая» артериальная гипертензия (до 60% случаев). Цель исследования. Оценить распространенность артериальной гипертензии а также степень её выраженности при развитии ишемического инсульта у лиц молодого и среднего возраста.

Материал и методы:

В исследование включено 392 больных средним возрастом 53,3 ± 4,7 года, пролеченных в отделении неврологии МБУЗ ККД с ишемическим инсультом за период с 2011 по 2012 года. Из них 289 мужчин (53,2 ± 3,7 года) и 103 женщины (53,5 ± 3,8 года). Оценивалось наличие артериальной гипертензии в анамнезе при опросе больных либо по данным амбулаторных карт; цифры артериального давления (АД) в дебюте инсульта. Статистическая обработка данных произведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты:

Наличие артериальной гипертензии выявлено у 360 человек, что составило 92% больных. В дальнейшем в исследовании рассматривались пациенты, имеющие артериальную гипертензию. Из них, на нормальных цифрах АД ишемический инсульт развился у 45 больных, на цифрах систолического АД 140 – 159 мм рт. ст. – у 104 больных, на цифрах 160 – 179 мм рт. ст. – у 79 больных, на цифрах от 180 мм рт. ст. и более – у 132 больных. То есть, преобладали больные с высокими цифрами АД в дебюте инсульта (37%) ($p < 0,001$), также высок уровень больных с «мягкой» артериальной гипертензией (29%), реже встречались больные с умеренными цифрами АД (22%) и нормальными (12%) цифрами АД.

Заключение:

Роль артериальной гипертензии высока в развитии ишемического инсульта у лиц молодого и среднего возраста. Наибольшее число острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу случается на фоне цифр АД 180 мм рт. ст. и более.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМНСТ И ПРОВЕДЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ

Гальцова О.А., Одинец В.С.

БелМАПО, КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние артериальной гипертензии (АГ) на массу миокарда (ММ) у мужчин с острым инфарктом миокарда с подъ-

ёмом сегмента ST (ОИМнСТ) и проведенной реваскуляризацией (ТЛТ или ЧКВ, или ЧКВ спасения).

Материал и методы:

Наблюдение пациентов мужского пола, перенесших ОИМнСТ и реваскуляризацию в среднем продолжалось в течение 12 (12;13) месяца. Средний возраст пациентов составлял 53,0(48;60) года. Все пациенты, перенесшие ОИМнСТ и реваскуляризацию были подразделены на 3 равноценные группы. Первую группу составили пациенты после проведения ЧКВ – 35(33,3%), 2 – пациенты после проведения ЧКВ и ТЛТ: 18(17,1%) и 3 – пациенты, которым проводилась ТЛТ – 17(16,2%). Всем пациентам проводилось стандартное фармакологическое лечение, соответствующее национальным рекомендациям. Проводилось ЭХО-КГ исследование после проведения различных методов реперфузии (в среднем на 2 сутки) и при повторной госпитализации (в среднем через 12 мес.).

Результаты:

АГ I степени наблюдалась у 1(2,9%) пациента из группы ЧКВ, у 1(1,7%) пациента из группы ТЛТ, у 1(5,9%) пациента после проведения спасительного ЧКВ. АГ II степени выявлена у 20(57,1%) пациентов из группы ЧКВ, у 8(57,1%) пациентов из группы ТЛТ, у 13(76,5%) из группы спасительного ЧКВ. АГ III степени была у 10(32,3%) пациентов из группы ЧКВ, у 5(35,7%) пациентов из группы ТЛТ, и у 3(17,6%) пациентов из группы спасительного ЧКВ. В группе пациентов после ЧКВ с АГ II при исходной госпитализации ММ составила 310,9(257,8;365,7), при повторной – 326,4(258,7;449,4); с АГ III ММ при первичной госпитализации составила – 278,7(253;326,7), при повторной – 348,6(285,6;512,4). ММ у пациентов с ОИМнСТ и ТЛТ и АГ II составила при первичной госпитализации 331,1(278,7;388,8), при повторной – 293,5(271,5;375,3); с АГ III – при первичной госпитализации – 287,2(268,6;299,8), при повторной – 355,2(312,8; 365). Пациенты в группе спасительного ЧКВ с АГ II имели ММ при первичной госпитализации – 256,8(212,6;304,8); при повторной – 271,6(241,4;387); с АГ III при первичной госпитализации ММ составила 388,2(186,9;468,1); при повторной – 396,1(224;579,6).

Заключение:

Наиболее часто у пациентов с ОИМнСТ наблюдалась АГ II степени. У пациентов с АГ II и III степени в группе ЧКВ достоверно чаще ММ была выше в отдалённом периоде по сравнению с исходной госпитализацией. При сравнении ММ между группами ЧКВ и ТЛТ, ЧКВ и спасительное ЧКВ достоверных различий выявлено не было. Таким образом, АГ II и III степени, как фактор риска достоверно ухудшала прогноз у пациентов с ОИМнСТ и ЧКВ в отдалённом периоде после перенесенного ОИМнСТ.

ВАРИАбельность РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ильямакова Н.А., Горбунов В.В., Аксенова Т.А.

НУЗ «ДКБ на ст. Чита-2»

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучение показателей variability ритма сердца у пациентов с гипертонической болезнью в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы:

Было обследовано 67 мужчин (средний возраст 45,4±2,45 года), больных гипертонической болезнью. Из них 37 пациентов с гипертонической болезнью I стадии (средний возраст 42,3±1,34 года), 30 пациентов с гипертонической болезнью II стадии (сред-

ний возраст $46,7 \pm 2,96$ года. Пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ посредством кардиомонитора Astocard® Holter System-2F. Контрольная группа – 20 здоровых мужчин (средний возраст $23 \pm 3,9$ года). Полученные результаты обработаны с помощью статистической программы Statistica 6.

Результаты:

При анализе временных показателей установлено, что SDNN достоверно снижен во второй группе по сравнению с контрольной группой на 3,7% ($p < 0,05$). Данный показатель в группе исследуемых I стадии на 2,1% ниже, чем в контроле. При анализе SDANN выявлено достоверное снижение показателя во первой и второй группах больных с гипертонической болезнью на 5,06% и 5,98% по сравнению с контролем соответственно ($p < 0,05$). Среди спектральных показателей выявлены следующие изменения. Показатель ULF в обеих группах больных гипертонической болезнью достоверно не отличался, но был достоверно ниже на 3,75% в первой группе и на 3,84% во второй группе по сравнению с контролем ($p < 0,05$). У пациентов первой группы отмечалось достоверное снижение уровня HF на 5,89% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). У исследуемых с гипертонической болезнью I и II стадией значение показателя LF/HF на 32,4% и 39,7% достоверно выше уровня зафиксированного у пациентов контрольной групп, соответственно ($p < 0,05$).

Заключение:

В группе гипертонической болезнью выявлены изменения показателей вариабельности ритма сердца, свидетельствующие о снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и повышении тонуса симпатической нервной системы. При этом более выраженные отличия зафиксированы в группе пациентов с гипертонической болезнью II стадии.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

САБИРЖАНОВА З.Т., АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, ОАО РСНПМЦ Терапии и Медицинской Реабилитации МЗ РУз, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель. Изучить состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и адаптационный потенциал эндотелий зависимой вазодилатации при развитии легочной гипертензии (ЛГ) и легочного сердца (ЛС) у больных бронхиальной астмой (БА), в динамике лечения с включением озонотерапии.

Материал и методы:

Обследовано 28 больных (2 группы) БА с ЛС. Определяли уровень ЛГ, гипертрофию/дилатацию правого желудочка (ГПЖ/ДПЖ). 1 группа - 16 больных БА с ЛГ, 2 - 12 больных БА с ГПЖ/ДПЖ, получавших (10 дней) базисную терапию по GINA (2006) и озонотерапию. При кардиоинтервалографии (КИГ) вычислялись: мода (Mo), амплитуда моды (АМо), интегральный показатель регуляции сердечного ритма - индекс напряжения (ИН), эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД) с максимальной систолической скоростью кровотока (МСС) и индексом циркуляторного сопротивления сосудов (ЦСС) в ответ на компрессионную пробу.

Результаты:

КИГ выявила нарушение соотношений функциональной активности симпатических (СО) и парасимпатических отделов (ПСО) ВНС. При анализе ИН у больных с ЛГ определили повышение

напряженности механизмов адаптации: в 1 группе с $156,7 \pm 18,9$ до $203,1 \pm 2,15$ у.е. и во 2 - до $182,9 \pm 3,15$ у.е. Эти нарушения вызывают симпатотонический сдвиг при ЛГ и превалирование ПСО при развитии ГПЖ/ДПЖ. Уменьшение Mo ($0,70 \pm 0,02$), увеличение показателей АМо ($36,1 \pm 0,03$), свидетельствуют об усилении функциональной активности СО и снижении активности ПСО ВНС. Эти нарушения коррелировали со степенью снижения максимальной систолической скорости кровотока ($r=0.45$ и $r=0.53$). В динамике лечения с озонотерапией, установлено уменьшение симпатикотонии: снизился ИН в 1 и 2 группах на 7,5 и 6,5 %, АМо на 5,7 и 6,1 %, повысился Мо на 6,0 и 4,9 % ($p < 0,05$). Выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала ЭЗВД : в 1 и 2 группах, соответственно, МСС увеличилась на 5,9 и 5,2 % и индекс ЦСС уменьшился на 6,2 и 5,9% ($p < 0,05$).

Заключение:

При анализе ИН у больных БА с ЛГ повышена напряженность механизмов адаптации; выявлен симпатотонический сдвиг при ЛГ и парасимпатотония - при ГПЖ/ДПЖ. Озонотерапия на фоне базисного лечения приводит к улучшению адаптивных возможностей и способности сосудов к активной вазодилатации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕЛИЧИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

РУБЦОВА Е.В., МУЛЕРОВА Т.А., ОГАРКОВ М.Ю.

ФГБНУ НИИ КПССЗ СО РАМН, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Определить взаимосвязь величины комплекса интима-медиа (КИМ) с развитием дислипидемии и ИБС у жителей Горной Шории.

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование населения Горной Шории (выборка 688 человек). Были изучены показатели липидного спектра крови (общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП)). Проведен расчет КИМ на сонных артериях. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Результаты:

Величина КИМ у представителей коренной национальности составила $1,01 \pm 0,02$, у представителей некоренной – $1,07 \pm 0,02$ ($p=0,087$). Средний уровень ОХС у шорцев с повышенными значениями КИМ был статистически значимо выше ($6,087 \pm 0,184$) по сравнению с лицами с нормальными цифрами КИМ ($5,157 \pm 0,347$) ($p=0,048$). Среди представителей некоренного этноса данные показатели составили: $6,439 \pm 0,276$ и $6,763 \pm 0,768$ соответственно ($p=0,625$). Уровень ТГ у коренных жителей с повышенными значениями КИМ был $1,434 \pm 0,149$, у обследованных с нормальными показателями КИМ – $1,227 \pm 0,257$ ($p=0,575$). У некоренных жителей: $2,182 \pm 0,289$ и $3,131 \pm 1,439$ соответственно ($p=0,310$). Уровень ХС-ЛПВП в группе шорцев с повышенным КИМ составил $1,634 \pm 0,117$, в группе с нормальными значениями КИМ – $1,287 \pm 0,144$ ($p=0,226$), среди некоренных жителей: $1,255 \pm 0,091$ и $1,201 \pm 0,176$ соответственно ($p=0,785$). Уровень ХС-ЛПНП у коренных жителей с повышенным уровнем КИМ был $3,587 \pm 0,162$, у обследованных шорцев с нормальными значениями КИМ – $3,076 \pm 0,320$ ($p=0,210$). Среди некоренных жителей с повышенным уровнем КИМ значения ХС-ЛПНП оказались $3,857 \pm 0,204$, у лиц с нормальными значениями КИМ – $3,491 \pm 0,291$ ($p=0,383$).

Среди шорцев, имеющих ИБС средний уровень КИМ был статистически значимо выше ($1,23 \pm 0,09$), чем среди обследованных не имеющих данного диагноза ($0,99 \pm 0,02$) ($p=0,003$). Аналогичная закономерность выявлена и среди представителей некоренного этноса: у лиц с диагнозом ИБС средние уровни КИМ были выше ($0,121 \pm 0,006$), чем у лиц без ИБС ($0,104 \pm 0,003$) ($p=0,011$).

Заключение:

Уровни ОХС у коренных жителей с повышенными значениями КИМ выше, чем у лиц с нормальными показателями КИМ. У лиц с ИБС значения КИМ были выше как среди коренного, так и среди некоренного этноса.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефимова Л.П., Соколов С.В., Литвишкова А.Ю.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Введение (цели/ задачи):

Климатические условия Западной Сибири, приравненные к регионам Крайнего Севера (г. Сургут), характеризуются значительными межсезонными колебаниями температуры воздуха, атмосферного давления и высокой влажностью, что позволяет отнести их к экстремальным условиям для проживания и трудовой деятельности человека. Цель работы: оценка взаимосвязи внезапных ухудшений состояния больных артериальной гипертензией по данным обращаемости за неотложной помощью и климатических показателей.

Материал и методы:

Изучены показатели «случаи вызовов «Скорой помощи» и «удельный вес случаев вызовов по поводу артериальной гипертензии на 1000 обратившихся за скорой медицинской помощью» больных с артериальной гипертензией. Объектом для анализа послужили 32961 вызовов «Скорой помощи» по поводу артериальной гипертензии за трехлетний период наблюдения с 2000 по 2002 гг. в г. Сургуте. Оценивали связь полученных данных с климатическими показателями (температура воздуха, град С°, атм. давление, относительная влажность – среднемесячные и межсуточные). Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики, корреляционного анализа по Спирмену с использованием пакета программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты:

Установлено, что количество вызовов по поводу артериальной гипертензии было больше в холодное время года (при среднемесячной температуре воздуха ниже 0°C) – 21365, в среднем 1068 вызовов в месяц. При более высокой температуре воздуха (с мая по сентябрь) количество вызовов по поводу артериальной гипертензии составило 11596, в среднем 724 вызова в месяц. Установлена прямая статистически значимая связь случаев вызовов «Скорой помощи» по поводу артериальной гипертензии и межсуточными колебаниями температуры воздуха ($r=0,34$), связь количества вызовов со среднемесячной температурой воздуха ($r=0,69$) в теплое время года. Удельный вес вызовов по поводу артериальной гипертензии был максимальным в январе-декабре (66,3 – 72,4), минимальным – мае-июне (44,6 – 48,8) и августе-сентябре (47,9 – 47,0). Корреляционный анализ показал отсутствие статистически значимой взаимосвязи удельного веса случаев вызовов с климатическими показателями.

Заключение:

Полученные нами данные выявили различный характер взаимосвязи обращаемости за неотложной помощью больных артериальной гипертензией и климатических факторов в зависимости от сезона года, среднемесячной температуры воздуха и межсуточных колебаний температуры воздуха.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Андреева Г.Ф., Молчанова О.В., Деев А.Д., Лерман О.В., Горбунов В.М., Люсин Д.В.

ФГБУ ГНИЦ ПМ МЗ РФ, Институт психологии РАН

Введение (цели/ задачи):

Общеизвестно, что риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, а также их течение и прогноз тесно взаимосвязаны с психологическими факторами. Целью нашего исследования было выявить существует ли взаимосвязь между уровнем артериального давления (АД) на рабочем месте и психологическими характеристиками больных с артериальной гипертензией (АГ) I-II ст.

Материал и методы:

Были проанализированы результаты суточных мониторингов АД (СМАД) 251 больных с АГ без серьезных сопутствующих заболеваний. СМАД проводилось после 1-2 недельного периода отмены антигипертензивной терапии при помощи аппарата Spacelabs 90207. Промежутки времени, проведенный на рабочем месте, соответствовал интервалу между 11.00 и 19.00 (АДр). После завершения процедуры СМАД больные заполняли психологический опросник СМОЛ (Зайцев В.П. и соавт.) и опросник ЭМИн для оценки эмоционального интеллекта (Люсин Д.В.). Были проанализированы следующие шкалы ЭМИн: I - понимание чужих эмоций; II - управление чужими эмоциями; III - понимание своих эмоций; IV - управление своими эмоциями; V - контроль экспрессии эмоций. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Результаты:

Среднее систолическое АД (САД) составило $140,1 \pm 14,5$; диастолическое (ДАД) – $88,1 \pm 9,8$ мм рт. ст. ($M \pm SD$). Были выявлены негативные корреляционные связи между ($p < 0,05$): 1) показателями шкал 2, 7 (СМОЛ) и уровнями САДр; 2) шкалы 7 (СМОЛ) и ДАДр. Кроме того, отмечались позитивные корреляционные связи ($p < 0,05$) между показателями шкалы II (ЭМИн) и уровнем САДр. Таким образом, при астеническом типе поведения (шкалы 2 и 7 опросника СМОЛ), который характеризуется социальной конформностью, отсутствием стремления к лидерству, эмпатией связан с меньшей вероятностью повышения АД в рабочее время. Напротив, стремление управлять чужими эмоциями (шкала II опросник

Заключение:

Таким образом, вероятность повышения АД у больных АГ за промежутки времени, проведенный на рабочем месте, усиливается при наличии у этих пациентов стремления к управлению поведением окружающих. Вместе с тем, высокая социальная конформность, отсутствие стремления к лидерству, эмпатия снижает вероятность повышения АД на рабочем месте у этих больных. Возможно это связано с тем, что при подобном типе поведения возникает меньше конфликтных ситуаций, которые ведут к по-

вышению АД на рабочем месте и как следствие, среднее АД за «рабочий» период у этих больных вероятнее всего будет меньше по сравнению с другими больными с АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Шмидт Е.А., Бернс С.А., Нагирняк О.А.

НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Цель: определить взаимосвязь между заболеваемостью артериальной гипертензией (АГ) и мультифокальным атеросклерозом (МФА) у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материал и методы:

Изучено 266 пациентов, госпитализированных с ОКСбпST, включающих нестабильную стенокардию (НС) и Q-необразующий инфаркт миокарда (ИМ), развившиеся в течение первых 24 часов до госпитализации. Средний возраст пациентов составил $60,6 \pm 8,8$ лет; мужчин - 59% (n=157), женщин - 41% (n=109). Курение в анамнезе отмечено у 127 (48,0%) пациентов, 98 (36,8%) – ранее перенесли ИМ. Страдали сахарным диабетом 2 типа 25 (9,4%) пациентов, 79 (29,7%) – стенокардией II-III ФК, у 205 (77,1%) – отмечалась избыточная масса тела. Оценивалось состояние сосудистого русла посредством проведения цветного дуплексного сканирования (ЦДС) брахиоцефальных артерий (БЦА), артерий нижних конечностей (АНК) и коронароангиография (КАГ). Критерием деления на группы послужило наличие АГ в анамнезе на момент госпитализации. В группу I вошло 34 (12,8%) пациента без АГ, в группу II включено 232 (87,2%) пациента с АГ в анамнезе.

Результаты:

В группе пациентов ОКСбпST с АГ в анамнезе отмечалась большая толщина комплекса интима-медия артерий ($1,0 (0,9;1,2)$ против $0,85 (0,8;0,95)$ мм; $p=0,009$). По результатам обследования определено, что у пациентов с АГ чаще выявляется значимое атеросклеротическое (стеноз $\geq 50\%$) поражение трех сосудистых бассейнов (БЦА, АНК и коронарные артерии). Так во II группе больных 108 (46,5%) имели признаки стенозирующего МФА, в то время как в группе пациентов без АГ только 9 человек (26,5%) имели значимый атеросклероз во всех трех сосудистых бассейнах ($p=0,027$). При оценке результатов КАГ частоты одно-, двух- и трехсосудистого поражения коронарных артерий в исследуемых группах не различались ($p>0,05$).

Заключение:

У пациентов с ОКСбпST с артериальной гипертензией в анамнезе определяется значимое утолщение комплекса интима-медия артерий и высокая частота МФА с поражением трех сосудистых бассейнов по сравнению с пациентами, которые не отмечали повышения артериального давления. Определено, что на выраженность коронарного атеросклероза у пациентов с ОКСбпST заболеваемость артериальной гипертензией значимого влияния не имеет.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ЗВЕРЕВА Т.Н., БАРБАРАШ О.Л.

КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Особенностью артериальной гипертензии при сахарном диабете (СД) 2 типа является умеренное повышение артериального давления (АД) с отсутствием адекватного снижения его в ночные часы. Известно, что типы суточной кривой АД «non-dipper» и «night-peaker» ассоциированы с более высоким риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, в отличие от типа «dipper». Кроме того доказано, что наличие у пациентов с артериальной гипертензией нарушений углеводного обмена ассоциируется с нарушениями функции эндотелия и липидного спектра крови. Цель работы – оценить взаимосвязь между суточным ритмом АД, с одной стороны и показателями функции эндотелия, липидного спектра крови, с другой у больных гипертензивной болезнью (ГБ) ассоциированной с СД 2 типа и изолированной ГБ.

Материал и методы:

В исследование включено 164 пациента: 88 больных ГБ в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 43 до 58 лет (средний возраст 51,2 года) и 76 больных ГБ в возрасте от 41 до 56 лет (средний возраст 50,6 года). Суточное мониторирование артериального давления проводилось автоматической амбулаторной системой суточного мониторирования VPLab МнСДП-2 000 «Петр Телегин», г. Нижний Новгород. Для определения дисфункции эндотелия применяли ультразвуковую цветную доплерографию плечевой артерии по стандартной методике, предложенной Celermajer, Sorenesen, на аппарате «Sonos 2500» (Hewlett Packard) УЗ-сосудистым датчиком 7 МГц утром (до 10 часов), натощак. Кроме того, оценивали общий холестерин, его фракции и уровень триглицеридов (Тг) в периферической крови.

Результаты:

В результате исследования было выявлено достоверное преобладание пациентов с типами суточного ритма «non-dipper» (67,1%) и «night-peaker» (18,2%) в группе больных ГБ ассоциированной с СД 2 типа по сравнению с группой пациентов с изолированной ГБ (52,6% и 5,3% соответственно). В этой же группе: ГБ ассоциированная с СД2 уровень холестерина был достоверно выше, чем в группе больных изолированной ГБ ($6,2 \pm 0,2$ и $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л), такая же закономерность выявлена и для значений индекса атерогенности. Выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($R=0,44$) между индексом атерогенности и отсутствием физиологического снижения артериального давления в ночное время у пациентов с сочетанием ГБ и СД2. При проведении корреляционного анализа между уровнем липопротеидов низкой плотности и показателями эндотелиальной дисфункции (эндотелийзависимой вазодилатацией) в группе больных ГБ ассоциированной с СД 2 типа выявлена прямая зависимость средней силы ($R=0,49$), а так же между уровнем Тг и показателями эндотелиальной дисфункции ($R=0,41$). В группе больных с изолированной ГБ так же выявлена прямая зависимость средней силы между уровнем липопротеидов низкой плотности и показателями эндотелиальной дисфункции ($R=0,37$). Зависимости между уровнем триглицеридов и эндотелиальной дисфунк-

цией в этой группе не выявлено. У всех пациентов в группе больных ГБ ассоциированной с СД 2 типа с типом суточного ритма «night-raeker» была выявлена выраженная дисфункция эндотелия.

Заключение:

Выраженность факторов ухудшающих прогноз течения сердечно-сосудистых заболеваний и увеличивающих риск сердечно-сосудистой смерти значительно выше у пациентов с ГБ ассоциированной с СД 2 типа, в сравнении с пациентами с изолированной ГБ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сумин А.Н., Щеглова А.В., Федорова Н.В.

НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Цель. Изучить взаимосвязь уровня артериального давления (АД) и показателей сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ) на популяционном уровне у взрослого населения города Кемерово в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ.

Материал и методы:

Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка мужского и женского взрослого населения в возрасте 25-64 года города Кемерово. Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено в период с марта по октябрь 2013 г. Согласно протоколу исследования, выборка формировалась в 3 этапа, которые включали последовательный отбор муниципальных лечебно-профилактических учреждений, врачебных участков и домовладений. В конечном виде объем выборки составил 1610 человек, отклик составил 81,4%. У 1595 (97,8%) пациентов проводили исследование жесткости периферических артерий с оценкой СЛСИ с помощью прибора VaSeraVS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Измерение АД проводили по стандартной методике. Для дальнейшего изучения были выделены три группы: I группа (n=1170) - пациенты со значением СЛСИ <8,0, II группа (n=255) - пациенты со значением СЛСИ 8,0-9,0 и III группа (n=170) - пациенты со значением СЛСИ ≥9,0.

Результаты:

Выявлены статистически значимые различия при сравнении значений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в первой группе при сравнении со второй и третьей группами (p<0,001). Увеличение СЛСИ сопровождалось возрастанием цифр САД и ДАД. В I группе цифры АД были нормальные (САД 127,5±18,3 мм рт.ст., ДАД 83,5±12,2 мм рт.ст.), во II группе - уровня нормального высокого АД (139,5±21,5 мм рт.ст., ДАД 90±12,4 мм рт.ст.), в III группе были показатели артериальной гипертензии (САД 145,0±24,7 мм рт.ст., ДАД 92,3±14,6 мм рт.ст.).

Заключение:

Уровень АД проявляет выраженную зависимость от значений СЛСИ. Это свидетельствует о влиянии уровня АД на жесткость сосудистой стенки, а, с другой стороны, это может быть и обратным результатом - влиянием жесткости сосудов на степень повышения АД.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Черницова Н.С., Коваленко А.В.

МБУЗ ККД, ФГБНУ НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Роль артериальной гипертензии в развитии острого нарушения мозгового кровообращения неоспорима. Следует предположить, что она также оказывает влияние и на течение инсульта. Цель исследования. Оценить влияние степени артериальной гипертензии на выраженность неврологического дефицита при ишемическом инсульте.

Материал и методы:

В исследование включено 392 больных средним возрастом 53,3 + 4,7 года, пролеченных в отделении неврологии МБУЗ ККД с ишемическим инсультом за период с 2011 по 2012 года. Выраженность неврологического дефицита оценена по шкале NIHSS на момент поступления в стационар и выписки. Больные разделены на группы по цифрам артериального давления (АД) на момент развития инсульта: 1 группа - нормальное АД (76 больных, что составило 19%), 2 группа - АД 140 - 159 мм рт. ст. (105 больных - 27%), 3 группа - 160 - 179 мм рт. ст. (79 больных - 20%), 4 группа - 180 мм рт.ст и более (132 больных - 34%). Статистическая обработка данных произведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты:

В 1-й группе при поступлении оценка по шкале NIHSS составила 9,98 + 5,5 балла, во 2-ой группе - 9,06 + 5,04 балла, в 3-й группе - 7,7 + 4,5 балла, в 4-ой группе - 8,8 + 5,2 балла. К окончанию курса лечения выраженность неврологического дефицита составила соответственно 6,9 + 11,8 балла, 6,6 + 10,7 балла, 4,0 + 3,2 балла, 6,6 + 2,7 балла. Различий между группами по выраженности неврологического дефицита при поступлении не выявлено (p=0,0769), также как и при выписке (p=0,0509). При сравнении групп попарно выявлены достоверные различия между 1-ой и 3-ей группами при поступлении (p=0,0092), при выписке между 1-ой и 3-ей (p=0,0119), 2-ой и 3-ей (p=0,0245), 3-ей и 4-ой (p=0,0383) группами. То есть, наименьший неврологический дефицит отмечался в группе больных с цифрами АД 160 - 179 мм рт. ст.

Заключение:

Наилучшее восстановление неврологического дефицита отмечено в группе больных, у которых инсульт развился на цифрах АД 160-179 мм рт. ст.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Ильченко И.А., Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Цель. Выявить нарушения сердечного ритма (НCR) и установить их взаимосвязь с повышенным артериальным давлением (АД) у пациентов с начальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 74 пациента с впервые выявленной АГ (из них 37 женщин; средний возраст больных 44,8±5,9 лет). Проанализированы данные суточного мониторирования электрокардиограммы (СМЭКГ) и АД (СМАД).

Результаты:

Среднесуточные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления были соответственно: $153,7 \pm 5,9$ мм рт. ст.; $94,8 \pm 3,6$ мм рт. ст. Увеличение вариабельности САД (> 15 мм рт. ст.) отмечалась у 59% больных; ДАД (> 14 мм рт. ст.) – у 14% больных. Индекс времени (ИВ) гипертензии САД $> 50\%$ отмечался у 56% больных; ИВ ДАД $> 50\%$ – у 14% больных. У 76% пациентов отмечалось изменение циркадного ритма: у 69% – тип «non-dipper»; 24% – «night-peaker» и 7% – «over-dipper». Наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) отмечались у 64% больных, желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) – у 12; пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ) – у 4%; пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) – у 3% больных. Установлена достоверная связь между повышением САД и частотой НЖЭ: при повышении САД на 2,132 мм рт. ст. частота НЖЭ увеличивалась на 1,277 (95%; ДИ: 1,113 – 1,551; $p < 0,05$).

Заключение:

У пациентов с впервые выявленной АГ отмечаются НСР – преимущественно НЖЭ. НСР могут быть дополнительным фактором риска и неблагоприятного прогноза АГ. Раннее выявление и лечение НСР у лиц с впервые выявленной АГ важно для выбора оптимальной патогенетической терапии и уменьшения сердечно-сосудистых осложнений.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА

Филимонов С.Н., Панев Н.И.,
Семенова Е.А., Коротенко О.Ю.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России,
ФГБНУ НИИ КПГПЗ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Оценить влияние артериальной гипертензии (АГ) на риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у шахтеров-угольщиков с патологией легких и вибрационной болезнью.

Материал и методы:

Обследовано 352 шахтера юга Кузбасса, имеющих пылевую патологию легких (ШСПЛ), из них 150 с профессиональным бронхитом и 202 с антракосиликозом, 255 горнорабочих с вибрационной болезнью (ВБ) и 243 шахтера без профессиональных заболеваний в качестве группы сравнения. Средний возраст всех обследованных шахтеров достоверно не отличался. Наличие АГ определялось по критериям ВОЗ/МОАГ (1999). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 6.1, достоверными считали различия при $p < 0,05$. Относительный риск развития заболевания (ОР) рассчитывали по критерию Вульфа.

Результаты:

Частота АГ у ШСПЛ не отличалась от контрольной группы (39,77% против 32,51%), однако обнаружено значимое преобладание лиц с АГ у ШСПЛ с ИБС – 60,00% против 34,30% лиц с АГ среди шахтеров с патологией легких без ИБС ($s_2=16,28$, $p < 0,01$, $OP=2,87$). Таким образом, наличие АГ увеличивает относительный риск развития ИБС у шахтеров с патологией легких почти в 3 раза. Установлено, что среди горнорабочих с ВБ значимо чаще встречаются лица с АГ – 58,04% против 32,51% шахтеров с АГ в контроле ($s_2=32,69$, $p < 0,01$, $OP=2,68$). Следовательно, риск развития АГ для горняков, имеющих ВБ, более чем в 2,5 раза выше,

чем для шахтеров, не работающих с виброинструментами. Также оказалось, что число лиц с АГ среди горняков с ВБ и ИБС достоверно выше, чем лиц с АГ в группе шахтеров с ВБ без ИБС – 79,10% против 50,53%, $s_2=16,56$, $p < 0,01$, $OP=3,71$, то есть относительный риск развития ИБС у шахтеров с ВБ, имеющих АГ, в 3,7 раза выше, чем для горняков с ВБ без АГ.

Заключение:

1. Длительное воздействие локальной вибрации приводит к увеличению частоты случаев артериальной гипертензии у шахтеров виброопасных профессий. 2. Артериальная гипертензия в три раза увеличивает риск развития ИБС у шахтеров с пылевой патологией легких и с вибрационной болезнью.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ

Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю., Андреева Е.С.,
Отмахов В.В., Пилипенко М.А., Воронова А.Д.

ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Изучить показатели сосудистой жесткости у нормотензивных лиц старше 65 лет

Материал и методы:

Обследовано 58 пациентов старше 60 лет, 30 женщин, средний возраст $78 \pm 0,4$ лет. Выделены подгруппы: моложе и старше 80 лет (18 чел.). Группы контроля: лица моложе 40 (3-я группа) и 40-60 лет (4 группа). Всем выполнялись эхокардиография, оценка липидного спектра, глюкозы, СМАД (ВРlab «МНМДП-3», ООО «Петр Телегин»). Оценивались: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс артериальной жесткости, аугментационный индекс (Aix), амбулаторный индекс ригидности. Статистический анализ с помощью программы «Биостат».

Результаты:

Показатели СРПВ: в 1-й группе $9,3 \pm 0,6$ м/с, во 2-й $10,4 \pm 0,5$ м/с, в 3-й $6,97 \pm 0,04$, 4-й $8,2 \pm 0,4$ м/с. Достоверные отличия между 3-й и 1-й, и 3-й и 2-й. В 1-й группе СРПВ выше у мужчин ($10,75 \pm 0,03$ м/с, у женщин $8,71 \pm 0,38$, $p < 0,05$). Во 2-й СРПВ у мужчин $10,1$ м/с, у женщин $11,5 \pm 0,3$ м/с. У 31% мужчин старше 80 лет СРПВ более 10 м/с, женщин с измененными показателями СРПВ в этой группе было 65%. У лиц до 40 лет разницы СРПВ между мужчинами и женщинами не выявлено (у женщин $6,82 \pm 0,04$, у мужчин $6,95 \pm 0,03$ м/с). У лиц 40-60 лет наблюдался более выраженный прирост СРПВ у мужчин $8,7 \pm 1,3$ (у женщин $7,1 \pm 1,3$ м/с, $p < 0,05$). Изменения Aix с возрастом в большей степени выражены у женщин. До 40 лет Aix у женщин составил $-26 \pm 0,03\%$ (у мужчин $-53,4 \pm 0,07$), у женщин от 40-60 лет $-21,3 \pm 1,1\%$ (у мужчин $-44 \pm 0,1\%$). Данная тенденция сохранялась после 60 лет (у женщин в возрасте от 60-80 лет $-13,7 \pm 1,4\%$, у мужчин $-22 \pm 0,03\%$, $p < 0,05$), среди пациенток старше 80 – $-6,1 \pm 0,8\%$, у мужчин $-5 \pm 0,02\%$, $p < 0,05$. С возрастом наблюдалась тенденция к ухудшению показателей амбулаторного индекса ригидности и индекса артериальной жесткости, до 80 лет более выраженная у мужчин, старше 80 – среди женщин.

Заключение:

Изменения сосудистой жесткости у лиц старше 60 лет не однородны. В возрасте 60-80 лет наибольшие изменения у мужчин: рост СРПВ, амбулаторного индекса ригидности, индекса артериальной жесткости. У женщин в большей степени изменяется Aix. Среди лиц старше 80 лет наибольшие изменения сосудистой жесткости у женщин: меняются показатели, характеризующие как распространение прямой, так и отраженной пульсовых волн.

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Таняшина А.В., Исаева Е.Н., Галеев А.А., Галевич А.С.

Межрегиональный клинико-диагностический центр

Введение (цели/ задачи):

Как фибрилляция предсердий (ФП), так и ожирение – факторы, ухудшающие прогноз при артериальной гипертензии (АГ). В то же время, пациенты, страдающие ФП, часто вынуждены дозировать физические нагрузки в связи с плохой переносимостью аритмии, что ведёт к ожирению. Целью работы было выявить влияние ожирения на течение АГ у пациентов с ФП.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 50 пациентов (31 мужчина и 19 женщин в возрасте $62,5 \pm 8,06$ лет), со средним индексом массы тела (ИМТ) $30,1 \pm 5,4$ кг/м², страдающих ФП и АГ, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии №1 ГАУЗ МКДЦ г. Казань. Проводилась оценка уровня артериального давления (АД) при поступлении и при выписке (измерение АД проводилось 3 раза в течение 15-ти минут, в качестве показателя АД принималось среднее значение), лабораторных показателей и данных эхокардиографии.

Результаты:

У пациентов с высоким ИМТ наблюдался достоверно более низкий уровень гемоглобина ($r = -0,285$, $p = 0,045$) и калия крови ($r = -0,429$, $p = 0,005$) при поступлении в стационар. Достоверной разницы в показателях липидного обмена у пациентов в зависимости от ИМТ не выявлено ($r = 0,115$, $p = 0,447$ для общего холестерина). Уровень систолического АД ($r = 0,377$, $p = 0,008$) и диастолического АД ($r = 0,468$, $p = 0,01$) при выписке был достоверно выше у пациентов с более высоким ИМТ. Показатели эхокардиографии у пациентов с гипертонической болезнью в зависимости от ИМТ достоверно не различались. Однако, пациенты с большим конечным систолическим размером левого желудочка имели достоверно более низкие значения систолического ($r = -0,303$, $p = 0,038$) и диастолического ($r = -0,434$, $p = 0,002$) АД при выписке.

Заключение:

Ожирение – фактор, ухудшающий прогноз у пациентов с артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий. Необходимо рационально подходить к назначению диеты и ограничению физических нагрузок пациентам с ФП.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИМВАСТАТИНА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дмитриев А.И., Максимов М.Л.,

Ермолаева А.С., Дралова О.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние симвастина в комбинации с фозиноприлом на функцию эндотелия у пациентов с дислипидемической гипертензией.

Материал и методы:

В течение 12 недель нами были обследованы 25 больных (15 женщин и 10 мужчины) в возрасте от 36 до 64 лет с артериальной гипертензией I-II степени. Обследованные больные подразделены на две рандомизированные группы: № 1 – (13 человек),

получавшую терапию фозиноприлом (Фозинотек, Ранбакси Лтд Индия) 10 мг в сутки и индапамидом 1,5 мг в сутки, и №2 (12 человек) получали фозиноприл 10 мг в сутки, индапамид 1,5 мг в сутки и симвастин 20 мг в сутки. Всем пациентам проводили неинвазивные исследования эндотелиальной функции по методике, предложенной D. S. Celermajer и соавт. (1992 г.) с использованием вазодилатационных проб с реактивной гиперемией и нитроглицерином в начале терапии и через 12 недель. Регистрацию диаметра плечевой артерии (ПА) и показателей кровотока осуществляли с помощью ультразвукового сканирования плечевой артерии на сканере экспертного класса Toshiba Aplio (Япония), оснащенный линейным датчиком с частотой 10 МГц в начале терапии и через 12 недель.

Результаты:

При проведении пробы с реактивной гиперемией через 3 месяца лечения в обеих группах было выявлено достоверное увеличение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД). Степень увеличения вазодилатации в группе комбинированной терапии с симвастином была больше, чем в группе без статина. В группе, получавшей фозиноприл и индапамид, ЭЗВД увеличилась с $6,81 \pm 0,93\%$ до $10,24 \pm 1,44\%$ ($\Delta = 3,43 \pm 1,92$), а в группе, получавшей фозиноприл, индапамид и симвастин, ЭЗВД увеличилась с $6,83 \pm 1,69$ до $11,28 \pm 1,17$ ($\Delta = 4,45 \pm 1,89$).

Заключение:

Применение симвастина на фоне стандартной терапии, включающей фозиноприл и индапамид, в течение 12 недель приводила к достоверному улучшению эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии у пациентов с дислипидемической гипертензией.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА БИОУПРАВЛЕНИЯ НА РЕДУКЦИЮ НЕКОНВЕНЦИОННЫХ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ) ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ

Смирнова И.Н., Цехмейструк Е.А.,

Левицкая Т.Е., Люберцева Е.И.

ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России

Материал и методы:

Исследования выполнены у 59 больных ГБ, средний возраст которых составил $49,5 \pm 4,89$ лет. Пациентам основной группы (30 человек) дополнительно к санаторно-курортному лечению назначались сеансы БОС-тренинга по параметрам дыхания. Проводилась оценка психосоциальных факторов риска с использованием опросников тревоги и депрессии HADS, Спилберга-Ханина, психосоциального стресса PSM-25, качества жизни SF-36, астении MFI-25 и расчет интегрального индекса здоровья по данным комплексного лабораторно-функционального обследования.

Результаты:

Анализ психологического статуса и качества жизни показал, что у всех больных до лечения наблюдались субклинические признаки тревоги и депрессии, умеренно выраженные признаки астении, снижение качества жизни и повышение уровня стресса. После курса лечения в группе БОС-тренинга выявлено улучшение практически всех изучаемых показателей: снижение уровня тревоги ($p = 0,028$), депрессии ($p = 0,000$), личностной и ситуативной тревожности ($p = 0,000$), астении ($p = 0,038$), улучшение показателей качества жизни, таких как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p = 0,013$), жизнен-

ная активность ($p=0,036$) и психическое здоровье ($p=0,036$), физического функционирования ($p=0,027$). Интегральный индекс здоровья в основной группе после лечения увеличился на 15,4% ($p=0,003$). Корреляционный анализ между данными паттерна дыхания БОС и психологическими показателями выявил наличие отрицательных взаимосвязей между интегральным индексом здоровья и частотой дыхания ($r=-0,684$, $p=0,003$), частотой сердечных сокращений ($r=-0,494$, $p=0,048$), положительных с глубиной дыхания $r=0,550$, $p=0,027$), температурой рук ($r=0,487$, $p=0,049$). Глубина дыхания положительно взаимосвязана с интенсивностью болевых ощущений ($r=0,549$, $p=0,028$), жизненной активностью ($r=0,558$, $p=0,025$), и отрицательно – с уровнем депрессии ($r=-0,625$, $p=0,010$).

Заключение:

Таким образом, изменение паттерна дыхания с помощью БОС-тренинга способствует редукции психосоциальных факторов риска и может являться эффективным методом профилактики и реабилитации у больных ГБ.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЯНУВИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мельчинская Е.Н., Громнацкий Н.И.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ Цели: оценить влияние препарата янувия на некоторые факторы сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 22 больных (8 муж./14 жен.) в возрасте 29-66 лет с артериальной гипертензией (АГ) I-II ст. и сахарным диабетом 2 типа. Стаж АГ составил 2-8 лет, сахарного диабета 1-10 лет. У всех пациентов показатели гликемии превышали целевые значения. Дислипидемия имела место у 19 чел., ИМТ в среднем равнялся $32,6 \pm 2,4$ кг/м². После отмены предшествующего сахароснижающего лечения препаратами сульфонилмочевины назначена янувия 100 мг x 1 раз/д. Гипотензивная терапия оставалась прежней. Исходно и через 3 мес. применения янувии оценивали уровни тощаковой и постпрондиальной гликемии, некоторых показателей липидного обмена, артериального давления (АД) и ИМТ.

Результаты:

Через 3 мес. применения янувия выявлено снижение уровня глюкозы натощак с $9,2 \pm 0,81$ до $7,7 \pm 0,57$ ммоль/л и постпрондиальной гликемии с $11,6 \pm 1,43$ до $9,3 \pm 0,94$ ммоль/л, $p < 0,05$ в обоих случаях. Целевые значения тощаковой и постпрондиальной гликемии были достигнуты у 9 из 13 больных, соответственно и у 8 чел. они были сочетанными. Динамики показателей липидного обмена не наблюдалось. Уровни АД и ИМТ оставались прежними. Нежелательные эффекты янувия не зарегистрированы ни у одного пациента.

Заключение:

Янувия у больных АГ с сахарным диабетом 2 типа позитивно влияет на сердечно-сосудистые риски, улучшая гликемический контроль. Сохранение дислипидемии диктует необходимость повышения дозы / назначения гиполипидемических препаратов. Отсутствие динамики АД не требует коррекции гипотензивной терапии при назначении янувия.

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кужелева Е.А., Борель К.Н.,

Прибытков М.В., ГАРГАНЕЕВА А.А.

ФГБНУ «НИИ кардиологии», Томск, Россия

Материал и методы:

В исследование включено 115 пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Оценка приверженности лечению проводилась с помощью теста Мориски-Грина. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ($n=50$) включала больных, приверженных лечению, 2 ($n=65$) – «не приверженных».

Результаты:

По степени повышения артериального давления (АД) на момент включения в исследование различий между группами выявлено не было. Показатели АД не превышали целевых значений в 32% случаев у больных 1 группы и в 40% случаев во 2 группе. Частота назначения основных групп антигипертензивных препаратов была сопоставима. Ингибиторы АПФ назначались в 76% случаев в 1 группе и в 87% во 2 группе; блокаторы рецепторов ангиотензина II – в 2% и 0% случаев, соответственно; бета-адреноблокаторы – в 88% и 85%; блокаторы кальциевых каналов – в 22% и 26%; диуретики назначались в 30% случаев. Через 5 лет среди пациентов, приверженных лечению, частота применения основных групп препаратов не изменилась, тогда как пациенты 2 группы значительно реже принимали ингибиторы АПФ ($p=0,01$) и бета-адреноблокаторы ($p=0,003$, по остальным препаратам различий выявлено не было. Уровни САД и ДАД во 2 группе были значительно выше, чем в 1 ($p=0,03$), а также превышали целевые показатели. Целевые значения АД не были достигнуты в 18% случаев в 1 группе и 62% случаев во 2 группе, $p < 0,001$, что способствовало ухудшению клинического течения ИБС на этапе восстановительного лечения больных, перенесших ИМ.

Заключение:

Низкая степень приверженности антигипертензивной терапии способствовала более тяжелому течению ИБС у больных с артериальной гипертензией, перенесших ИМ.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У СОЛЕРЕЗИСТЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Введение (цели/ задачи):

Оценить динамику показателей ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) на фоне комбинированной антигипертензивной терапии, включающей прямой ингибитор ренина (ПИР) или бета-адреноблокатор (ББ) у солерезистентных пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ).

Материал и методы:

В анализ были включены 56 солерезистентных пациентов с РАГ, медиана возраста 63 года (59-67). Оценка солерезистентности проводилась по методике В.И. Харченко. Больные были распределены на 2 группы: 1 группа ($n=38$) – достигшие целевого уровня артериального давления (ЦУ АД) на фоне применения

4-компонентной терапии: эналаприл 20 мг/сут., гидрохлотиазид 12,5 мг/сут., амлодипин 10 мг/сут., алискирен 300 мг/сут.; 2 группа (n=18) – достигшие ЦУ АД при использовании 4-компонентной терапии: эналаприл 20 мг/сут., гидрохлотиазид 12,5 мг/сут., амлодипин 10 мг/сут., метопролола суцинат 100 мг/сут.. Всем больным исходно и через 48 недель наблюдения проводилось эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование с определением массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР).

Результаты:

До начала исследования показатели ЭХО-КГ в обеих группах достоверно не различались. Через 48 недель терапии в обеих группах отмечалось достоверное уменьшение основных показателей ремоделирования миокарда ЛЖ. В 1-ой группе ММЛЖ уменьшилась на 17,4%, ИММЛЖ – на 21,8%, ТЗСЛЖ – на 18,2%, ТМЖП – на 14,7%, КДР – на 7,8%, КСР – на 8,1% (p<0,05). Во 2-ой группе ММЛЖ уменьшилась на 8,5%, ИММЛЖ – на 14,4%, ТЗСЛЖ – на 11,3%, ТМЖП – на 11,9%, КДР – на 4,7%, КСР – на 5,6% (p<0,05). При сопоставлении степени уменьшения основных параметров ЭХО-КГ в группах оказалось, что в группе 1 имело место достоверно более выраженное уменьшение ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ, чем в группе 2. Нормальная геометрия ЛЖ через 48 недель наблюдения достоверно чаще регистрировалась на фоне применения ПИР: у 57,9% 1-ой группы пациентов в сравнении с 38,9% больными 2-й группы (p<0,05).

Заключение:

У солерезистентных больных с РАГ использование в составе комбинированной фармакотерапии ПИР обеспечивало более значимый регресс показателей гипертрофии миокарда ЛЖ и более частую нормализацию геометрии ЛЖ в сравнении с применением ББ.

ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чигисова А. Н., Огарков М. Ю., Мулерова Т. А., Скрипченко А. Е., Максимов С. А., Индукаева Е. В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ г. Кемерово

Введение (цели/ задачи):

Изучение влияния тревожно-депрессивного расстройства как фактора риска развития артериальной гипертензии (АГ) у работников металлургических предприятий.

Материал и методы:

Обследовано 1156 работников металлургических предприятий Кемеровской области. Сплошным методом осмотрено 847 мужчин и 309 женщин, средний возраст 38,97±11,4 и 43,54±9,34 года (p<0,0001). Преобладали рабочие специальности – 86,33%. Проводилось анкетирование, измерение АД по методике ВОЗ (1980г), раздельная оценка уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) по методике Спилберга-Ханина. Обработка результатов в рамках Statistica 8.0.

Результаты:

АГ диагностирована у 45,5% работников, выявлена впервые у 44,68% лиц. Мужчин с наличием АГ – 69,77%, из них впервые – у 52,59%. Женщин с АГ – 30,23%, среди них впервые у 26,42% (p<0,01). Среди обследованных с АГ принимали гипотензивную

терапию 51,26% мужчин и 48,75% женщин, из них достигнут целевой уровень у 39,22% мужчин и у 29,9% женщин (p<0,01). Среди работников с АГ и без нее уровень СТ достоверно не различался. Высокий уровень СТ получен у 17,55% мужчин и у 11,69% женщин (p=0,079). При оценке СТ по уровню баллов между мужчинами и женщинами с наличием АГ и без нее достоверных различий не выявлено. Диагностирован высокий уровень ЛТ у 40,33% обследованных с АГ и 34,97% лиц без АГ (p=0,09). Высокий уровень ЛТ выявлен у 50,65% женщин и у 35,17% мужчин (p=0,056). При оценке уровня ЛТ по балльной системе в группе с АГ 47,47±6,27 баллов у женщин и 41,35±6,71 баллов у мужчин (p<0,0001). В группе без АГ у мужчин и женщин уровень ЛТ достоверно не различался. Среди лиц с АГ, которые достигли целевых значений АД и которые не достигли, достоверных различий в уровне тревожно-депрессивных расстройств не обнаружено.

Заключение:

1. Выявлена высокая распространенность АГ и тревожно-депрессивных расстройств среди работников металлургических предприятий. 2. Получены данные о взаимосвязи ЛТ и АГ в женской популяции, в мужской – подобная взаимосвязь не прослеживается.

ВЛИЯНИЕ СРАР-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сергацкая Н.В., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВПО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние СРАР-терапии на показатели центрального (аортального) давления и сосудистой ригидности у больных сахарным диабетом 2 типа (СД), страдающих средней и тяжелой формой синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материал и методы:

Обследовано 42 человека с СД в сочетании с артериальной гипертензией 1-2 степени и СОАС средней и тяжелой степени. 22 пациентам (1-я группа СРАР) помимо антигипертензивного лечения проводилась 12-недельная СРАР-терапия прибором «Somnolance e» (Weinmann, Германия). Во 2-ю группу (контрольную – К) вошли 20 больных СД, находившихся на фармакотерапии без дополнительного лечения методом СРАР. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, росту, офисным значениям АД. Исследование проводили до лечения и на фоне 12-недельной фармакотерапии. Степень нарушения дыхания во сне выявляли с помощью кардиореспираторного мониторинга сна (SOMNOcheck2, Weinmann, Германия). Биохимические показатели определяли на приборе Olympus AU 400 (Olympus Corporation, Япония). Кроме того, оценивали средненочные значения аортального давления (САДао, ДАДао) технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия).

Результаты:

Уровень глюкозы капиллярной крови у больных группы 1 составил 8,8±1,9 ммоль/л, HbA1C – 8,1±0,8%; у лиц группы 2 – 8,2±1,6 ммоль/л и 7,9±0,9%, соответственно (нд). Показатель тощаковой гликемии в группе СРАР через 12 недель снизился на 12,5% (p<0,01), HbA1C – на 4% (p<0,05); у пациентов группы сравнения соответственно, на 4,9% и 1,3% (нд). По данным суточного мониторинга в группе 1 исходные значения САДао и ДАДао составили 124,5 (119,5; 135,5) и 78±5,9 мм рт.ст., в группе 2 – 123,1±9,7 мм рт.ст. и 78,9±9,2 мм рт.ст. (нд). На фоне 12-недель-

ной терапии в группе СРАР произошло снижение САДао на 9,4%, ($p < 0,01$), ДАДао – на 15,3% ($p < 0,01$). В группе К выявлена динамика САДао на 5,1% ($p < 0,05$), ДАДао – на 7,3% ($p < 0,01$).

Заключение:

Применение СРАР-терапии у больных сахарным диабетом в сочетании с гипертензией и синдромом апноэ способствует более выраженному снижению показателей центрального (аортально-го) давления и параметров углеводного обмена.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ

Суджаева О.А., Губич Т.С., Казеева Н.А.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Исследовать состояние мозговой гемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) различной степени выраженности.

Материал и методы:

Обследован 81 пациент с АГ, 28 (29%) – мужского и 69 (71%) – женского пола, возраст в среднем $46,4 \pm 1,2$ года. Оценка мозгового кровотока осуществлялась методом реоэнцефалографии (РЭГ), которая проводилась по тетраполярной методике в положении пациента сидя в фронтотастоидальном отведении с помощью аппаратно-програмного комплекса для записи импедансных кривых «Импекард М» с автоматическим компьютерным анализом параметров реограммы.

Результаты:

У 67 (83%) из 81 обследованных диагностирована АГ I степени, у 11 (14%) – АГ II степени, у троих (3%) пациентов имела место АГ III степени. Асимметрия мозгового кровотока для АГ I степени не характерна. Артериальное кровенаполнение при АГ II степени снижено практически в 2 раза в сравнении с АГ I степени как с левой стороны ($0,048 \pm 0,005$ в сравнении с $0,078 \pm 0,01$, $p < 0,05$), так и справа ($0,055 \pm 0,007$ в сравнении с $0,09 \pm 0,015$, $p < 0,05$). Снижение артериального кровенаполнения произошло при более высоком тоне мелких мозговых артерий: соотношение В/А при АГ II степени составило слева $123,4 \pm 9,0\%$, справа – $199,6 \pm 83,7\%$, что существенно больше, чем при АГ I степени – $99,7 \pm 5,6\%$ и $104,6 \pm 5,1\%$, соответственно ($p < 0,05$). Для АГ II степени в сравнении с АГ I степени характерно появление нарушения венозного оттока из сосудов мозга (значение показателя венозного оттока – ВО – справа $60,8 \pm 22,7$ Ом при АГ II степени существенно выше, чем при АГ I степени – $19,9 \pm 2,4$ Ом, $p < 0,05$) и нарушения венозного возврата (значение показателя ВВ справа – $0,008 \pm 0,001$ – существенно ниже, чем при АГ I степени – $0,015 \pm 0,007$ Ом ($p < 0,05$)). В совокупности с нарушением артериального кровотока это приводит к достоверному уменьшению скорости объемного кровотока: значение показателя F справа при АГ II степени существенно меньше, чем при АГ I степени – $0,13 \pm 0,01$ и $0,18 \pm 0,018$ Ом/с, соответственно ($p < 0,05$). И если скорость объемного кровотока при АГ I степени в среднем соответствует возрастной норме, то при АГ II степени она существенно ниже возрастной нормы. При АГ III степени артериальное кровенаполнение также ниже возрастной нормы $0,11-0,2$ Ом. Значение показателя А слева – $0,05 \pm 0,02$ Ом существенно ниже, чем при АГ I степени – $0,078 \pm 0,01$ Ом ($p < 0,05$), но сопоставимо с выявленным при АГ II степени – $0,048 \pm 0,005$ Ом ($p > 0,05$). Справа значение показателя А – $0,07 \pm 0,02$ Ом – сопоставимо с выявленным при АГ I степени – $0,09 \pm 0,015$ Ом ($p > 0,05$), но несколько больше, чем при АГ II степени – $0,055 \pm 0,007$ Ом ($p < 0,05$). Тонус мелких моз-

говых артерий (В/А) при АГ III степени слева и справа ($92,3 \pm 22,7$ и $108,8 \pm 25,0\%$, соответственно) существенно выше возрастной нормы в 55–75%, но сопоставим с выявленным при АГ I и II степени ($p > 0,05$). При увеличении степени АГ нарастает нарушение венозного компонента мозгового кровотока: сохраняется выявленная при АГ II степени асимметрия значения показателей ВО и ВВ (достоверно различаются значения справа и слева, $p < 0,05$). Венозный возврат (ВВ) существенно ниже, чем при АГ I степени как справа, так и слева ($p < 0,05$), венозный отток (ВО) слева – $44,6 \pm 21,9\%$ – существенно выше, чем при АГ I степени. Нарастание нарушений артериального и венозного компонентов мозгового кровотока приводит к усугублению нарушений скорости объемного мозгового кровотока: значение показателя F справа и слева – $0,11 \pm 0,03$ и $0,15 \pm 0,04$ Ом/с существенно ниже возрастной нормы – $0,17 \pm 0,09$ Ом/с, и значительно меньше, чем при АГ I степени – $0,17 \pm 0,02$ и $0,18 \pm 0,018$ Ом/с, соответственно ($p < 0,05$).

Заключение:

Нарушения артериального и венозного компонентов мозгового кровотока существенно зависят от степени выраженности АГ: чем более выражена АГ, тем меньше артериальное кровенаполнение головного мозга. Прогрессирующее нарушение артериального кровотока в совокупности с появляющимися и нарастающими венозными нарушениями суммарно приводят к снижению скорости объемного мозгового кровотока по мере прогрессирования АГ. Появление при АГ II степени и усугубление при АГ III степени нарушений венозного компонента мозгового кровотока способны обуславливать симптоматику (головная боль) и, очевидно, требуют коррекции.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭССЕ-РФ)

Данильченко Я.В., Индукаева Е.В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Одним из наиболее значимых для России факторов, влияющих на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, является артериальная гипертензия (АГ). Распространенность АГ главным образом зависит от особенностей образа жизни и, связанных с ней, факторов риска. Употребление алкоголя является одним из модифицируемых факторов риска и приводит к повышению артериального давления. Цель исследования. Изучение влияния употребления алкоголя на распространенность АГ у жителей Кузбасса.

Материал и методы:

Объект исследования – случайная популяционная выборка мужского и женского населения Кемеровской области в возрасте 25–64 лет. В исследовании приняли участие 1628 человек.

Результаты:

Распространенность АГ среди жителей Кузбасса составила 43,4%. Не употребляют алкоголь 57,5% респондентов, употребляют 42,5%, что больше российского показателя на 11,4%. Среди употребляющих пиво, больных АГ 39,9%, среди не употребляющих – 47,3% ($p = 0,003$). Среди употребляющих сухое вино и шампанское доля лиц с АГ и без неё аналогична ($p = 0,002$). Среди употребляющих крепленые вина ($p = 0,22$) и домашние крепкие напитки ($p = 0,13$) доля больных с АГ составляет 37,2% и 36,2% соответственно, среди не употребляющих – 43,9%. Среди употребляющих водку, коньяк и другие крепкие напитки респон-

дентов с АГ оказалось 46,7%, среди не употребляющих данный вид алкоголя 38,3% ($p=0,0009$).

Заключение:

Жители Кузбасса употребляют чаще алкоголь, чем в среднем по России. Статистически значимо ниже удельный вес лиц с АГ среди кузбассовцев, которые употребляют пиво, сухое вино и шампанское по сравнению с теми, кто не пьет эти алкогольные напитки. Напротив, среди употребляющих водку и другие крепкие алкогольные напитки, доля лиц с АГ выше.

ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ БИСОПРОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Фендрикова А. В., Скибицкий В. В.,
Сиротенко Д. В., Скибицкий А. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние фиксированной комбинации β -адреноблокатора (β -АБ) бисопролола и дигидропиридинового антагониста кальция (АК) амлодипина на суточный профиль артериального давления (АД), скорость распространения пульсовой волны и центральное аортальное давление у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В открытое проспективное рандомизированное исследование был включен 61 пациент с неконтролируемой АГ и стабильной ИБС. Больные были рандомизированы в 2 группы: 1 группа ($n=30$) получила ингибитор АПФ (иАПФ) рамиприл 10 мг/сутки, фиксированную комбинацию бисопролола и амлодипина (Конкор АМ, Takeda) в индивидуально подобранных дозах. Больным 2 (контрольной) группы ($n=31$) рекомендовалась свободная комбинация иАПФ, генерических β -АБ и дигидропиридинового АК. Исходно и через 12 недель лечения проводилось суточное мониторирование АД (комплекс BPLab Vasotens, ООО «Петр Телегин»). Оценивались основные показатели суточного профиля АД, скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}, м/с), индекс аугментации (AIx, %), систолическое и диастолическое аортальное давление.

Результаты:

Через 12 недель терапии целевой уровень АД зафиксирован в 1 группе у 96,7%, во 2 группе – у 87,1% больных. Применение обоих вариантов терапии сопровождалось достоверным уменьшением дневных и ночных показателей систолического и диастолического АД ($p<0,01$). Однако вариабельность АД, величина и скорость утреннего подъема АД достоверно уменьшились только при использовании Конкора АМ ($p<0,01$). В 1 группе отмечалось уменьшение PWV_{ao} с $11,2\pm 0,27$ до $9,44\pm 0,21$ м/с ($p=0,0001$), AIx с $-7,53\pm 6,66$ до $-25,12\pm 3,72\%$ ($p=0,008$), систолического аортального давления с $130,9\pm 2,43$ до $113,3\pm 1,3$ мм рт. ст. ($p=0,0001$), диастолического аортального давления с $88,6\pm 2,45$ до $74,97\pm 1,03$ ($p=0,0001$). Во 2 группе эти показатели изменились недостоверно.

Заключение:

У пациентов с АГ и ИБС применение фиксированной комбинации бисопролола и амлодипина обеспечивало значимый антигипертензивный и вазопротективный эффекты, более выраженные в сравнении с использованием свободной комбинации β -АБ и дигидропиридинового АК.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

МИНАЕВ В.В.

РНЦХ им. Б.В. ПЕТРОВСКОГО

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: продемонстрировать результаты анализа состояния больных с ЭКС-Р (ЭКС -постоянный) у которых до имплантации сопутствующим заболеванием была АГ, после операции отмечалась положительная динамика в течение артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Наблюдая за большой группой больных с ЭКС-Р более 1500 пациентов, которые были разных возрастных групп от детей до старческого возраста, отмечено, что у многих сопутствующей патологией являлась АГ. Была выделена группа из 300 б-х, у которых, отсутствовала очевидная причина АГ. Средний возраст б-х 64 ± 7 , соотношение по полу М к Ж 127:163. Все больные до имплантации ЭКС получали гипотензивную терапию. В 80% наблюдений отмечено улучшение состояния по течению АГ, которое выражалось по следующим параметрам: нормализация артериального давления, стабилизация по состоянию течения АГ, на фоне приема гипотензивных препаратов и/или полной их отмене. Важным фактором в улучшении состояния больных по статусу артериального давления являлся не сам факт постановки ЭКС, а подбор правильных параметров стимуляции с учетом возраста, активности, сопутствующих заболеваний, антропометрических данных и т.д. в сочетании с эффективной медикаментозной терапией. Нормализация АД как правило отмечалось сразу, могло быть отсрочено и носило устойчивый характер.

Результаты:

Остается дискуссионным вопрос, что первично: влияние АГ на ритм или нарушения ритма провоцируют АГ? Известно, что в 70% случаев причиной развития АФ является АГ. Тем не менее, положительное течение АГ отмечено как у пациентов с синусовым ритмом (с.р.), так и у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). У последних на фоне восстановления с.р., нормализовывалось АД, что ставило перед дилеммой, либо больным с ФП +АГ ставить двухкамерный ЭКС. Либо после восстановления у них с.р. менять однокамерный ЭКС на двухкамерный.

Заключение:

Электрокардиостимуляция является лечебным фактором в течение АГ у больных с брадикардией, что необходимо учитывать в терапевтической тактике у этих больных. Оптимизация параметров стимуляции краеугольный камень в этом лечении.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Беззубик Е.Г., Попов В.В., Вартапов А.В.,
Исакова Ю.А., Мененкова Е.Ю.

НУЗ Научный клинический центр ОАО «РЖД»

Материал и методы:

Проведен анализ результатов исследований, посвященных диагностике легких когнитивных нарушений у пациентов молодого и среднего возраста с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ). В качестве источников медицин-

ской информации использовались базы данных: Medline, Embase, PubMed, OVID, Cochrane. Основываясь на изученном материале, мы сформировали батарею нейропсихологических тестов для диагностики легких когнитивных нарушений, включающую в себя: MMSE, тест связи цифр и букв (ТМТ-В), «таблицы Шульце», «слепые часы», «пятый лишний», «10 слов», пробы «кулак-ребро-ладонь», «условная реакция выбора». Основываясь на гипотезе о том, что сосудистая дисфункция предшествует нейрональной, была применена функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) с задачей гипервентиляции, для выявления цереброваскулярной реактивности с помощью изменения BOLD-сигнала МРТ (1.5 Т) в объеме головного мозга человека.

Результаты:

На настоящий момент, обследовано 12 пациентов (работников локомотивных бригад), в возрасте от 27-54 лет с НПНКМ. В результате проведенного нейропсихологического тестирования у 50 % пациентов выявлены признаки легких когнитивных нарушений: замедленность мышления, трудности концентрации внимания, дисрегуляторные расстройства. Одному из таких пациентов была выполнена фМРТ с гипервентиляцией, по результатам – выявлено нарушение сосудистой регуляции в левой височной доле.

Заключение:

Ранняя диагностика когнитивных нарушений сосудистого генеза чрезвычайно важна для работников локомотивных бригад, поскольку даже легкая когнитивная дисфункция может вести к снижению профессиональной надежности. Комплексное нейропсихологическое обследование, направленное на диагностику легких когнитивных нарушений, должно проводиться у машинистов локомотивов, страдающих артериальной гипертензией. Перспективным представляется использование фМРТ с гипервентиляцией. Однако определение корреляции результатов данного метода и нейропсихологического тестирования требует большего количества исследований и оценки каждого пациента в динамике.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЧЕК И НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ

Рюмшина Н.И., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.,
Фальковская А.Ю., Баев А.Е.

РиТМД, НИИ Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель и задачи: оценка возможности прогнозирования эффективности ренальной денервации у пациентов с резистентной артериальной гипертензией по данным предоперационного обследования приобретает все более широкую популярность, поскольку этот вид лечения артериальной гипертензии, показал высокую эффективность, но при этом патофизиологически обоснованные критерии отбора пациентов практически не разработаны.

Материал и методы:

Было обследовано 24 пациента с резистентной артериальной гипертензией. Всем пациентам была проведена ренальная денервация. Возраст пациентов варьировал от 39 до 73 лет, средний возраст – 56±17 лет. Цифры АД – офисное 140-230/74-162 мм рт.ст.; по данным СМАД 137-210/57-148 мм рт. ст. МРТ – исследование проводилось исходно до ренальной денервации, контрольное исследование через 6 и 12 месяцев. Протокол МРТ исследования включал Т2ВИ, Т1ВИ и в режиме подавления сигнала от жира в коронарных проекциях; Т2ВИ, Т1ВИ в аксиальных проекциях. В

качестве исследуемых параметров измерялись длина, ширина, толщина каждой почки, а также толщина коркового и мозгового веществ, размеры чашечно-лоханочной системы. Объем почек вычислялся по формуле эллипсоида $V=HxLxWx0,53$. Объем коркового и мозгового веществ почек рассчитывался по аналогичной формуле с необходимыми дополнительными расчетами. Объем надпочечников вычислялся по предложенной нами формуле $V=(S1+S2+S3)xW$, где S-это площадь треугольника (среза тела или ножек надпочечника), а W-это толщина среза.

Результаты:

Анализ данных дооперационного МР-томографического исследования показал, что определяющими для степени снижения АД параметрами исходного МРТ-исследования являются показатели объема левой почки и правого надпочечника. При этом корреляция между величиной снижения АД и объемом левой почки составляла в частности: Снижение АД=42,7 — 0,35*(V почки левой) ($r=-0,45$, $p=0,08$). У пациентов с объемом почки более 220 см³ (объемом коркового вещества более 90 см³) снижения АД в результате проведения ренальной денервации не происходило. При сравнении снижения АД и объема надпочечника также оказалось, что имеется достоверная корреляция между ними, составляющая АД=16,5–6,78*(V правого н/п) ($r=-0,350$, $p=0,04934$). В то же время другие антропометрические и функциональные параметры не показали достоверной корреляции и не позволяли по данным дооперационного исследования прогнозировать эффективность ренальной денервации. Ни в одном случае не было визуализировано осложнений основного вмешательства в виде локальных аневризм, стенозирования, расслоения стенки почечной артерии и др.

Заключение:

МРТ-исследование почек и забрюшинного пространства с контрастированием целесообразно проводить не только в качестве диагностической процедуры, позволяющей оценить состояние органа, но и для прогнозирования клинической эффективности ренальной денервации, в частности по данным антропометрической обработки этого исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Романова Н.А., Липатова Т.Е.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
имени В.И. Разумовского» Минздрав

Введение (цели/ задачи):

Анализ показателей артериального давления (АД) с помощью суточного мониторинга (СМ) АД у лиц молодого возраста с впервые установленным повышением АД.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 47 пациентов, из них 45 мужчин, средний возраст составил 32,2±0,7 лет. Контрольная группа – 20 практически здоровых лиц. Помимо рутинных методов исследования, проводилось СМАД с анализом показателей: среднее систолическое АД за день и ночь (САДД и САДН); среднее диастолическое АД за день и ночь (ДАДД и ДАДН); нагрузка систолическим и диастолическим давлением за сутки (НСАДС и НДАДС), день (НСАДД и НДАДД) и ночь (НСАДН и НДАДН); вариабельность САД и ДАД за день и ночь; степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; тип суточного профиля АД (СПАД).

Результаты:

По уровню АД выделено 4 группы: I – нормального, II – высоко-го нормального, III – артериальная гипертензия (АГ) I степени и IV – АГ II степени. По сравнению с контрольной группой (гр.) в I-IV гр. выявлено повышение САДД ($p < 0,01-0,001$), ДАДД в I ($0,05 < p < 0,1$), во II-IV ($p < 0,02-0,001$), САДН в I ($0,05 < p < 0,1$), во II-IV ($p < 0,001$) и ДАДН в III-IV ($p < 0,001$) гр. С повышением АД отмечен рост показателей НСАД и НДАД за сутки, день и ночь ($p < 0,05-0,001$), кроме НДАДН (I-II гр.) и НСАДД (III-IV гр.). Вариабельность АД за день и ночь не отклонялась от нормы. По СПАД в I-II гр. преобладал тип «dipper» (72,2 < 57,1%); во II-IV гр. тип «non-dipper» встречался соответственно в 14,3 < 5,3–37,5%. Тип «over-dipper», относящийся к группе риска по сердечно-сосудистым осложнениям, выявлялся в I-IV группах (25–50%).

Заключение:

Пациентам молодого возраста с впервые установленным повышением АД показано проведение СМАД для уточнения уровня АГ, СПАД, коррекции АГ для проведения первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗАПОЛЯРЬЕ

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

Филиал ФГБУ НИИК «Тюменский кардиологический центр», Филиал «Медико-санитарная часть», ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», Тюменская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить приверженность лечению у работников межрегиональной вахты (работающих в режимах 1:1 и 2:1 с отдыхом в базовых городах Москва, Тюмень, Уфа) с АГ II стадии, 1 и 2 степени в условиях ведомственной МСЧ, расположенной за Полярным Кругом в пос. Ямбург (Ямало – ненецкий автономный округ, Надымский район).

Материал и методы:

В рамках научно-исследовательской программы по данным опроса изучена антигипертензивная терапия (АГТ) и приверженность лечению у 294 пациентов в возрасте 20 – 59 лет. Средний возраст обследованных 46,0 ± 6,0 лет, длительность стажа работы вахтой - 12,2 ± 4,7 лет, среднее офисное АД - 157,5 ± 13,7 и 106,7 ± 8,8 мм рт. ст., средняя длительность заболевания - 6,4 ± 5,7 лет. Стадия АГ, степень повышения АД и стратификация больных по группам риска устанавливалась на основании рекомендаций ВНОК (2008 - 2010 г.) с учетом данных амбулаторных карт и офисного АД.

Результаты:

Благодаря действующей программе профилактики ССЗ, проводимой медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» и ежегодному медицинскому осмотру, в северной группе знали о наличии АГ практически все обследованные пациенты – 98,6%. Бесплатное обеспечение препаратами в рамках программы позволило 100% обследованных получить АГТ. Несмотря на это, только 49,3% регулярно принимали назначенный им препарат. Из этих 145 человек только у 60,7% клиническое АД было пределах целевого уровня 140 и 90 мм рт. ст. Остальные не лечившиеся 50,7% либо вообще не принимали назначенный им препарат, либо принимали его нерегулярно. Основными причинами нерегулярного лечения были: молодой возраст

(почти 90% из 39 обследованных до 35 лет), малосимптомное течение (87%), низкая медицинская грамотность (непонимание опасности осложнений АГ) – 32%, плохая переносимость назначенного препарата – 12%, низкая эффективность из-за недостаточной дозы АГП либо неправильного его подбора – 5%, необходимость приема нескольких АГП – 36%. Только 35% из 294 обследованных применяли самоконтроль АД и имели собственные измерители АД. У 87% пациентов ранее проводилось суточное мониторирование АД. Наиболее часто кардиологом применялись препараты группы ИАПФ (27,6%), БАБ (26,6%). БМКК и БРА назначались 18,6% и 13,4% соответственно. В комплексной терапии наиболее часто использовались сочетания «ИАПФ+БМКК» - 9,3% и «ИАПФ+БАБ» - 4,1%; и только 1 пациент (0,3%) принимал БАБ и БМКК.

Заключение:

Медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» проводится серьезная работа по лечению АГ в условиях Крайнего Севера. Несмотря на это, главной проблемой остается недостаточная приверженность лечению, причинами которой являются молодой возраст, низкая медицинская грамотность, малосимптомное течение, прием нескольких препаратов, неэффективность лечения и появление побочных явлений. Необходимо индивидуализировать терапию, сформировать партнерские отношения с пациентами и длительную мотивацию к лечению, что позволит улучшить приверженность лечению.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И МАРКЕРЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Архипов О.Г., Сумин А.Н.

ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз», ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Введение (цели/ задачи):

Диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертензии (АГ) хорошо исследована и встречается достаточно часто, чего нельзя сказать о диастолической дисфункции правого желудочка (ПЖ). Цель исследования: изучение встречаемости диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ.

Материал и методы:

Обследовано 1042 человека в возрасте 60,0 [55-65] лет, (513 мужчин, 529 женщин). Больных артериальной гипертензией (группа АГ) было 851 человек (427 мужчин и 424 женщины). Их разделили на 2 группы - группу больных АГ без признаков ИБС (n=486) и группу пациентов с сочетанием АГ и ИБС (n=365). Группу сравнения составили исследуемые без патологии сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы (n=191). В исследование не включали больных патологией легких. При ЭХОКГ, которое выполняли по стандартной методике, исследовали потоки наполнения правого желудочка Ет и Ат, определяли отношение Ет/Ат. В режиме спектрального тканевого Допплера определяли скорости движения кольца трикуспидального клапана е'т и а'т рассчитывали отношение е'т/а'т и Ет/е'т. В цветном М-модальном режиме определяли скорость распространения трикуспидального потока (vpt). Нарушением диастолической функции правого желудочка считали отклонение значений отношения Ет/Ат от уровня 0,8-2,1, увеличение отношения Ет/е'т > 6,0, снижение отношения е'т/а'т < 0,6, снижение vpt < 35 см/сек. Данные сравнения представлены в виде М [Q25-Q75].

Результаты:

Группы не отличались между собой по данным Ет и Ет/Ат ($p=0,96$ и $p=0,88$, соответственно). Показатель е'т в группах АГ был на 9% ниже, чем в группе сравнения ($N=9,9$, $p=0,007$), хотя это и не отразилось на отношении е'т/а'т ($N=1,17$, $p=0,55$). Была тенденция к увеличению отношения Ет/е'т в группах больных АГ с 3,7[3,14-4,53] в группе сравнения до 3,9[3,17-4,7] и 3,94[3,18-5,0] в группах АГ ($N=4,6$, $p=0,099$). Скорость распространения трикуспидадального потока vрт в группах линейно снижалась с 41[37-46] в группе сравнения до 40[36-45] и 39[34-45] см/сек в 1-й и 2-й группе ($N=11,2$, $p=0,046$). Встречаемость диастолической дисфункции ПЖ при использовании всей совокупности критериев ее диагностики в группе АГ составила 36%, в группе пациентов с АГ и ИБС 49,3% против 25,1% в группе сравнения ($N=33,6$, $p<0,001$). Отклонения значений отношения Ет/Ат от уровня 0,8-2,1 встречалось в 7,6%, 11,2% и 2,6% случаев, соответственно ($N=33,6$, $p<0,001$). Увеличение отношения Ет/е'т $>6,0$ наблюдалось в 7,4%, 10,7% случаев в группах АГ против 9,4% в группе сравнения, что не имело статистической значимости ($N=2,8$, $p=0,24$), снижение отношения е'т/а'т $<0,6$ было отмечено в 12%, 17% случаев против 11% в группе сравнения ($N=6,6$, $p=0,03$). Снижение vрт < 35 см/сек встречалось в 19,5%, 26,8% и 8,9%, соответственно ($N=25,2$, $p<0,001$).

Заключение:

Таким образом, встречаемость диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ составила 36%, а при сочетании АГ и ИБС она увеличилась до 49%. При комбинированной оценке диастолической функции ПЖ большая информативность наблюдалась у таких показателей, как отношение Ет/Ат, и скорости распространения трикуспидального потока vрт. Использование этих показателей целесообразно для оценки функции правого желудочка.

ВТОРИЧНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Борисова А.Р., Гасымов Э.Г., Арбузова Л.В. Абдулгасанова М.Р.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. БАКУЛЕВА

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявления вторичных артериальных гипертензий (ВАГ) среди больных метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

В НЦССХ им. Бакулева РАМН с 2010 по 2014 гг. обследованы 599 больных в возрасте от 48 до 79 лет МС и артериальной гипертензией (АГ). Длительность АГ составила 9+15 лет.

Результаты:

При обследовании больных были использованы медикаментозные пробы, динамическая скintiграфия почек, УЗИ аорты, магистральных артерий, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с введением контрастирующих веществ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При всестороннем обследовании 599 больных у 25% больных диагноз МС не подтвердился и были выявлены различные виды ВАГ. Из 599 больных с МС паренхиматозная (нефрогенная) АГ была диагностирована у 17,4%, вазоренальная гипертензия с поражением артерий у 2,2% больных. У 0,4% больных выявлена окклюзия почечных артерий со сморщи-

ванием почек. При МСКТ и МРТ с контрастированием у 5,4% пациентов были выявлены изменения со стороны надпочечников. Феохромоцитома надпочечника была диагностирована у 2,2% больных, синдром Конна у 3,3% больных. Консервативная терапия и хирургические методы лечения при ВАГ позволяли у 75-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы гипотензивных препаратов, улучшить качество жизни.

Заключение:

Таким образом, тщательное обследование больных с применением высокоинформативных диагностических методов (УЗИ, МСКТ, МРТ) позволяют своевременно диагностировать ВАГ, значительно снизить удельный вес МС.

ГАЛЕКТИН-3 И ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Федорова Н.В., Кашталап В.В.,

Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ

Материал и методы:

Обследовано 87 пациентов, поступивших с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Из них 65 мужчин (74,7%). Средний возраст пациентов составил $58,9 \pm 1,03$ лет. У всех пациентов на вторые сутки заболевания иммуноферментным методом был определен уровень галектина-3. В динамике на 10-14-е сутки инфаркта миокарда (ИМ) уровень изучаемого биомаркера удалось определить у 81 пациента. Допустимые значения данного показателя в сыворотке крови составляют 0,0-2,28 нг/мл.

Результаты:

При оценке уровня галектина-3 у больных ИМ выявлено, что на вторые сутки заболевания его концентрация составляла 9,5 [3,3;11,9] нг/мл, что отличалось от «допустимых» значений. При этом в динамике наблюдения на 10-14е сутки значения галектина-3 увеличивались – 15,6 [9,9;37,4] нг/мл ($p<0,01$). Анализируя анамнестические данные, выявлена тенденция к значимо более высоким уровням галектина-3 на 10-14 сутки заболевания у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) (20,1 [10,4;38,9] нг/мл vs 9,9 [9,1;33,8] нг/мл, $p=0,04$) и у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (15,5 [9,9;35,9] нг/мл vs 42,5 [25,4;57,1] нг/мл, $p=0,04$). Также отмечены более высокие уровни галектина-3 на 10-14е сутки заболевания у пациентов с сахарным диабетом (СД) в анамнезе (38,0 [20,6;48,4] нг/мл), в отличие от пациентов без него (13,4 [9,5;35,8] нг/мл, $p<0,01$). Обращает на себя внимание повышение уровня изучаемого биомаркера на 10-14е сутки ОКС у пациентов, имеющих гиперхолестеринемию в анамнезе (35,6 [21,4;40,1] нг/мл, vs 10,9 [9,5;33,7] нг/мл $p<0,01$). Пациенты с отягощенной по ИБС наследственностью имеют значимо ($p=0,02$) более высокие уровни галектина-3 (35,6 [15,6;44,1] нг/мл), чем пациенты без таковой (12,6 [9,5;35,9] нг/мл). Оценивая данные инструментальных обследований, отмечено, что на вторые сутки заболевания уровень галектина-3 у пациентов с утолщенным комплексом интимамедиа (КИМ) составил 3,3 [3,1;9,9] нг/мл, что значимо ($p=0,01$) отличалось от пациентов с нормальным КИМ – 9,9 [3,7;11,9] нг/мл. При этом на 10-14 сутки отмечено повышение уровня галектина-3 у пациентов со сниженной фракцией выброса (ФВ) (45,2 [32,8;49,2] нг/мл), чем у пациентов с нормальной

ФВ (15,5 [9,9;35,9] нг/мл, $p=0,02$). При проведении корреляционного анализа выявлена слабая положительная связь уровня галектина-3 на первые сутки с КИМ ($r=0,2$ $p=0,03$). А также прямая зависимость изучаемого биомаркера на 10-14 сутки с количеством пораженных коронарных артерий ($r=0,29$ $p=0,01$), временем (мин) «дверь-балон» ($r=0,27$ $p=0,02$).

Заключение:

Уровень галектина-3 позволяет оценить клиническую тяжесть пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ЛЕБЕДЕВА Н.Б., БАРБАРАШ О.Л.

НИИ КПССЗ, ГБОУ ВПО КемГМА, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить влияние гендерного фактора на активацию субклинического воспаления у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы:

106 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, 44 женщины (41,5%) среднего возраста $61,4 \pm 1,6$ года и 62 мужчины (58,5%) среднего возраста $59,1 \pm 1,8$, сопоставимые по тяжести ИМ и сопутствующей патологии. На 7 сутки ИМ оценивались концентрации воспалительных биомаркеров (интерлейкинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИНФ γ , ФНО α) в плазме крови твердофазным иммуноферментным методом. Обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0.437.0» (StatSoft, Inc, серийный номер STA862D175437Q).

Результаты:

В целом у мужчин выраженность процессов субклинической воспалительной активации была выше, чем у женщин, что отражалось в более высоких плазменных концентрациях воспалительных цитокинов. Так, уровень ИЛ-1 β составил $102,3 \pm 2,8$ пг/мл у мужчин и $86,4 \pm 2,5$ у женщин ($p < 0,001$), уровень ИЛ-8 - $101,9 \pm 2,7$ и $55,7 \pm 1,9$ пг/мл ($p < 0,001$), ИНФ γ - $54,4 \pm 2,5$ и $22,9 \pm 2,2$ пг/мл ($p < 0,001$), ФНО α - $8,46 \pm 0,9$ и $3,9 \pm 0,6$ пг/мл ($p = 0,002$) соответственно. Вместе с тем плазменные концентрации СРБ ($10,9 \pm 2,4$ у мужчин и $11,3 \pm 3,4$ у женщин) и ИЛ-6 ($4,9 \pm 1,8$ у мужчин и $3,1 \pm 1,4$ у женщин), которые рассматриваются в настоящее время как наиболее прогностически значимые, не имели гендерных различий. Обращает внимание значимо более высокий уровень противовоспалительного ИЛ-10 у женщин $6,7 \pm 1,6$ пг/мл против $1,4 \pm 0,9$ пг/мл у мужчин ($p = 0,003$), что может являться отражением более выраженного цитокинового дисбаланса и большей напряженности воспалительного ответа у женщин.

Заключение:

Существуют значимые гендерные различия процессов активации субклинического воспаления при ИМ, не связанные с клиническим течением заболевания, причины которых и их влияние на течение заболевания и прогноз требуют дальнейшего изучения.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Архипов О.Г., Сумин А.Н.

ФБУ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФСС РФ «Топаз»,
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Введение (цели/ задачи):

У больных артериальной гипертензией (АГ) имеются гендерные различия в ремоделировании отделов сердца, однако неясно, распространяются ли эти различия на диастолическую функцию желудочков. Цель исследования: изучение особенностей показателей диастолической функции левого и правого желудочка у мужчин и женщин, больных АГ.

Материал и методы:

Обследовано 851 больных артериальной гипертензией, разделенных на 2 группы по гендерному признаку (427 мужчин и 424 женщины) в возрасте 60,0 [55-65] лет. При ЭХОКГ исследовали потоки наполнения правого желудочка Ет и Ат, определяли отношение Ет/Ат. В режиме спектрального тканевого Допплера определяли скорости движения кольца митрального и трикуспидального клапана е', е'т и а', а'т рассчитывали отношение е'/а', е'т/а'т и Ет/е'т. В цветном М-модальном режиме определяли скорость распространения митрального (vr) и трикуспидального потока (vpt).

Результаты:

Группы были однородны по количеству пациентов с нарушением диастолической функции левого ($p=0,78$) и правого ($p=0,44$) желудочка. Данные импульсно-волновой доплерометрии потоков наполнения желудочков в группах достоверно не различались, наблюдалась лишь тенденция к увеличению скорости раннего митрального потока Е до $67,0$ [56-80] см/сек у женщин против $66,0$ [54-77] см/сек в группе мужчин ($p=0,086$). Показатели спектральной тканевой доплерометрии митрального и трикуспидального кольца (е', е'т и а', а'т, а также отношение е'/а', е'т/а'т) в группах существенно не отличались. Однако, некоторые показатели диастолической функции, обычно не используемые в стандартных протоколах эхокардиографии, у мужчин и женщин значимо различались. Так, скорость распространения раннего митрального потока vr в группе женщин была значимо выше, составив $43,0$ [36-53] см/сек против $42,0$ [35-51] см/сек в группе мужчин ($p=0,028$). Отношение скоростей раннего и позднего движения септальной части кольца митрального клапана е'/а'(septal) у женщин составили $0,9$ [0,73-1,06] против $0,82$ [0,67-0,82] у мужчин ($p=0,00016$). Отношение Ет/е'т у женщин было достоверно ниже - $3,81$ [3,13-4,63] против $4,0$ [3,26-5,0] у мужчин ($p=0,0058$).

Заключение:

Таким образом, гендерные различия диастолической функции у больных АГ имели место по ряду показателей: скорости распространения митрального потока vr, данных спектральной тканевой доплерометрии септальной части кольца митрального клапана и отношению Ет/е'т, которые у женщин были более сохранными. Целесообразно учитывать пол пациентов при оценке этих показателей.

ГИПЕРУРИКЕМИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Кулакова Н.В., Невзорова В.А., Мокшина М.В., Кузнецов А.С., Банников И.Р.

ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России

Материал и методы:

Представлены данные, полученные в рамках исследования ЭССЕ-РФ среди произвольной выборки сельского населения Приморского края (100 чел). Все участники исследования обследовались по единому протоколу, в рамках которого выполнялись стандартизованные лабораторные обследования. Учитывались немодифицируемые факторы риска (возраст, пол) и модифицируемые факторы риска, такие как курение, прием алкоголя, артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, гиперурикемия (ГУ), ожирение, физическая активность.

Результаты:

В обследованной группе 78% составили женщины (ж), 22% мужчины (м), средний возраст - 47,8±10,7 лет. Наиболее часто (в 52% случаев) АГ установлена в группе лиц старше 55 лет: АГ 1 ст. регистрировалось у 28% обследованных, АГ 2 ст. – у 7,5%, АГ 3 ст. – у 4%, что согласуется с данными обследования в центральной части России (p<0.001). Гиперхолестеринемия (7,72 ммоль/л с 95% ДИ 5,0-10,45) установлена у 62,5% населения, преимущественно у лиц старше 45 лет без гендерных отличий. Обращает внимание высокая распространенность ГУ (в общей группе 19%, среди мужчин 36,3% (440 мкмоль/л с 95% ДИ 400-471) и 14,1% – среди женщин (435 мкмоль/л с 95% ДИ 360-510), преимущественно в группе старше 50 лет (p<0.001). В группе пациентов с ГУ АГ зарегистрирована у 75% мужчин и 45,5% женщин; абдоминальное ожирение у 75% мужчин и 72% женщин; табакокурение у 75% мужчин и 36,3% женщин; употребление алкоголя у 62,5% мужчин и 36,4% женщин; наличие низкой и средней физической активности соответственно у мужчин (25 и 50%) и женщин (45,5 и 54,5%).

Заключение:

Установлена прямая связь ГУ с рядом социально-демографических показателей сельского населения Приморского края в частности с АГ, что следует рассматривать в качестве дополнительного сердечно-сосудистого риска. Частота ГУ у сельского населения увеличивается в группе старше 50 лет, ассоциируется с повышенным артериальным давлением, абдоминальным ожирением, уменьшением физической активности, увеличением потреблением алкоголя и присутствием табакокурения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Беловол А.Н., Ильченко И.А., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цель. Сопоставить показатели самостоятельного измерения артериального давления (АД) и суточного мониторирования (СМАД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Проанализированы результаты самостоятельного измерения АД (двукратно в течение суток) и СМАД (дважды в год) 294 амбулаторных пациентов (из них 168 женщин) с АГ 2-3 степени (возраст - 54,6±10,8 лет; длительность АГ - 7,3±4,5 года).

Результаты:

Регулярный контроль АД был у 72% больных. Целевые уровни АД < 140/90, 130/85 и 130/80 мм рт ст достигнуты у 55%, 23% и 8% больных соответственно; оставались >140/90 мм рт ст – у 14% больных. По данным СМАД снижение среднесуточного систолического АД (САД) <130, 140 и 150 мм рт ст отмечалось у 22%, 43% и 24% пациентов соответственно; оставалось >150 мм рт ст у 11% больных. Среднедневное САД <130, 140 и 150 мм рт ст было у 27%, 35% и 23% больных соответственно; >150 мм рт ст - у 15% больных. Среднедневное САД <120, 130 и 140 мм рт ст отмечено у 25%, 48% и 20% больных соответственно; оставалось >140 мм рт ст у 7% больных. Снижение среднесуточного диастолического АД (ДАД) <80, 85 и 90 мм рт ст было у 19%, 35% и 38% больных соответственно; оставалось >90 мм рт ст - у 8% пациентов. Среднедневное ДАД <80, 85 и 90 мм рт ст было у 26%, 36% и 31% больных соответственно; оставалось >90 мм рт ст – у 7% больных. Среднедневное ДАД <80, 85 и 90 мм рт ст отмечено у 31%, 36% и 25% больных; оставалось >90 мм рт ст у 8% больных.

Заключение:

Самостоятельный контроль является наиболее удобным для пациентов, однако недостаточным для адекватного контроля АД, не позволяющим выявить скрытую и ночную гипертензию, ранняя диагностика которых необходима для коррекции терапии и предотвращения сердечно-сосудистых осложнений.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА НА ФОНЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

Шпилевая Н.Н., Попова М.А.

Сургутский государственный университет, г. Сургут, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: определение динамики показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) у пациентов, получавших курс консервативной терапии остеоартроза (ОА).

Материал и методы:

Обследованы 28 больных, получавших курс консервативной терапии по ОА с сочетанием артериальной гипертензии (АГ) и 17 больных без АГ. Суточное мониторирование АД среди пациентов получавших курс консервативного лечения проводилось с помощью системы СМАД «Schiller», Швейцария. Оценена лабильность артериального давления (АД) у пациентов на ранних этапах консервативного лечения по поводу ОА.

Результаты:

Среди обследованных пациентов с коморбидной патологией амбулаторно по данным медицинской документации до начала лечения определены степени АГ: 2 степень составила 21,4 %, 3 степень – 78,6 %, 1 степень – 0%. Данную группу составили 78,6 % женщин и 21,4 % мужчин. Среди общего количества пролеченных пациентов средний возраст пациентов данной группы 64,2 лет, средняя длительность течения ОА 8,8 лет, АГ 14,4 лет. Сопутствующая патология в данной группе представлена метаболическими нарушениями (избыточная масса тела 10,7 %, ожирение 75,0 %, нарушение углеводного обмена 39,3 %), коронарной патологией

(фибрилляция предсердий 17.9 %, перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе 3.6 %, стенокардией напряжения 21.4 %), церебральной патологией (нарушение мозгового кровообращения в анамнезе 3.6 %, явлениями энцефалопатии 50.0 %). Все пациенты получили курс консервативного лечения по поводу коксартроза (в 14.3 % случаев), гонартроза (в 82.1 %) и артроза плечевого сустава (3.6 %). Гипотензивная терапия подобрана амбулаторно и представлена следующими группами лекарственных препаратов: мочегонные препараты 32.1 %, иАПФ 32.1 %, бетаблокаторы 50.0 %, антагонисты кальция 21.4 %, БРА 35.7 %, нитраты 7.1 %. Группу пациентов с ОА без сочетания с АГ составили 58.8 % женщин и 41.2 % мужчин. Среди общего количества пациентов средний возраст пациентов данной группы 47.6 года, средняя длительность течения ОА 2.9 лет. Сопутствующая патология в данной группе представлена метаболическими нарушениями (избыточная масса тела 23.5 %, ожирение 47.1 %, нарушение углеводного обмена 5.9 %), коронарной и церебральной патологии в анамнезе не выявлено. Пациенты данной группы получали курс консервативной терапии по поводу гонартроза (в 58.8 % случаев), коксартроза (в 5.9 %) и артроза плечевого сустава (35.3 %). Все пациенты в период госпитализации получали неселективные НПВС (кеторалак 100 %, кетопрофен 66.9 %, диклофенак 33.1 %) и 100 % больных дополнительно получали нимесулид. Среднее САД при поступлении в группу коморбидной патологии составило 147.6 ± 3.7 мм рт.ст., среднее ДАД – 85.4 ± 2.2 мм рт.ст.; среднее САД среди пациентов изолированного ОА на уровне 122.2 ± 2.5 мм рт.ст., среднее ДАД – 75.8 ± 1.6 мм рт.ст. За время трехдневного наблюдения отмечается снижение среднесуточного САД на 9.3 % в группе коморбидной патологии и на 0.5 % в группе изолированного ОА. Колебания среднесуточного ДАД также с тенденцией к снижению на 9.1 % в группе с коморбидной патологией и на 2.8 % среди пациентов с изолированным ОА. Однако среднедневные показатели в группе коморбидных патологий находятся на пограничных значениях САД и ДАД, средненочные показатели на уровне мягкой гипертензии. Индекс времени «нагрузки давлением» САД и ДАД в десятки раз выше среди пациентов с коморбидной патологией на протяжении первых трех суток консервативного лечения остеоартроза. «Суточный индекс», отражающий вариабельность артериального давления на фоне консервативного лечения остеоартроза в группе с коморбидной патологии остается в диапазоне от 7.2% до 9.0%, т.е. с недостаточным ночным снижением САД и ДАД («non-dipper»). «Суточный индекс» в группе с изолированным остеоартрозом занимает аналогичную позицию в отношении вариабельности САД («non-dipper»), вариабельность ДАД на вторые сутки консервативного лечения нормализуется и составляет 11.5-13.6%.

Заключение:

Частота встречаемости пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и остеоартроза соответствует общероссийским тенденциям и на момент обращения в ортопедическое отделение около 80% имеют 3 степень гипертензии и, соответственно, получают широкий спектр препаратов гипотензивной терапии. Более 85% пациентов в группе с коморбидной патологией и 70% в группе с изолированным остеоартрозом, получившие курс консервативной терапии в отделении, имеют избыточную массу тела и различные степени ожирения и метаболических нарушений. Изначально более 97% пациентов в группе с коморбидной патологией имеют анамнестически высокий кардиоваскулярный риск осложнений. Примечательно, что в группе с коморбидной патологией в 82% случаев получили курс консервативного лечения по поводу гонартроза, в группе с изолированным остеоартрозом данная нозология встретилась в 59%. Полученные данные вариабельности артериального давления в течение суток

свидетельствуют об ограничении физической активности пациентов с остеоартрозом в дневное время, что является дополнительным фактором риска кардиоваскулярных дисфункций для пациента.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Шпилевая Н.Н., Попова М.А.

Сургутский Государственный университет, г. Сургут, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: определение динамики показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) у пациентов после протезирования крупных суставов по поводу остеоартроза (ОА).

Материал и методы:

Обследованы 183 больных с коморбидной патологией ОА и артериальной гипертензией (АГ) после протезирования крупных суставов. Суточное мониторирование АД проводилось с помощью мониторов серии Gamma Infinity (Drager Medical AG & Co. KG, 2007г) для анализа суточного профиля артериального давления до и после протезирования суставов в течение 72 часов на фоне проводимой стандартной терапии НПВС. Оценена лабильность артериального давления (АД) у пациентов в интраоперационном и раннем послеоперационном периоде на фоне проведения спинальной блокады Маркаином («МаркаинR Спинал»).

Результаты:

Среди обследованных пациентов с коморбидной патологией амбулаторно по данным медицинской документации до начала оперативного лечения определены степени АГ: 1 степень составила 21.9 %, 2 степень – 40.4 %, 3 – в 37.7%. Данную группу составили 60.1% женщин и 39.9 % мужчин. Среди общего количества прооперированных пациентов средний возраст пациентов данной группы 54.9 лет, средняя длительность течения ОА 9.6 лет, АГ 7.0 лет. Сопутствующая патология представлена метаболическими нарушениями (избыточная масса тела 12.6 %, ожирение 62.3 %, нарушение углеводного обмена 20.2 %), коронарной патологией (фибрилляция предсердий 1.6 %, перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе 2.2 %, стенокардией напряжения 5.5%), церебральной патологией (нарушения мозгового кровообращения в анамнезе 4.9 %, явлениями энцефалопатии 10.4 %). Всем пациентам выполнено протезирование крупных суставов по поводу коксартроза (в 52.5 % случаев), гонартроза (в 41.5 %) и артроза плечевого сустава (6.0 %). Все пациенты в период госпитализации получали неселективные НПВС (кеторалак 54.6 %, кетопрофен 65.6 %, диклофенак 8.7 %) и 61.7 % больных дополнительно получали нимесулид. Гипотензивная терапия подобрана амбулаторно и представлена следующими группами лекарственных препаратов: мочегонные препараты в 25.7 % случаев, иАПФ -57.9 %, β -блокаторы 21.3 %, антагонисты кальция 14.8%, БРА 2.2 %, нитраты 0.5 %. Среди обследованных пациентов определены среднесуточные показатели АД при поступлении, интраоперационно и раннем послеоперационном периоде. Среднее САД при поступлении составило 141.8 ± 1.2 мм рт.ст., среднее ДАД – 86.7 ± 2.1 мм рт.ст. В интраоперационном периоде на фоне спинальной блокады отмечено снижение САД на 8.2 % от исходных величин, снижение ДАД – на 9.1 %. В первые сутки послеоперационного периода выявлено снижение САД на 18.9 %, снижение ДАД – на 22.7 %. Во вторые сутки

послеоперационного периода зарегистрировано снижение от исходных цифр САД на 15,6 %, снижение ДАД – на 21,8 %. На третьи сутки послеоперационного периода выявлено снижение САД на 12,3 %, снижение ДАД – на 16,5 %. В ходе обследования выявлена вариабельность среднесуточных показателей АД в раннем послеоперационном периоде. Вариабельность САД за трехдневный срок наблюдения имеет тенденцию к снижению: 1 сутки составила $24,2 \pm 0,8$ мм рт ст, 2 сутки – $16,6 \pm 0,7$ мм рт ст и на 3 сутки – $15,8 \pm 0,8$ мм рт ст. Вариабельность ДАД имеет незначительное колебание показателей: 1 сутки составляет $15,2 \pm 0,5$ мм рт ст, 2 сутки – $8,8 \pm 0,4$ мм рт ст и 3 сутки – $10,2 \pm 0,4$ мм рт ст. Показатели нагрузок давлением в течение послеоперационного периода после проведенного оперативного лечения обусловлены проводимой анестезией, операционной кровопотерей и водно-электролитным дисбалансом. «Нагрузка гипотензией» преобладает в 1 сутки преимущественно за счет ДАД, составляя $12,5 \pm 1,6$ %, с максимальным снижением в дневное время ($25,5 \pm 1,8$ %) и данная тенденция прослеживается весь период наблюдения. «Нагрузка гипертензией» имеет постепенно возрастающие характеристики с максимальными значениями на 3 сутки САД ($13,4 \pm 1,6$ %) и ДАД ($10,8 \pm 1,5$ %) с максимальным подъемом в ночное время: увеличение САД за трое суток на $19,1 \pm 2,1$ %, ДАД – на $13,9 \pm 2,0$ %. «Суточный индекс» САД и ДАД на фоне оперативного лечения лишь в первые сутки сохраняется на границе нормальных значений («dipper»): САД $10,0 \pm 0,4$ % и ДАД $12,2 \pm 0,4$ %, а на вторые и третьи сутки среди пациентов отмечается недостаточность ночного снижения АД («non-dipper») в диапазоне от $8,1 \pm 0,3$ % до $6,8 \pm 0,3$ по САД и от $8,5 \pm 0,4$ до $8,9 \pm 0,3$ по ДАД.

Заключение:

При протезировании крупных суставов у больных с остеоартрозом прослеживается достоверное снижение САД и ДАД в интра- и послеоперационном периоде по сравнению с исходным уровнем АД за счет выраженной «нагрузки гипотензией» за счет ДАД в дневное время, обусловленной проводимой анестезией, операционной кровопотерей. Отмечается постепенно возрастающая «нагрузка гипертензией» на протяжении послеоперационного периода за счет САД и ДАД, что приводит к нарушению циркадного ритма АД и выраженности недостаточной степени ночного снижения АД. Все это требует динамического наблюдения за показателями АД и своевременной коррекции гипотензивной терапии с целью профилактики развития цереброваскулярной и коронарной недостаточности у данной категории больных.

ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И АГ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКОМ

ШАРВАДЗЕ Г.Г., МАМЕДОВ М.Н.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Оценка влияния заместительной гормональной терапии (ЗГТ) андрогенами на основные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с гипогонадизмом (ГПГ) и высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 мужчин в возрасте 30-59 лет с ГПГ и высоким ССР по шкале SCORE (5% и более). Пациенты были распределены на 2 группы: основная группа (ОГ) получала тестостерон по стандартной схеме. Продолжительность исследования

составила 30 недель. До и после исследования у всех мужчин была проведена оценка эректильной функции и динамика общего (ОТС) и свободного тестостерона (СВТС) в крови. Наряду с этим оценены изменения АД, окружности талии, показателей липидного спектра и глюкозы, а также уровня суммарного ССР.

Результаты:

ЗГТ у мужчин с ГПГ и высоким ССР у всех пациентов в ОГ привела к увеличению концентрации ОТС на 30% и СВТС на 57%, что сочеталось с достоверным улучшением эректильной функции на 12%. На фоне ЗГТ уровень АД снизился на 10%, тогда как в контрольной группе этот показатель практически не изменился. В обеих группах на протяжении 30 недель средние показатели уровня ХС ЛВП и глюкозы не подверглись существенному изменению. Курсовая терапия тестостероном привела к достоверному снижению уровня общего ХС на 11%, ХС ЛНП на 12%, уровень триглицеридов снизился на 22% ($p < 0,01$), в контрольной группе изменения отсутствовали. Известно, что объем талии (ОТ) является важным индикатором абдоминального ожирения (АО), терапия с применением тестостерона привела к снижению ОТ в среднем на 1,7 см. В целом, ЗГТ уменьшила риск суммарного ССР на 30%, что достоверно значимо по сравнению, как с исходными показателями, так и с контрольной группой.

Заключение:

Таким образом, курсовая ЗГТ с применением препаратов тестостерона у мужчин с ГПГ, ФР ССЗ и высоким ССР, приводит к нормализации уровня тестостерона, улучшению эректильной функции и позитивно влияет на основные ФР ССЗ и уровень суммарного ССР.

ДИНАМИКА УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

ЛУЩИК А.И., ВИШНЕВСКИЙ В.И.

ФГБОУ ВПО Орловский государственный университет

Введение (цели/ задачи):

Цель: исследовать эффективность сочетанной терапии лозартан+индапамид и рамиприл+индапамид у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого и очень высокого риска, оценить влияние на уровень мочевой кислоты (МК) в крови и агрегационную способность тромбоцитов.

Материал и методы:

Обследовано 105 пациентов с АГ (средний возраст $59,8 \pm 6,4$ года). Проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование агрегации тромбоцитов с АДФ в концентрации 5,0 мкмоль/л и 10,0 мкмоль/л методом оптической трансмиссионной агрегометрии по Борну, исследование показателей МК в крови исходно и через 8 недель терапии индапамидом (2,5 мг/сут) и лозартаном ($77,3 \pm 29,6$ мг/сут) – 1 группа; индапамидом (2,5 мг/сут) и рамиприлом ($7,6 \pm 2,8$ мг/сут) – 2 группа.

Результаты:

На фоне терапии целевое артериальное давление (АД) достигнуто у 95,5% больных. По данным СМАД отмечена сопоставимая антигипертензивная эффективность. В группе 1 уровень мочевой кислоты снизился на 12,8% ($p = 0,02$), во II группе достоверно не изменился. Исходно у пациентов I и II групп степень агрегации тромбоцитов – Атах превышала аналогичные показатели контрольной группы ($p < 0,001$). На фоне лечения в I группе Атах снизилась с $59,3 \pm 11,9$ % до $52,2 \pm 8,3$ % ($p < 0,01$) на концентрации

АДФ 5 мкмоль/л, и с $67,9 \pm 10,9\%$ до $59,6 \pm 8,3\%$ ($p < 0,01$) на концентрации АДФ 10 мкмоль/л. Показатели агрегации тромбоцитов во II группе значимо не изменились.

Заключение:

У больных АГ высокого и очень высокого риска по сравнению с группой контроля отмечено повышение агрегационной способности тромбоцитов. У этой категории пациентов повышен уровень МК, что усугубляет эндотелиальную дисфункцию и повышает агрегацию тромбоцитов. Снижение уровня МК на фоне лечения лозартаном, вследствие его особой молекулярной структуры, сопровождается улучшением агрегационной способности тромбоцитов. Рамиприл, наряду с сопоставимым гипотензивным эффектом, не оказывает влияния на концентрацию мочевой кислоты в плазме крови и агрегационную способность тромбоцитов.

ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ОТ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕПЕНИ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

УСОЛЬЦЕВА Е.Н., ШИБАНОВА И.А., ЗЫКОВ М.В.,
БАРБАРАШ О.Л., КАШТАЛАП В.В., КОЛОМЫЦЕВА И.С.

НИИ КПССЗ, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Атеросклероз является системным заболеванием и поражает различные сосудистые бассейны. Как правило, гемодинамически значимые стенозы различных сосудистых бассейнов выявляют уже после развития острых сосудистых катастроф, поскольку в современных рекомендациях очень мало внимания уделяется профилактическому выявлению ранних форм мультифокального атеросклероза. Не менее актуальной является оценка проявлений мультифокального атеросклероза в динамике после перенесенного острого коронарного события. При этом дальнейшее его прогрессирование может свидетельствовать о неэффективности вторичной профилактики после инфаркта миокарда. При этом патофизиологическим механизмом прогрессирования, несомненно, является субклиническое воспаление, оцениваемое с помощью ряда биомаркеров. Цель исследования: оценка взаимосвязи между степенью прогрессирования некоронарного атеросклероза и концентрации С-реактивного белка (СРБ) у пациентов в течение года после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

Обследованы 168 больных с ИМ с подъемом сегмента ST. Всем пациентам в госпитальном периоде заболевания проведена коронароангиография и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) на инфарктзависимой артерии. На 10 сутки ИМ, а также через год после ИМ проведено скрининговое ультразвуковое исследование некоронарных (брахиоцефальная зона, магистральные артерии нижних конечностей) артериальных бассейнов и определена концентрация С-реактивного белка (СРБ, мг/л) с помощью иммуноферментного анализа. Все пациенты с ИМ разделены на группы в зависимости от исходного наличия и значимости некоронарных стенозов (отсутствие стенозов, стенозы до 30%; 30–49%; 50 и более %)

Результаты:

Исходно те или иные проявления мультифокального атеросклероза выявлены у 95% пациентов с инфарктом миокарда. Через 12 месяцев наблюдения у большинства больных с ИМ выявлено прогрессирование некоронарного атеросклероза. Так, если на госпитальном этапе стенозы менее 30% в брахиоцефальных

артериях (БЦА) были выявлены у 21,4% больных, то через год уже у 44%; стенозы 30–49% изначально определялись у 8,3% пациентов, через год у 22,6%. В артериях нижних конечностей (АНК) стенозы менее 30% имели 35,7% обследуемых, через год уже 54,8%; стенозы 30–49% зарегистрированы у 13,1% больных, через год - у 22,6%. В категорию значимой прогрессии вошли 32 (19 %) пациента, имеющие значимые изменения в БЦА и 42 (25%) в АНК. Не обнаружено значимых различий концентрации СРБ, оцененной на 10–14 день госпитализации у пациентов с прогрессированием некоронарного атеросклероза и без такового. Так, средние значения концентрации данного биомаркера в сыворотке крови у пациентов с явлениями последующего прогрессирования атеросклероза в БЦА составили 13,08 (11,77;16,40) мг/л, у пациентов без прогрессирования 15,21 (12,96;17,46) мг/л, ($p > 0,05$). Вместе с тем, через год после перенесенного инфаркта миокарда у пациентов с прогрессированием атеросклероза выявлены достоверно более высокие значения СРБ по сравнению с группой пациентов с его отсутствием. Так, через 1 год после ИМ уровень СРБ в группе с прогрессированием был 8,04 (4,48;11,60) мг/л, ($p = 0,01$); в группе без прогрессирования - 2,40 (1,06;3,83) мг/л. Обращает на себя внимание факт, что у пациентов с явлением прогрессирования атеросклероза концентрация СРБ в сыворотке крови уменьшилась на 38%, ($p = 0,04$) по сравнению со значениями госпитального измерения, а у пациентов без прогрессирования произошло снижение более чем в 2,5 раза по сравнению с исходными значениями ($p = 0,005$).

Заключение:

У большинства больных через 12 месяцев наблюдения выявлено прогрессирование некоронарного атеросклероза. Наличие прогрессирования атеросклероза БЦА ассоциируется с сохраняющейся после острого периода ИМ высокой концентрации СРБ. Степень снижения концентрации СРБ в течение года и концентрации данного показателя через год после инфаркта миокарда позволяет предполагать наличие связи между воспалением и прогрессированием атеросклероза.

ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ УРОВНЯ PRO-BNP У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТ ГОДОВОГО ПРОГНОЗА

ТАВЛУЕВА Е.В., БАРБАРАШ О.Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ

Материал и методы:

В данное исследование включены 223 больных острым ИМпST, из них 167 (74,88 %) мужчин и 56 (25,11 %) женщин. Концентрацию NT-proBNP определяли на 10–14-е дни от момента развития ИМ с помощью тест - системы фирмы BIOMEDICA GRUPPE. Через 12 месяцев наблюдения оценивалось наличие у пациента «конечных точек», включая смерть (кардиальную и некардиальную); госпитализации по поводу повторных ИМ, нестабильной стенокардии и жизнеугрожающих нарушений ритма, декомпенсации хронической сердечной недостаточности, острого нарушения мозгового кровообращения. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: <65 лет и ≥65 лет.

Результаты:

Конечные точки оценивались через 12 месяцев у 51 женщины и 142 мужчин. Установлено, что достоверно чаще сосудистые события возникали у женщин и составили 24 (47,05 %) случаев, в то время как у мужчин только 47 (33,09 %), $p = 0,001$. При распределении пациентов по возрастным группам, оказалось, что

в группе 65 лет и старше количество сосудистых событий за год наблюдения у женщин и мужчин не различалось и составило 14 (45,16 %, n=31) и 24 (45,28 %, n=53), соответственно, $p=0,75$. В то же время у женщин в возрасте до 65 лет сосудистые события возникали чаще, чем у мужчин в этом возрасте: 10 (50 %, n=20) и 23 (25,84 %, n=89), соответственно, $p=0,005$. Разделив пациентов в зависимости от годового прогноза, выяснили, что только у мужчин с неблагоприятным прогнозом уровень NT-proBNP выше (median 96,34; range 44,09-128,50 fmol/mL), по сравнению с мужчинами с благоприятным прогнозом (median 63,80; range 24,20-79,24 fmol/mL), $p=0,01$. Установлено, что наибольший уровень NT-proBNP был в группе мужчин с неблагоприятным прогнозом в возрасте 65 лет и старше (median 119,98; range 98,27-140,90 fmol/mL), по сравнению с мужчинами до 65 лет с неблагоприятным прогнозом (median 77,77, range 28-106 fmol/mL), $p=0,001$.

Заключение:

Наибольший уровень NT-proBNP был в группе мужчин с неблагоприятным прогнозом в возрасте 65 лет и старше.

ЗНАЧИМОСТЬ ВЫСОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОСТРЫМ КОРОНАРТЫМ СИНДРОМОМ

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Оценить уровень высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) у больных артериальной гипертензией (АГ) и острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в динамике лечения статинами.

Материал и методы:

Включен 51 человек с диагнозом АГ, ОКСбпST. Критерии включения: АГ (в анамнезе), ОКСбпST в первые 96ч заболевания, возраст старше 50 лет, женщины в период менопаузы. Критерии исключения: пациенты с непереносимостью статинов, в анамнезе наследственные гиперхолестеремии, печеночная, почечная недостаточность, онкологические заболевания. Контроль гемодинамических показателей, биохимических значений (АЛТ, АСТ, билирубин, данные липидограммы) для оценки безопасности статинов, hsCRP, каждые 4 недели в динамике 16 недель. Уровень hsCRP оценивали методом иммунотурбидиметрии (мг/л). Статистическая обработка STATISTICA 6.0. Статистически значимые различия при $p<0,05$.

Результаты:

Средний возраст пациентов $62,92\pm 1,07$ лет, 30 мужчин и 21 женщина, сопоставимых по возрасту ($62,5\pm 1,39$ и $63,52\pm 1,73$ лет, соответственно ($p>0,05$)). В течение 16 недель доза статинов титровалась с целью достижения целевых значений показателей липидного обмена. Среднее значение hsCRP $7,23\pm 1,11$ мг/л у пациентов ОКС отражает высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. При оценке уровня hsCRP, установлено статистически значимое снижение в динамике всех визитов наблюдения пациентов ОКС (визит 1 - $7,23\pm 1,11$; визит 2 - $5,36\pm 0,71$; визит 3 - $3,32 \pm 0,49$; визит 4 - $3,30\pm 0,53$ мг/л). В зависимости от пола пациентов значения hsCRP гендерных различий в динамике всех визитов получено не было. Снижение уровня hsCRP отражает положительную динамику на фоне лечения статинами и улучшает прогноз пациентов перенесших ОКС. В течение 16 недель наблюдения пациентов ОКС были оценены 3 конечные точки. Из всех включенных пациентов

два пациента были повторно госпитализированы с диагнозом: ИБС. Нестабильная прогрессирующая стенокардия. Один летальный исход в первые сутки госпитализации пациента после включения. Среднее значение hsCRP среди пациентов с конечными точками составило $7,8\pm 2,03$ мг/л, данное значение было выше, чем в группе всех пациентов.

Заключение:

У пациентов артериальной гипертензией и ОКС выявлен высокий уровень hsCRP, что отражает высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. В динамике 16 недель лечения отмечена тенденция к снижению уровня hsCRP до уровня $3,3\pm 0,53$ мг/л, что соответствует среднему риску сердечно-сосудистых осложнений, улучшению прогноза пациентов.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Максимов С.А.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово

Введение (цели/ задачи):

Анализ возможности идентификации профессионального риска артериальной гипертензии (АГ) путем устранения влияния традиционных факторов сердечно-сосудистого риска и профессионального отбора.

Материал и методы:

В исследование включены 3842 мужчин, работников промышленных предприятий и служащих учреждений. На основании характера труда и особенностей производственных факторов выделено 13 профессиональных групп. Для устранения влияния традиционных факторов сердечно-сосудистого риска оценивалась выраженность их воздействия на риски АГ, выделение наиболее значимых, с последующим устранением методом прямой стандартизации. Для устранения влияния профессионального отбора использовалась собственная методика, позволяющая идентифицировать и устранять два основных компонента профессионального отбора – эффект здорового найма (ЭЗН) и эффект здорового рабочего, продолжающего трудовую деятельность (ЭЗРПТД).

Результаты:

Из числа традиционных факторов сердечно-сосудистого риска максимальное влияние на развитие АГ в профессиональных группах оказывают наличие ожирения и возраст работника. Устранение влияния данных факторов привело к изменению исходных величин профессиональных рисков АГ в среднем на 10%, (снижение и увеличение). В результате последовательного устранения влияния компонентов профессионального отбора на распространенность АГ, значения рисков АГ также изменились. Устранение влияния ЭЗН обусловило изменение (увеличение/снижение в зависимости от профессиональной группы) исходных рисков на 36,6%, коррекция рисков на ЭЗРПТД – на 4,6%.

Заключение:

Традиционные факторы сердечно-сосудистого риска и профессиональный отбор значительно модифицируют риски АГ, в ряде профессиональных групп вплоть до инверсии. Определяющее значение в модифицирующем эффекте имеет выраженность ЭЗН. Полученные значения рисков АГ в результате последовательной коррекции отражают преимущественно влияние производственных факторов и должны рассматриваться как истинные профессиональные риски.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА

Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель: Изучить особенности лабораторных изменений показателей крови у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), в сочетании с патологией желудка.

Материал и методы:

Проведено проспективное исследование, обследовано 60 пациентов с патологией желудка, в сочетании с АГ, 40 мужчин и 20 женщин, находившихся на лечении в терапевтической клинике. Контрольная группа – 30 человек с АГ без патологии желудка. Средний возраст в группах составил $46,9 \pm 2,2$ и $42,9 \pm 1,8$ года ($p < 0,05$). Группы сопоставимы по полу. При статистической обработке использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты:

Особенности лабораторных изменений показателей крови у пациентов с АГ в сочетании с патологией желудка в основной и контрольной группах выявлены: эритроциты- $5,21 [4,60; 5,46]$ и $5,05 [4,50; 5,48]$ ($p = 0,81$), лейкоциты- $6,40 [5,50; 7,40]$ и $6,65 [5,60; 7,43]$ ($p = 0,63$), тромбоциты- $221,0 [198,5; 256,0]$ и $244,0 [207,0; 272,0]$ ($p = 0,25$), скорость оседания эритроцитов- $7,0 [5,0; 9,0]$ и $5,0 [4,0; 7,0]$ ($p = 0,002$), гемоглобин- $145,0 [137,5; 154,0]$ и $137,0 [130,0; 146,0]$ ($p = 0,01$), калий- $4,3 [4,04; 4,55]$ и $4,1 [3,8; 4,3]$ ($p = 0,02$), кальций- $1,28 [1,24; 1,31]$ и $1,3 [1,29; 1,33]$ ($p = 0,03$), натрий $140,0 [139,3; 140,7]$ и $140,0 [138,1; 140,0]$ ($p = 0,05$), фибриноген- $3,0 [2,6; 3,5]$ и $2,2 [2,1; 2,8]$ ($p = 0,000001$), протромбиновый индекс- $98,0 [95,0; 100,5]$ и $96,0 [79,0; 112,0]$ ($p = 0,23$), С-реактивный белок- $0,08 [0,05; 0,11]$ и $0,03 [0,02; 0,05]$ ($p = 0,000152$), рН крови- $7,4 [7,4; 7,4]$ и $7,4 [7,4; 7,4]$ ($p = 0,71$), липопротеиды высокой плотности- $1,42 [1,18; 1,88]$ и $1,85 [1,32; 2,09]$ ($p = 0,07$), липопротеиды низкой плотности- $2,80 [2,43; 3,25]$ и $1,78 [1,1; 2,8]$ ($p = 0,000031$), триглицериды- $2,2 [1,57; 2,57]$ и $1,01 [0,85; 1,57]$ ($p = 0,000001$), холестерин- $5,81 [5,01; 6,10]$ и $3,37 [3,11; 4,99]$ ($p = 0,0000001$).

Заключение:

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии лабораторных изменений показателей крови у пациентов с артериальной гипертензией, в сочетании с патологией желудка. Достоверно значимыми из них являются уровень гемоглобина, фибриногена, скорость оседания эритроцитов, калий, кальций, липопротеиды низкой плотности, триглицериды и холестерин. Все это говорит о необходимости учета данного фактора врачами-терапевтами при проведении профилактической и лечебной работы с этими пациентами, страдающими патологией желудка в сочетании с артериальной гипертензией.

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА

Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Сотников А.В., Кухталев В.В.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Введение (цели/ задачи):

Оценить изменения спектральных показателей вариабельности систолического артериального давления (ВСАД) у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в зависимости от клинического исхода.

Материал и методы:

Обследованы 57 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Их разделили на две группы: 1 группа – с благоприятным исходом, (28 мужчин, 6 женщин, средний возраст $35,3 \pm 12,0$ года), 2 группа – с летальным исходом, (18 мужчин, 5 женщин, – $39,0 \pm 13,7$ года). Причина смерти – полиорганная недостаточность. Тяжесть повреждения оценивали по Injury Severity Score (ISS). Все пострадавшие имели сочетанное повреждение, $ISS > 16$ баллов. Непрерывная регистрация АД на проксимальной фаланге среднего пальца компенсационным способом выполнена прибором «САКР-2» в течение 5 минут через 4 часа, на 1 и 5 сутки после травмы. Определяли следующие показатели ВСАД: мощности волн очень низкой (VLF), низкой (LF) и высокой (HF) частот и общую мощность спектра (TP, мм рт.ст.2), относительное значение мощности волн низкой частоты (LFnu), относительное значение мощности волн высокой частоты (HFnu), коэффициент вагосимпатического баланса (LF/HF). Различия между показателями оценивали по критериям Манна – Уитни и Вилкоксона.

Результаты:

Пострадавшие из группы 1 имели при поступлении более низкую тяжесть повреждения по шкале ISS ($24,1 \pm 6,9$ и $34,8 \pm 10,2$ баллов, $p < 0,05$). В этой группе через 4 часа после травмы получены большие, в сравнении с группой 2 ($p < 0,05$), значения LF ($8,2 (6,1-14,1)$ и $4,2 (1,6-6,4)$), LFnu ($44,4 (34,1-52,2)$ и $30,2 (15,6-50,8)$), и LF/HF ($0,9 (0,6-1,3)$ и $0,47 (0,24-1,15)$), а через сутки – большие значения LF/HF ($1,39 (0,45-1,79)$ и $0,59 (0,18-0,87)$), $p < 0,05$). На 5 сутки после травмы межгрупповые различия не выявлены у всех показателей ВСАД. В 1 группе за период наблюдения не выявлено изменений VLF, LF, HF и TP, но на 5 сутки получено повышение LF/HF ($0,9 (0,6-1,3)$ и $1,5 (0,8-3,3)$), $p < 0,05$ и снижение HFnu ($50,6 (39,4-55,2)$ и $34,7 (18,6-49,2)$), $p < 0,05$). Во 2 группе за период наблюдения не выявлено значимых изменений параметров ВСАД.

Заключение:

Увеличение на 5 сутки LF/HF и снижение HFnu, а также большие значения LF, LFnu, LF/HF исходно и LF/HF через сутки после травмы свидетельствуют о благоприятном исходе травматической болезни. Возможно использование этих показателей в качестве критериев эффективного лечения.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Черняев А.А., Демидов А.А.

Астраханский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цитохимический анализ является высокоинформативным и относительно доступным методом изучения клетки. Участие различных клеточных элементов в процессе формирования артериальной гипертензии обсуждается достаточно давно, но и на современном этапе вопросы функциональной (ферментативной) активности нейтрофилов и моноцитов крови при метаболическом синдроме остаются недостаточно изученными. Математическая обработка проводилась на персональном компьютере в программе Microsoft Excel. Целью работы являлось изучение цитохимической активности нейтрофилов и моноцитов крови у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

На базе негосударственного учреждения здравоохранения медико-сани-тарной части г. Астрахань (НУЗ МСЧ) нами было обследовано 93 больных МС. Исследование было одобрено этическим комитетом АГМА от 27 января 2012 года. В исследовании принимали участие 57 женщин и 35 мужчин в возрасте от 30 до 60 лет. У всех больных проводилось цитохимическое исследование ферментативной активности нейтрофилов и моноцитов. Нейтрофилы определяли в мазке из цельной крови. В нейтрофилах крови исследовали метаболическую активность ферментов: сукцинатдегидрогеназы (СДГ), отражающей цикл Кребса; лактатдегидрогеназы (ЛДГ), отражающей анаэробный гликолиз; глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), отражающей активность пентозо-фосфатного шунта по методике Р.П. Нарциссова. Оценку результатов цитохимических реакций проводили полуколичественным методом Карлов с определением среднего цитохимического показателя (СЦП) в условных единицах.

Результаты:

При поступлении процент реагирующих клеток в реакции СДГ составлял $44,8 \pm 0,3$. Все реагирующие клетки классифицировались как степень «а» (низшая степень активности). Средний цитохимический показатель, соответственно, также составил $44,8 \pm 0,2$ у.е., что превышало норму в 3 раза (норма СДГ = $15,04 \pm 0,02$ у.е.). Активность ЛДГ при поступлении у больных МС превышала таковую в норме в 2,8 раза и составляла $56,71 \pm 0,5$ у.е. (норма ЛДГ = $20,17 \pm 0,02$ у.е.) Все реагирующие клетки были степени «а», что обусловило процент реагирующих клеток равным СЦП. Средний цитохимический показатель активности Г-6-ФДГ составлял $63,21 \pm 0,4$ у.е., что превышало норму (норма Г-6-ФДГ = $35,30 \pm 0,03$ у.е.) в 1,8 раза. Процент реагирующих клеток составлял 63,21, при этом все клетки были степени «а». При выписке из стационара отмечалось небольшое снижение активности СДГ ($34,7 \pm 0,6$ у.е.), не достигающее нормальных показателей. Все реагирующие клетки ($34,7 \pm 0,6\%$) были степени «а». Активность ЛДГ при выписке была несколько ниже таковой при поступлении (СЦП ЛДГ = $39,61 \pm 0,7$ у.е.). Все реагирующие клетки оставались низкой степени активности (степень «а»), процент реагирующих клеток соответствовал СЦП ($39,61 \pm 0,7\%$ у.е.). Активность ЛДГ не возвращалась к нормальным показателям. Активность Г-6-ФДГ в нейтрофилах при выписке больных МС из стационара практически не отличалась от таковой при поступлении (СЦП Г-6-ФДГ = $62,34$ у.е.)

Заключение:

Таким образом, у больных МС метаболическая активность нейтрофилов при поступлении в стационар превышала таковую в норме в 2-3 раза. После прохождения курса лечения отмечалась тенденция к нормализации активности СДГ ЛДГ в нейтрофилах, при практически неизменной активности Г-6-ФДГ. Полученные результаты позволяют предложить определение цитохимической активности нейтрофилов крови как дополнительный метод для контроля лечения у больных с метаболическим синдромом.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И АДМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ФОЗИНОПРИЛОМ, ИНДАПАМИДОМ И СИМВАСТАТИНОМ

Ермолаева А.С., Дралова О.В., Максимов М.Л.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ

имени И.М. Сеченова Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и дислипидемией (ДЛП) отмечается нарушение функции эндотелия сосудов, что проявляется снижением показателя эндотелий зависимой вазодилатацией (ЭЗВД) и повышением уровня асимметричного диметиларгина (ADMA). Добавление симвастатина к терапии антигипертензивными препаратами у таких пациентов позволяет дополнительно корректировать функцию эндотелия. Цель: оценить влияние фармакотерапии симвастатином на функцию эндотелия пациентов с АГ и ДЛП. Выявить взаимосвязь между выраженностью эндотелиальной дисфункции и ADMA.

Материал и методы:

Нами было обследовано 34 пациента с артериальной гипертензией I-II степени и дислипидемией. Пациенты были рандомизированы в 2 группы, группу, получающую фозиноприл и индапамид (n=16) и группу, получающую фозиноприл, индапамид и симвастатин (n=18) с периодом наблюдения 12 недель. Доза фозиноприла составила 10 мг/сут, индапамида – 2,5 мг/сут, симвастатина – 20 мг/сут. Всем пациентам проводили неинвазивные исследования эндотелиальной функции с помощью ультразвукового сканирования плечевой артерии. Концентрацию АДМА в сыворотке крови определяли путем иммуноферментного анализа в мкмоль/л до назначения лекарственных средств (после отмывочного периода) и через 12 недель утром натощак.

Результаты:

Исходные характеристики пациентов не различались в обеих группах: в группе фозиноприла и индапамида ЭЗВД составило $6,93 \pm 2,98\%$ а в группе с добавлением симвастатина $6,89 \pm 2,63\%$; ADMA составило $0,47 \pm 0,22$ мкмоль/л и $0,44 \pm 0,25$ мкмоль/л соответственно. Через 12 недель наблюдения в обеих группах наблюдалось улучшение показателей: повысились показатели ЭЗВД до $10,4 \pm 2,5\%$ и $11,17 \pm 2,07$ соответственно, а так же отмечено снижение уровня ADMA до $0,43 \pm 0,023$ мкмоль/л и $0,39 \pm 0,22$ мкмоль/л, что составило 7,5% и 10,2% соответственно. Была получена достоверная отрицательная связь средней силы между значениями ЭЗВД и уровнем ADMA $R = -0,35$, $p < 0,05$.

Заключение:

Терапия фозиноприлом и индапамидом положительно влияет на функцию эндотелия и снижает уровень ADMA. Дополнительного улучшения ЭЗВД и уровня ADMA у пациентов с АГ I-II степени и ДЛП можно достичь добавлением к гипотензивной терапии симвастатина.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Тихонова О.И., Самолова Р.Г., Берг А.Г.,
Валеев И.Г., Нуртдинова Э.Г.

МБУЗ Поликлиника №48 г. Уфы,
ГБОУ ВПО «Башгосмедуниверситет»

Введение (цели/ задачи):

Актуальность. Одной из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных форм цереброваскулярных заболеваний является нарушение мозгового кровообращения (НМК). Выделяют геморрагическую форму НМК и несколько клинико-патогенетических вариантов ишемического инсульта. Несмотря на различие патогенеза в развитии НМК при всех формах мозгового инсульта, значительную роль в его развитии играет артериальная гипертензия (АГ). Цель исследования: оценить роль АГ как фактора риска НМК.

Материал и методы:

Проведено ультразвуковое исследование экстракраниальных отделов ветвей дуги аорты на аппарате «Sonolane j50» датчиком L5 –10 МГц по стандартной методике у 281 пациента (67 мужчин и 214 женщин), прошедших лечение в дневном стационаре с клиническими проявлениями вестибулоатактического, астенического синдромов, легких гемипарезов. Наличие НМК определялось по данным анамнеза и результатов клинического обследования

Результаты:

Стеноз сонных артерий был диагностирован у 152 больных; у 129 больных стенозирования сонных артерий не было выявлено. Из 122 больных с НМК в анамнезе АГ была выявлена в 107 случаях (87,7%), в то же время у больных без НМК в анамнезе (159 больных) АГ диагностировалась реже – 100 больных (62,9%, $p \leq 0,05$). У больных со стенозом сонных артерий (152 больных) было 63 случая НМК (55,0%), в то время как у больных без стеноза сонных артерий (129 больных) у 34 пациентов (26,0%, $p \leq 0,01$).

Заключение:

У больных АГ чаще наблюдается развитие НМК, что свидетельствует о необходимости контроля АД и проведения профилактических мероприятий, как в здоровой популяции, так и у больных АГ. У больных АГ необходимо проведение антигипертензивной терапии, что позволит снизить риск развития НМК. Наличие атеросклероза сонных артерий свидетельствует о высоком риске развития НМК, что предъявляет требования к его ранней диагностике и адекватной терапии (антигипертензивной, гиполипидемической, антиагрегантной).

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Беззубцева М.В., Барбашина Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить вариабельность артериального давления (ВАД) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной ишемическим инсультом (ИИ).

Материал и методы:

Обследовано 25 больных ГБ с некардиоэмболическим ИИ. Все пациенты страдали ГБ в среднем $7,3 \pm 3,2$ года и не получали ре-

гулярную гипотензивную терапию до развития ИИ. Измерение артериального давления (АД) проводилось ежедневно в первые 14 суток пребывания в стационаре. Суточное мониторирование АД с оценкой ВАД выполнялось с аппаратом VPlab («Петр Телегин», Нижний Новгород) в 10-14 сутки, через 3 и 6 месяцев от развития ИИ. Все пациенты получали в качестве гипотензивного препарата фиксированную комбинацию периндоприла аргинина и амлодипина (престанс) в дозе 10/10 мг.

Результаты:

В первые сутки ИИ отмечался высокий уровень как систолического АД (САД) $182 \pm 10,9$ мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) $108 \pm 9,6$ мм рт. ст., так и пульсового АД (ПАД) $73 \pm 5,6$ мм рт. ст. К 5-7-ым суткам происходило плавное снижение САД на 28,5%, ДАД на 24,0% и ПАД 29,7% до АГ первой степени ($p < 0,001$). На 14-е сутки, несмотря на достижение нормотензии у 89% пациентов, ВАД оставалась высокой: ВАД САД $18 \pm 2,4$, ВАД ДАД $14 \pm 1,4$ мм рт. ст. Преимущественно повышенными были ВАД среднего АД и ВАД САД. В конце 3 месяца лечения АД стабилизировалось, с достижением в 98% случаев целевого АД, однако, ВАД все еще оставалась повышенной до $15 \pm 1,9/14 \pm 1,1$ мм рт. ст. К 6 месяцу наблюдения уровень АД сохранялся на уровне нормотензии и ВАД снизилась до уровня нормы $12 \pm 1,2/12 \pm 1,1$. Выявлена корреляционная зависимость между ВАД САД и тяжестью ИИ по шкале NIHSS на 10-14 сутки от развития ИИ ($r=0,35$ $p < 0,001$).

Заключение:

У пациентов с ГБ в первые 3 месяца от развития ИИ выявлена повышенная ВАД как САД, так и ДАД, с последующей нормализацией к 6 месяцу лечения, а так же установлена корреляционная зависимость между ВАД и тяжестью ИИ, что говорит о возможном вкладе повышенной ВАД в развитие ИИ у данной категории пациентов и необходимости учитывать данный параметр при проведении первичной и вторичной профилактики ИИ.

ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ: МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ СЕРДЦА ИЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ?

Ситкова Е.С., Мочула О.В., Баев А.Е., Крылов А.Л.,
ПЕКАРСКИЙ С.Е., СЕМКЕ Г.В., РИПП Т.М.,
МОРДОВИН В.Ф., ФАЛЬКОВСКАЯ А.Ю., УСОВ В.Ю.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии»

Введение (цели/ задачи):

Оценить изменение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца с контрастированием у пациентов с резистентной артериальной гипертензией (АГ) после ренальной денервации (РД).

Материал и методы:

У 71 пациента ($54,9 \pm 9,3$ лет) с резистентной АГ была выполнена РД и получены результаты «офисного» АД, ЭхоКГ исходно, через 6 и 12 месяцев после РД. У 20 из них в те же сроки выполнена МРТ сердца с контрастированием с синхронизацией по ЭКГ на конец диастолы и получением T1-, контрастного T1-, T2-, T2-Stir, PD-взвешенного изображения, кино-МРТ. Выполнение T1- режима осуществлялось согласно параметрам: TR= 420-570 мс, TE = 20 мс, толщина среза 7-8 мм, проведение записи в матрицу 256×192 вокселей с размером вокселя $0,2 \times 0,2 \times 2$ мм и временем инверсии в режиме обратного восстановления (TI) в пределах 240-320 мс. Повторное исследование выполнялось через 8-15 минут после введения парамагнетика в дозе 2 мл 0,5 М раствора на 10 кг массы тела.

Результаты:

Исходные уровни «офисного» АД составили $175,6 \pm 22,2 / 100,8 \pm 16,5$ мм рт. ст. с динамикой $-26,9 / -13,8$ и $-30,1 / -14,5$ мм рт. ст. через 6 и 12 месяцев. ММЛЖ по ЭхоКГ составила $273,8 \pm 86,9$ г, ИММЛЖ $132,8 \pm 39$, что не различилось с исходной ММЛЖ по МРТ ($273,2 \pm 97,9$ г). Объем включения парамагнетика в исходе составил $1,6$ см³ ($1,2-3,1$ см³). По данным МРТ сердца через 6 и 12 месяцев отмечен регресс ММЛЖ ($219,1$ г, $186,9-302,4$ г, $P=0,002902$; $188,6$ г, $183,4-261,5$ г, $p=0,00335$) и объема включения парамагнетика ($0,972$ см³, $0,22-2,30$ см³, $P=0,067355$; $0,58$ см³, $0,46-2,74$ см³, $P=0,182315$). ММЛЖ ($265,1 \pm 77,4$ г, $P=0,357235$; $256,6 \pm 67,9$ г, $P=0,091814$) и ИММЛЖ ($129,2 \pm 35,0$, $P=0,381457$; $125,9 \pm 30,0$, $P=0,089869$) по данным ЭхоКГ не снизились. Выявлена прямая зависимость ММЛЖ по результатам МРТ сердца от уровня «офисного» систолического АД (САД) в сроки 6 ($R=0,469009$, $P=0,049595$) и 12 месяцев ($R=0,69697$, $P=0,025097$). Прямая зависимость между САД и ИММЛЖ по ЭхоКГ установлена через 6 ($R=0,292192$, $P=0,0201411$) и 12 месяцев после РД ($R=0,289430$, $P=0,030496$).

Заключение:

Кардиопротективный эффект РД является стойким, продолжает нарастать к 12 месяцам наблюдения и зависит от исходных значений САД. Проведение МРТ сердца с контрастированием является более чувствительным методом, отражающим органопротективную эффективность РД.

ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕНИЕМ ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Розыходжаева Г.А., Хушвактова З.С.

Центральная клиническая больница №1 МСО,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучение взаимосвязи уровня артериального давления (АД) с толщиной комплекса интима – медиа (ТКИМ) у детей школьного возраста в зависимости от возрастного индекса массы тела (ВИМТ)

Материал и методы:

Обследовано 43 условно здоровых детей 7-17 лет (в среднем 13,7 лет). На основе ВИМТ нами выделено 2 группы детей: 1) с избыточным весом (выше 90-й процентиля ВИМТ) – 21 детей (основная группа- ОГ); 2) с нормальным весом (с нормальным ВИМТ) – 23 детей (контрольная группа-КГ). Соотношение мальчиков и девочек в исследуемых группах было примерно одинаковым. Проведено цветное дуплексное сканирование (ЦДС) брахиоцефальных артерий по стандартной методике на ультразвуковом сканере «Mindray DR 6900», с использованием мультисекторного линейного датчика 7,0-11,0 МГц. Измерялась ТКИМ по дальней стенке на трех уровнях: 1) ОСА- на 1 см проксимальнее каротидной бифуркации (КБ), 2) КБ, 3) ВСА- на 1 см дистальнее КБ. Перед началом проведения ЦДС трижды измеряли АД после 5-х минутного отдыха в положении сидя. Использовали манжеты с пневматической камерой, соответствующей окружности плеча с учетом возраста (8-9 лет-9 см, 10-13 лет - 10 см, 14-17 лет - 13 см). Манжету накладывали последовательно на обе руки с охватом не менее 40 % окружности и не менее 80 % длины плеча; нижний край манжеты - на 2,5 см выше локтевой ямки. В анализ включались среднее от трех измерений с каждой стороны.

Результаты:

Значения ТКИМ у девочек и мальчиков ОГ достоверно не отличались и составили соотв. $0,54 \pm 0,11$ мм и $0,54 \pm 0,08$ мм ($p > 0,05$), в то время как в КГ значения ТКИМ, измеренные на уровне ОСА у мальчиков были несколько выше, чем у девочек $0,45 \pm 0,06$ и $0,53 \pm 0,09$ мм ($p < 0,05$). Однако по сравнению с детьми КГ, у детей ОГ отмечались изменения сосудистой стенки, проявляющиеся более высокими значениями ТКИМ (в среднем $0,50$ мм против $0,39$ мм, соответственно) ($p < 0,05$). В ОГ уровень САД был несколько выше, чем в КГ (127 ± 27 мм рт ст и 111 ± 13 мм рт ст, $p < 0,05$), а уровень ДАД 74 ± 13 и 67 ± 17 мм рт ст достоверно не отличался. Корреляционный анализ показал положительную корреляционную связь ТКИМ ОСА с уровнем САД ($r=0,65$, $p < 0,001$).

Заключение:

У детей с повышенным ВИМТ выявлены более высокими значениями ТКИМ по сравнению с детьми, имеющими нормальный вес. Эти изменения положительно коррелируют с уровнем систолического АД, что следует учитывать при оценке индивидуального сердечно-сосудистого риска при ожирении в детском возрасте.

ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаев Ш.С., Мирзаева Б.М.,
Шарапов О.Н., Турсунбоев Р.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение (цели/ задачи):

Определить возможную связь между состоянием митрального клапана сердца и дисфункцией почек у больных с хронической сердечной недостаточностью в исходе ИБС и гипертонической болезни.

Материал и методы:

В исследование были включены 52 больных с хронической сердечной недостаточностью (29 мужчин и 23 женщин, средний возраст $56,9 \pm 8,1$ лет). Диагноз ХСН устанавливали на основании Российских рекомендаций ВНОК и ОССН третьего пересмотра по диагностике и лечению ХСН (2009). Клубочковую фильтрацию рассчитывали, основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле MDRD. В зависимости от скорости клубочковой фильтрации больные ХСН были разделены на две группы. В первую группу отбирали больных со СКФ больше 60 мл/мин/1,73м², во вторую – больных с СКФ меньше 60 мл/мин/1,73м². Эхогеометрические и функциональные параметры сердца исследовали методом эхокардиографии по общепринятой методике. Результаты обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента для несвязанных переменных.

Результаты:

Как следует из результатов нашего исследования, средняя СКФ в обеих группах больных составила $69,1 \pm 9,6$ мл/мин/1,73м². При этом у 18 больных (1/3 часть обследованных) СКФ оказалась ниже 60 мл/мин/1,73м², у 34 больных СКФ была соответственно выше 60 мл/мин/1,73м². У 27 больных (больше половины обследованных) было обнаружено изменение эхогеометрии митрального клапана. Митральная регургитация в большинстве случаев была умеренно выраженной, встречалась митральная регургитация I и II степени. Оказалось, что у больных второй группы митральная регургитация встречалась

чаще, чем у больных второй группы (соответственно 11 из 28 больных первой группы и 13 из 24 больных второй группы). Таким образом, снижение СКФ меньше 60 мл/мин/1,73м² у больных с ХСН наблюдалось почти у каждого третьего больного, и представляется важным измерение скорости клубочковой фильтрации у больных с ХСН. Отклонение эхогеометрических параметров митрального клапана от нормальных значений встречалось в два раза чаще у больных ХСН с более низкой скоростью клубочковой фильтрации.

Заключение:

Выявление митральной регургитации методом ЭхоКГ, представляется доступным и, в то же время, информативным методом прогнозирования прогрессирования дисфункции почек у больных с ХСН.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаев Ш.С., Мирзаева Б.М.,
Шарапов О.Н., Турсунбоев Р.С.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Введение (цели/ задачи):

Определение возможной связи между состоянием изменения левого желудочка сердца и дисфункцией почек у больных с ХСН в исходе гипертонической болезни.

Материал и методы:

В исследование включены 67 больных с ХСН (38 мужчин и 29 женщин, средний возраст 62,7±4,3года) диагноз устанавливали на основании Российских рекомендации ВНОК и ОССН 3-го пересмотра по диагностике и лечению ХСН (2009г). Клубочковую фильтрацию рассчитывали основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле MDRD. В зависимости от СКФ больные с ХСН были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с СКФ больше 60мл/мин 1,73м²с во вторую больных с СКФ мене 60 мл/мин 1,73м². Эхогеометрические и функциональные параметры сердца исследовали методом Эхокардиографию и ЭКГ. Результаты обработаны статически с использованием критерия t Стьюдента для несвязанных переменных.

Результаты:

Как следуют из результатов нашего исследования средняя СКФ у больных обеих групп составила 66,8±10,4мл/мин 1,73 м². При этом у 28 (41,7%) больных СКФ оказалось ниже 60 мл/мин/1,73м². У больных 39 (58,2%) выше 60 мл/мин 1,73м². У 30 (44,7%) больных обнаружена гипертрофия левого желудочка, у 19 (28,3%) больных обнаружена дистрофические изменения миокарда и у 18 (26,8%) больных обнаружена метаболическая изменения в миокарде. Оказалось что у больных второй группы ИБС встречалось чаще, чем у больных первой группы.

Заключение:

Наличие ишемической болезни сердца у больных с ХСН ассоциировано со снижением функционального состояния почек угрожаемые по развитию снижения СКФ. Обратимость основных проявлений ХСН у больных почечной кардиопатией подчеркивает необходимость своевременного выявления и адекватной коррекции факторов риска кардиальных осложнений использование критериев тяжести почечной кардиопатии целесообразно в оценке адекватности лечения ХБП.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Смирнова И.Н., Бредихина Е.Ю.

ФГБУ СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ФМБА

Введение (цели/ задачи):

Цель: разработать систему оценки качества медицинской реабилитации больных артериальной гипертонией путем определения интегрального показателя здоровья.

Материал и методы:

Проведен интегральный анализ уровня здоровья и его динамики в процессе комплексного лечения у 432 больных артериальной гипертонией (АГ) в условиях клиники НИИ курортологии и физиотерапии. Пациенты получали реабилитационный комплекс, включающий лечение природными и преформированными физическими факторами на фоне базисной комбинированной медикаментозной терапии (и-АПФ и диуретики). Оценивали динамику основных клинических, лабораторных и функциональных показателей, характеризующих течение ГБ: тип реакции адаптации и уровень реактивности по Л.Х. Гаркави, показатели свертывающей системы крови, перекисного окисления липидов и липидного спектра, данные эхокардиографии, СМАД, ЭКГ и эргоспирометрии. Оценку психологического статуса осуществляли по результатам анкет SF-36, HADS и MFI-20.

Результаты:

Выбор критериев оценки здоровья осуществлялся в несколько этапов. На первом этапе проведена экспертная оценка эффективности лечения 290 пациентов с АГ на основании анализа клинических, лабораторных и функциональных исследований. Второй этап заключался в проведении корреляционного анализа между эффективностью, полученной путем экспертной оценки, и динамикой показателей лабораторно-функциональных исследований. В результате информативными оказались 27 параметров. На третьем этапе проводилось ранжирование изучаемых признаков по шкале Харрингтона и определение суммарного отклонения от оптимума. Далее производился расчет интегрального показателя здоровья (ИЗ). Оценка эффекта лечения определялась как разность значений ИЗ до и после курса лечения. Градации изменения ИЗ определены с учетом экспертной оценки эффективности: уменьшение ИЗ расценивалось как ухудшение, прирост ИЗ до 5% – без перемен, прирост на 5-10% – незначительное улучшение, прирост на 10-15% – улучшение, более 15% - значительное улучшение.

Заключение:

На основе данного подхода разработана автоматизированная система оценки уровня здоровья и эффективности лечения, позволяющая провести стандартизованную сравнительную оценку эффективности различных методов лечения у больных АГ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРА ГМГ-КОА РЕДУКТАЗЫ АТОРВАСТАТИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ДМИТРИЕВ А.И., МАКСИМОВ М.Л.,
ЕРМОЛАЕВА А.С., ДРАЛОВА О.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Оценка эффективности комбинированной терапии дислипидемической гипертензией с использованием ингибитора ГМГ-КоА редуктазы аторвастатина и ИАПФ эналаприла.

Материал и методы:

В исследование были включены 23 больных (13 женщин и 10 мужчины) в возрасте от 37 до 59 лет с артериальной гипертензией I-II степени, 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых событий по таблице SCORE в пределах 5-9,9%. Обследованные больные подразделены на две рандомизированные группы: №1 – (12 человек), получавшую терапию эналаприлом (Энап, КРКА, Словения) 10 мг в сутки и индапамидом (Ретапресс, Ранбакс Лтд Индия) 1,5 мг в сутки, и №2 (11 человек) получали эналаприл (Энап, КРКА, Словения) 10 мг в сутки, индапамид (Ретапресс, Ранбакс Лтд Индия) 1,5 мг в сутки и аторвастатин (Аторис, КРКА, Словения) 10 мг в сутки. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на системе MEDIALOG PRIMA-OSCAR 2 (Ан-глия). Биохимическое исследование крови (альбумин, креатинин, глюкоза, калий, холе-стерин, триглицериды, ЛПВП) проводилось по стандартным методикам.

Результаты:

Проводимое лечение сопровождалось достоверным снижением индекса SCORE в обеих группах, но его степень снижения была достоверно более выраженной в группе комбинированного лечения с аторвастатином с 6,29% до 3,67%, против 5,98% до 4,53% в группе получавшей только эналаприл и индапамид.

Заключение:

Комбинированная терапия пациентов с дислипидемической гипертензией с использованием ИАПФ и статина способна значительно снижать ССР. При равном антигипертензивном действии комбинация эналаприла с аторвастатином была эффективнее терапии эналаприлом в плане снижения риска основных ССО.

ИСХОДЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Бичан Н.А., Рублевская А.С., Кузнецова Г.С.

ГБОУДПО Новокузнецкий ГИУВ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить отдаленные исходы впервые выявленной АГ у беременных.

Материал и методы:

Осуществлено двухгодичное наблюдение за 76 женщинами, у которых во время беременности было впервые выявлено повышение АД. Срок беременности при включении в исследование от 6 до 28 нед. (15,6±7,1). Средний возраст женщин 27,2±4,3 года. В исследование не включались женщины с симптоматическими АГ и преэклампсией.

Результаты:

При включении в исследование среднее САД составило 144,4±8,2 мм рт.ст., ср ДАД – 90,3±6,0 мм рт.ст., при СМАД

ср САД составило 123,4±8,8 мм рт.ст., ср ДАД – 76,4±12,6 мм рт. ст. После тщательного обследования во время беременности 56 (73,3%) женщинам установлен диагноз вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД), 20 (26,3%) - гипертонической болезни (ГБ). У 9,6% женщин беременность протекала с осложнениями в виде угрозы выкидыша (у 4), у 2 замершие беременности в малые сроки и у 1 внутриутробная гибель плода в 20 нед. Осложнение беременности отеками, высоким АД и преэклампсией отмечено у 30,3% женщин. У 17,1% беременных родоразрешение осуществлено кесаревым сечением, при этом у 30,8% досрочно из-за высокого АД или развития преэклампсии. После родов осуществлялось диспансерное наблюдение за женщинами через 1-3-6-12 и 24 мес. после родов. После родов гипотензивная терапия в роддоме была продолжена у 60% женщин. В первые 6 мес. после родов, во время кормления грудью, только 2 (2,6%) женщины продолжили гипотензивную терапию. Остальные женщины прекратили гипотензивную терапию, ссылаясь на нормальные цифры АД. При 2-х годичном наблюдении у 58% женщин отмечались нормальные цифры АД без гипотензивной терапии, у 23% наблюдалось периодическое повышение АД ≥140/90 мм рт. ст. Только у 19% женщин отмечалось стойкое повышение АД выше целевых значений и им была возобновлена гипотензивная терапия. После повторного комплексного обследования через 2 года диагноз ВСД оставлен 59,2% женщин, при этом пациенток с ГБ увеличилось до 40,8%. Повторная беременность в течение 2-х лет наступила у 22 (28,0%) женщин. При повторной беременности у всех женщин отмечено повышение АД с малых сроков, что потребовало повторного обследования и добавление гипотензивной терапии.

Заключение:

Артериальная гипертензия, впервые возникшая во время беременности, через 2 года в 40,8 % случаев трансформируется в гипертоническую болезнь. У 23% женщин АД остается на уровне нормально высокого.

ИШЕМИЯ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Коробко И.Ю., Русских И.И.,
Нечесова Т.А., Черняк С.В., Горбат Т.В.

Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Цель: Изучить связь между показателями суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и ишемией мозга у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА).

Материал и методы:

Обследовано 80 пациентов с АГ I-III ст. Основную группу составили пациенты с АГ, перенесшие ТИА, в сроки от 1 до 6 месяцев. Средний возраст пациентов – 59,0±1,52 лет. В контрольную группу вошли пациенты с неосложненной АГ. Средний возраст – 57,3±2,5 лет. Определение уровня NR2 антител к NMDA рецепторам глутамата проводилось по методике, предложенной Дамбиновой С.А. и соавтр. СМАД проводилось с использованием общепринятых показателей.

Результаты:

При сравнительном анализе пациентов основной и контрольной группы выявлена достоверная разница по уровню NR2 антител. В основной группе уровень NR2 антител составил $3,03 \pm 0,4$ нг/мл, а в контрольной – $1,79 \pm 0,06$ нг/мл ($p < 0,05$). По показателям офисного артериального давления (АД) пациенты основной группы достоверно не отличались от пациентов контрольной группы. По данным СМАД при оценке суточного индекса выявлено, что в основной группе пациенты с недостаточным снижением систолического АД составили 33%, а в контрольной группе 38%. В то время как пациенты основной группы с недостаточным снижением диастолического АД составили 32%, а в контрольной группе – 19%. Пациенты с ночной гипертензией присутствовали только в основной группе и составили 8% по систолическому АД и 3% по диастолическому АД.

Заключение:

У пациентов с АГ, перенесших ТИА, ишемия мозга сохраняется на протяжении 6 месяцев. Это может способствовать нарушению циркадного ритма у данной категории пациентов

К ВОПРОСУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЦИИ У ДЕТЕЙ

Игишева Л.Н., Цой Е.Г., Цуканова А.В.,
Шмулевич С.А., Воздева А.В.

НИИ КПССЗ СО РАМН, г. Кемерово

Введение (цели/ задачи):

Изучение эффективности медикаментозной антигипертензивной терапии у детей с первичной АГ (артериальной гипертензией)

Материал и методы:

Изучены 64 пациента (12-16 лет) с первичной АГ педиатрического отделения МУЗ МДКБ № 5 г. Кемерово и Отделения детской кардиологии Кузбасского кардиологического центра. Оценка вегетативного статуса осуществлялась с помощью кардиоинтервалографии (КИГ), были проведены ЭКГ, СМАД, ЭХО-кардиография.

Результаты:

В наблюдаемой группе доминировали лица мужского пола (78,3%), треть детей имели 2 степень (тяжелую) АГ. У 44% детей преобладала в вегетативной регуляции симпатическая составляющая, 23% имели ваготонию. Только пятая часть больных с АГ получали гипотензивную терапию ранее. При 1 степени АГ и давности заболевания менее года, назначение одного гипотиазида было достаточным и позволило в короткий срок достигнуть целевого АД. В 27% случаев стойкой нормализации артериального давления не достигнуто. В этой группе в основном были дети до 14 лет, с тенденцией к тахикардии, преимущественно с диастолической АГ. Только четверть из них получали лечение до госпитализации. У пациентов с нормальной массой тела, умеренным повышением САД и ДАД, доминированием в регуляции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы была эффективна терапия одними ингибиторами АПФ. Все пациенты группы, у которых целевое АД было достигнуто комбинацией гипотиазида и эналаприла, имели вторую степень АГ, симпатикотонию и с избыточным вегетативным обеспечением. Пациенты, ответившие на бета-блокаторы, имели самое высокое среднее значение САД и ЧСС в дебюте ($168,6$ мм рт. ст. и $82,4$) и избыточное вегетативное обеспечение.

Заключение:

Терапия тяжелой АГ у детей в большинстве случаев требует назначения комбинации гипотензивных препаратов. В педиатрической практике не достаточно назначаются бета-адреноблока-

торы. Особенности вегетативного гомеостаза у пациентов с АГ обуславливают неодинаковый ответ на антигипертензивную терапию, это необходимо учитывать при выборе фармпрепарата.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЦИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гринштейн Ю.И., Андина Л.А., Суховольский В.Г.,
Ковалев А.В., Гринштейн И.Ю.

ИПО Красноярского медицинского университета

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности диэлектрических параметров крови у пациентов с признаками острой ишемии миокарда и сопутствующей артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследованы 40 пациентов с нестабильной стенокардией, отрицательными маркерами некроза миокарда, имеющих по ЭКГ изменения ишемического характера, у 36 из них была артериальная гипертензия, причем у 12 пациентов с исходной депрессией сегмента ST. Группа сравнения – 22 пациента с изолированной артериальной гипертензией. Контрольная группа состояла из 30 доноров. При поступлении для всех пациентов в качестве дополнительного способа диагностики ишемии миокарда использовался метод диэлектрической Фурье-спектроскопии крови (Патент на изобретение № 2482488 от 20.05.2013). В основе метода лежит принцип изменения диэлектрических характеристик клеточных элементов крови в условиях остро возникшей ишемии миокарда. Ишемия миокарда диагностировалась, если значения одного из параметров r_0 , x_0 , y_0 импеданс-годографа образца крови выходили за пределы нормы.

Результаты:

У 33 из 40 пациентов с нестабильной стенокардией и артериальной гипертензией с признаками гипертрофии левого желудочка диэлектрические показатели крови были изменены по сравнению с контролем в первые часы приступа стенокардии. У 17 из 33 пациентов (51 %) была проведена коронароангиография, которая выявила гемодинамически значимые изменения сосудов сердца, подтверждая ишемический характер депрессии сегмента ST. У 7 (18%) пациентов, не отличающихся от нормы по диэлектрическим показателям крови, отмечалась артериальная гипертензия с признаками гипертрофии левого желудочка. Очевидно, что у этих пациентов боль в сердце обусловлена кардиалгией иного генеза, в частности, повышенным артериальным давлением, что подтверждено результатами коронарографии. Микроваскулярная стенокардия исключена при проведении велоэргометрии. Пациенты с не ишемической депрессией сегмента ST существенно не отличались от пациентов с изолированной артериальной гипертензией с гипертрофией левого желудочка и от нормы по диэлектрическим показателям, в то же время имели достоверные отличия от пациентов с нестабильной стенокардией и депрессией сегмента ST ишемического генеза.

Заключение:

Изменения диэлектрических параметров крови позволяют убедительно подтвердить острую ишемию миокарда при наличии депрессии сегмента ST обусловленной гипертрофией левого желудочка.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Быкова И.С., Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л., Калаева В.В., Кашталап В.В., Зыков М.В., Каретникова В.Н.

НИИ КПССЗ, ГБОУ ВПО КемГМА г. Кемерово

Введение (цели/ задачи):

В течение последних десятилетий проведение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в значительной степени способствовало снижению смертности среди пациентов с инфарктом миокарда (ИМ). Однако широкое использование рентген-контрастных веществ вызвало появление нового фактора, способствующего ухудшению прогноза пациентов с ИМ за счет риска развития острой почечной недостаточности и получившего название «контраст-индуцированная нефропатия» (КИН). Целью настоящего исследования явилось выявление клинико-лабораторных предикторов развития контраст-индуцированной нефропатии и ее связи с развитием повторных сердечно-сосудистых событий в госпитальном периоде ИМ.

Материал и методы:

В настоящее исследование было включено 180 пациентов, госпитализированных в Кемеровский кардиологический диспансер по поводу ИМ с подъемом сегмента ST давностью до 24 часов от начала заболевания в период с января по декабрь 2008 года. Всем пациентам выполнено первичное ЧКВ инфарктзависимой артерии. При поступлении и на 5-7 сутки заболевания определялся уровень креатинина крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI, а также уровни ранних предикторов почечной дисфункции - липокалина-2 (NGAL) и цистатина С методом иммуноферментного анализа. Диагноз КИН устанавливался на основании динамики уровня сывороточного креатинина (повышение его на 25% от исходного уровня на 5-7 сутки ИМ).

Результаты:

Частота КИН на 5-7 сутки после первичного ЧКВ составила 9,4% (17 из 180) у пациентов с ИМ. Определено, что основными клинико-anamnestическими факторами, ассоциированными с развитием КИН явились: курение в анамнезе (64,7%, $p=0,027$), наличие хронической болезни почек в анамнезе (70,6%, $p=0,034$), а также класс острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip II-IV (35,3%, $p=0,03$). По исходному функциональному состоянию почек, оцененному по величине СКФ при поступлении, группы пациентов с КИН и без таковой значимо не различались ($p>0,05$). Однако было определено, что в группе пациентов с развитием КИН при поступлении уровни NGAL и цистатина С были значимо выше по сравнению с группой пациентов, у которых критерии КИН не были выявлены (1,7 (1,41-2,63) нг/мл и 1,64 (1,31-1,94) мг/л против 1,28 (0,3-1,91) нг/мл и 0,98 (0,61-1,21) мг/л соответственно, $p<0,05$). Далее выявлено, что развитие КИН ассоциировалось с неблагоприятным течением госпитального периода ИМ. Так, среди пациентов с ИМ и КИН развитие рецидива ИМ выявлено в 17,6% случаев, клиники ранней постинфарктной стенокардии – у 41,2% больных, летального исхода – в 11,8% случаев ($p<0,05$). При этом коэффициент корреляции (r) КИН и развития рецидива ИМ составил 0,23 ($p<0,001$), r КИН и развития клиники ранней постинфарктной стенокардии – 0,27 ($p<0,001$), r КИН и развития летального исхода – 0,18 ($p<0,001$). Также было выявлено, что у пациентов с КИН госпитальная летальность была ассоциирована с уровнем NGAL, определенного при поступле-

нии: 2,35 (2,02-2,72) нг/мл у больных с благоприятным ранним прогнозом и 3,13 (2,27-4,21) нг/мл у пациентов с летальным исходом в течение госпитализации.

Заключение:

Выявлено, что КИН встречается более чем в 9% случаев при ИМ с подъемом сегмента ST, определены факторы, которые ассоциированы с развитием КИН в госпитальном периоде ИМ – курение, хроническая болезнь почек в анамнезе и тяжесть острой сердечной недостаточности при поступлении в стационар, а также исходно высокие значения ранних маркеров почечной дисфункции – липокалина и цистатина С. Выявлена связь КИН и неблагоприятного раннего прогноза ИМ.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Миляя Н.О., Белякова Н.А., Лясникова М.Б.

Тверская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить клинико-метаболические особенности женщин с артериальной гипертензией (АГ) и алиментарно-конституциональным ожирением.

Материал и методы:

Обследована 131 женщина в возрасте от 20 до 58 лет. В зависимости от наличия АГ были сформированы 2 группы. В 1-ю вошла 71 женщина с нормальным артериальным давлением (АД) (средний возраст 37,4±7,91 лет, среднее значение АД систолического 114±12,36 мм рт.ст., диастолического 76,1±7,50 мм рт.ст.), во 2-ю – 60 женщин с АГ (40,3±10,52 лет; 139,5±12,83 мм рт.ст. и 88,8±8,67). Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя: объективный осмотр с измерением АД и антропометрией: масса тела, рост, с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), отношение ОТ к ОБ (ОТ/ОБ). При лабораторном исследовании оценивались следующие показатели: холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), гликемия, инсулин плазмы, с расчетом индекса инсулинорезистентности (ИР) НОМА. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты:

Оценка антропометрических показателей выявила более высокий ИМТ у пациенток с артериальной гипертензией (37,4±6,49 кг/м² против 32,5±5,75 кг/м² в 1-й группе; $p<0,001$). У обследованных 1-й группы чаще выявлялась избыточная масса тела (38% в 1-й группе против 11,7% во 2-й, $\chi^2=10,42$; $p<0,005$), в то время как во 2-й группе чаще встречались женщины с III степенью ожирения (36,6% во 2-й группе против 12,7% в 1-й, $\chi^2=9,07$; $p<0,005$). ОТ так же был больше у пациенток 2-й группы (106,5±13,45 см против 96,1±13,34 см в 1-й; $p<0,002$). Показатель ОТ/ОБ был выше у больных с АГ (0,85±0,06 против 0,81±0,06 в 1-й; $p<0,001$). Было выявлено, что в группе женщин с АГ превалировал абдоминальный тип распределения жировой клетчатки (52,5% против 28,2% в 1-й группе, $\chi^2=7,06$; $p<0,01$). Изучение метаболических параметров обнаружило достоверные различия в группах по уровню ТГ (соответственно 1,2±0,60 и 1,6±1,38 ммоль/л; $p<0,05$), гликемии (5,1±0,57 в 1-й группе и 5,4±0,72 ммоль/л во 2-й; $p<0,002$), инсулина (11,6±5,69 в 1-й и 15,4±8,93 ммоль/л во 2-й группе; $p<0,005$) и ИР (соответственно 2,6±1,41 и 3,8±2,60 мкЕД/мл; $p<0,005$).

Заключение:

Таким образом, АГ у женщин с алиментарно-конституциональ-

ным ожирением и избыточной массой тела сопровождается более высоким индексом массы тела, преобладанием абдоминального типа распределения жировой клетчатки, а так же повышенными уровнями триглицеридов, гликемии, инсулина и наличием инсулинорезистентности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЖЕСТКОСТИ КРУПНЫХ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Назарова О.А., Назарова А.В., Рачкова С.А.

ИВАНОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Согласно современным представлениям о патогенезе гипертонической болезни (ГБ), сосуды рассматриваются в качестве одного из органов-мишеней. Взаимосвязь микроциркуляторных расстройств и нарушений эластичности сосудистой стенки может дать дополнительную информацию для выбора терапевтической стратегии при данном заболевании. Цель исследования: оценить клиническое значение оценки скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) во взаимосвязи с микроциркуляторными нарушениями у пациентов с ГБ.

Материал и методы:

Обследовано 80 пациентов с ГБ II, средний возраст 52,9±8,7 лет. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых лиц. Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии, определение СРПВ на каротидно-фemorальном участке проводили с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр-12» («Нейрософт», Россия).

Результаты:

У обследованных больных СРПВ составила - 9,2±0,2 м/с. При оценке интегральных показателей базального кровотока в микроциркуляторном русле (МЦР) выявлено снижение показателя микроциркуляции (2,5±0,14 перф.ед., в контроле - 3,38±0,14 перф.ед., p<0,05), индекса эффективности микроциркуляции (1,32±0,12 у.е., в контроле - 1,95±0,1 у.е., p<0,05), повышение внутрисосудистого сопротивления МЦР. Застойно-стазические изменения микроциркуляции наблюдалось у больных с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), а также у лиц с повышением СРПВ 9 м/с. Полученные взаимосвязи позволяют рекомендовать исследование микроциркуляции прежде всего больным ГБ с ГЛЖ и/или СРПВ более 9 м/сек, что позволяет выделить группу пациентов с клинически значимыми нарушениями микроциркуляции, которым показано назначение антигипертензивных препаратов с улучшенным профилем воздействия на параметры тканевой перфузии для коррекции выявленных нарушений. В ходе динамического наблюдения обследованных пациентов с ГБ наблюдалось достоверное снижение СРПВ на фоне лечения комбинацией периндоприла и индапамида, параллельно с уменьшением выраженности признаков сердечно-сосудистого ремоделирования и улучшением параметров микроциркуляции.

Заключение:

Выявленная взаимосвязь микроциркуляторных нарушений с повышением жесткости сосудистой стенки и наличием гипертрофии левого желудочка при ГБ, с одной стороны, отражает малоизвестные патогенетические механизмы данного заболевания, а с другой - позволяет дифференцированно подходить к выбору антигипертензивной терапии при наличии у пациентов подобных нарушений.

КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ И КОАРКТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдулгасанов Р.А., Борисова А.Р.,
Абдулгасанова М.Р., Арбузова Л.В.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявить коарктации аорты, коарктационного синдрома (врожденной гипоплазии, стенозирующего неспецифического аортоартериита торакоабдоминальной аорты, расслаивающей аневризмы аорты) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) - гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

С 1986 по 2014 г. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 1200 больных в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты:

Коарктация аорты была выявлена у 30 (2,5%) пациентов. У 16 (53,3%) больных в возрасте от 20 до 60 лет коарктация аорты осложнилась аневризмой грудной аорты из-за длительной АГ, которая не была диагностирована в течение многих лет. Коррекция коарктации и аневризмы аорты привела к нормотензии лишь у 4 (25%) больных. Коарктационный синдром со стенозом аорты, ее ветвей из-за неспецифического аорто артериита и врожденной гипоплазии был выявлен у 12 (1,0%) пациентов с длительностью АГ более 10 лет. Все больные были оперированы. Устранение коарктационного синдрома сопровождалось нормотензией только у 6 (50%) больных. Расслаивающая аневризма аорты была обнаружена у 10 (0,8%) пациентов. Из 10 операбельными оказались только 4 (40,0%) больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение:

Объем медицинской помощи больным с АГ в России неудовлетворительный и частота ЭАГ (гипертонической болезни) в структуре АГ гораздо меньше (29%), чем упоминается в литературе (около 70-80 %). При всестороннем обследовании больных в специализированных клиниках с ЭАГ (ГБ) у 71,0 % удается выяснить причину АГ.

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ларина В.Н., Рунихина Н.К., Барт Б.Я.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва

Введение (цели/ задачи):

Важнейшим фактором риска формирования когнитивных расстройств являются заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности артериальная гипертензия (АГ). Помимо повышенного артериального давления факторами риска когнитивных нарушений выступают атеросклероз мозговых артерий, курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, избыточный вес, род занятий и женский пол. Когнитивные расстройства являются не только показателем общего неблагополучия, но и могут свидетельствовать о неблагоприятном течении заболевания. Цель. Оценка факторов связанных с прогрессированием когнитивных расстройств у женщин с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

В открытом проспективном исследовании приняли участие 55 женщины с АГ 1-3 степени, I-III стадии, в возрасте $69 \pm 9,5$ лет. Всем женщинам проводилось лабораторное исследование, ЭКГ, ЭхоКГ. Психоэмоциональный статус оценивался с помощью опросника Mini-mental State Examination (MMSE). Пациентки получали терапию в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению АГ. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0.

Результаты:

Изменение когнитивного статуса по данным опросника MMSE было выявлено у 33 (60%) женщин с АГ. Лёгкие когнитивные нарушения регистрировались у 21,8%, умеренные - у 12,7%, деменция - у 25,5% женщин. Ухудшение когнитивного статуса по данным однофакторного регрессионного анализа ассоциировалось с увеличенными конечно-диастолическим размером ЛЖ ($p=0,019$, ОШ 6,89, 95% ДИ 1,37-34,65), конечно-систолическим размером ЛЖ ($p=0,047$, ОШ 3,21, 95% ДИ 1,02-10,11), размером левого предсердия ($p=0,020$, ОШ 15,20, 95% ДИ 1,52-15,24), наличием микроальбуминурии ($p=0,041$, ОШ 11,14, 95% ДИ 1,11-12,0), что подтверждает наличие связи между поражением головного мозга с нарушением когнитивного статуса при АГ с повреждением таких органов-мишеней, как сердца и почек.

Заключение:

Изменение когнитивного статуса имело у 60% женщин с АГ, несмотря на адекватно проводимую гипотензивную терапию. Своевременное выявление когнитивных расстройств должно быть неотъемлемым компонентом комплексного подхода к ведению пациенток старшей возрастной группы с АГ с целью профилактики деменции и улучшения их качества жизни.

КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК В МИОКАРДЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

Старостин И.В., Карпов Ю.А., Талицкий К.А.,
Булкина О.С., Самко А.Н.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Изучение связи между состоянием коллатерального кровотока и артериальной гипертензией (АГ) у больных хронической ИБС

Материал и методы:

В когортное исследование поперечного типа были последовательно набраны 603 больных хронической ИБС. По коронароангиографии оценивали состояние коронарного русла и проводили оценку коллатерального кровотока по модифицированному методу Рентропа. Данные по АГ получены из историй болезни. Выделено 4 группы в зависимости от анамнестических данных о динамике артериального давления (АД) в последний месяц до госпитализации: 1) больные со стойкой нормотонией без транзиторной вариабельности АД, 2) больные без диагноза АГ с высоко вариабельным АД (известные колебания САД ≥ 20 мм рт. ст. или ДАД ≥ 10 мм рт. ст.), 3) больные АГ без выраженной вариабельности АД, 4) больные АГ с выраженной вариабельностью АД. Независимый характер связей проверяли в многофакторных моделях, учитывающих ряд ключевых ангиографических и клинических параметров. За уровень статистической значимости в тестах Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса принято $p < 0,05$, в многофакторном анализе (упорядоченная логит-регрессия) – $p < 0,1$.

Результаты:

АГ не страдали 74 больных (12.3%), она имела у 529 больных (87.7%). В группе 1 было 74 пациента (12.3%), 2 – 251, 41.6%, 3 – 11, 1.8% и в 4 группе – 267 больных, 44.8%. Различий в коллатеральном кровотоке в зависимости от АГ, а также в зависимости от динамики АД по данным однофакторного анализа не выявлено. В многофакторном анализе установлено, что выраженная вариабельность цифр АД (группы 2 и 4) ассоциирована с худшим состоянием коллатерального кровотока (ОШ = 0.5, $p = 0.01$).

Заключение:

Состояние коллатерального кровотока хуже при наличии выраженной вариабельности АД в анамнезе (ОШ = 0.5/)

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ПЕШЕХОНОВА Л.К., КРАСЮКОВ П.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница
на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Рациональный выбор нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) наиболее оптимально переносимый у пациентов, страдающих артериальной гипертензией при остеоартрозе.

Материал и методы:

В трех группах наблюдения мониторировалось клиническое состояние с учетом эффективности и переносимости НПВП на фоне приема хондропротекторов. Больные ($n=60$), 23 мужчины и 37 женщин, были разделены на три равные группы, средний возраст составлял $52,86 \pm 1,34$, рентгенографическая стадия гонартроза 2 или 3 по Келлгрэну-Лоуренсу с наличием синовитов и энтезопатий. Помимо хондроитина сульфата в комбинации с глюкозамин сульфатом (1, контрольная группа), назначались диклофенак натрия 50мг 2 раза в день (2 группа) и диклофенак калия 50мг 2 раза в день (3 группа).

Результаты:

Оценивая эффективность терапии остеоартроза отмечаем, положительную динамику боли по ВАШ (визуально-аналоговой шкале) в покое и при ходьбе, а также по шкале Лекена в баллах, коррекцию степени функциональной недостаточности, статистически достоверно не отличающихся в группах наблюдения. Переносимость комплексной терапии в 3 группе была удовлетворительной, сопоставимой с контрольной, соответственно $1,86 \pm 0,17$ и $1,73 \pm 0,19$ нежелательных побочных эффектов в виде нестабильных параметров артериального давления (АД). Во второй группе наблюдения переносимость была достоверно хуже, побочные эффекты в виде подъема АД составляли $4,56 \pm 1,2$.

Заключение:

Комбинированная терапия остеоартроза у больных, страдающих артериальной гипертензией, должна проводиться с учетом переносимости НПВП, способных провоцировать нестабильное течение гипертонической болезни. Предпочтение следует отдавать диклофенаку калия (Аэрталу), существенно не влияющему на цифры АД.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Конюх Е.А.

УО «Гродненский государственный
медицинский университет»**Введение (цели/ задачи):**

По современным представлениям, ведущими немимунными факторами развития и прогрессирования гломерулярной патологии являются гипоксические состояния, артериальная гипертензия, нарушения почечной гемодинамики. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при остром и хроническом течении гломерулонефрита (ГН) выступают предикторами неблагоприятного, а в некоторых случаях – летального, исхода заболевания. Цель исследования: изучить динамику изменения артериального давления на фоне терапии гломерулонефрита у детей.

Материал и методы:

В исследование включено 78 детей с ГН, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=41) – дети с острым гломерулонефритом (ОГН), возраст – 13,9 (11,8–15,4) лет. Подгруппа 2 (n=37) – пациенты с хроническим гломерулонефритом (ХГН), из которых 1 ребенок – в терминальной стадии ХПН. Возраст – 14,1 (11,3–15,6) лет.

Результаты:

Жалобы на головную боль и повышение артериального давления (АД) чаще встречались у пациентов с острым течением заболевания ($\chi^2=11,04$, $p=0,0009$). Так, в подгруппе 1 у детей с нефритическим синдромом (24 человека (58,5%)) и в подгруппе 2 у 4 детей (10,8%) со смешанной и у 2 (4,8%) с нефротической формами ГН отмечалось повышение АД. Для коррекции гипертензии пациенты получали эналаприл из расчета 0,1–0,5 мг/кг/сут. В качестве симптоматической терапии при отечном синдроме 3-м пациентам с ХГН и 5-ти детям с ОГН был назначен фуросемид в дозе 1 мг/кг/сут. За время пребывания в стационаре отмечена положительная динамика гипертензионного синдрома ($p=0,007$): практически все пациенты указывали на улучшение самочувствия, что было подтверждено данными мониторинга АД в течение суток. Однако у 2 пациентов с ХГН на фоне проводимого лечения отмечалось повышение АД, при этом жалоб дети не предъявляли. В обоих случаях при морфологическом исследовании биоптата почечной ткани отмечались склеротические изменения. Пациенты получали комбинированную терапию: ИАПФ+ β -адреноблокатор.

Заключение:

Жалобы на головную боль и повышение артериального давления (АД) чаще встречались у пациентов с острым течением заболевания ($\chi^2=11,04$, $p=0,0009$). Так, в подгруппе 1 у детей с нефритическим синдромом (24 человека (58,5%)) и в подгруппе 2 у 4 детей (10,8%) со смешанной и у 2 (4,8%) с нефротической формами ГН отмечалось повышение АД. Для коррекции гипертензии пациенты получали эналаприл из расчета 0,1–0,5 мг/кг/сут. В качестве симптоматической терапии при отечном синдроме 3-м пациентам с ХГН и 5-ти детям с ОГН был назначен фуросемид в дозе 1 мг/кг/сут. За время пребывания в стационаре отмечена положительная динамика гипертензионного синдрома ($p=0,007$): практически все пациенты указывали на улучшение самочувствия, что было подтверждено данными мониторинга АД в течение суток. Однако у 2 пациентов с ХГН на фоне проводимого лечения отмечалось повышение АД, при этом жалоб дети не предъявляли. В обоих случаях при морфологическом

исследовании биоптата почечной ткани отмечались склеротические изменения. Пациенты получали комбинированную терапию: ИАПФ+ β -адреноблокатор.

КОРРЕКЦИЯ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ

Сабиржанова З.Т., Рахимова Д.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Узбекистан**Введение (цели/ задачи):**

Цель исследования. Оценить параметры метаболической активности мембран эритроцитов (МАЭ) и тканевой гипоксии (ТГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне базисной терапии (БТ) и озонотерапии (ОТ).

Материал и методы:

Обследовано 64 больных ХОБЛ и 30 здоровых лиц (ЗЛ). Из них – 31 больной ХОБЛ с легочной гипертензией (ЛГ) и 33 больных ХОБЛ без ЛГ. В зависимости от терапии больных разделили на две группы: 1-я – 15 больных ХОБЛ без ЛГ и 14 больных с ЛГ получали БТ по GOLD (2006 г); 2-я – 16 больных ХОБЛ без ЛГ и 18 больных ХОБЛ с ЛГ получали БТ и ОТ. Исследования проводились в 1 и 10 день. ОТ проводилась в виде внутривенного введения озонкислородной смеси на физиологическом растворе (1000 мкг/л). Изучались уровень насыщения крови кислородом (SaO₂), функция внешнего дыхания с оценкой индекса Тиффно (FEV₁/FVC, %), показатели активности ферментов перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной системы (АОС): малоновый диальдегид (МДА), перекисная хемолюминисценция (Хл), супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (КАТ).

Результаты:

Исходно при ХОБЛ значения FEV₁, FVC, FEV₁/FVC и SaO₂ снижены по сравнению с ЗЛ ($p<0,005$). При ХОБЛ с ЛГ отмечено значительное нарастание угнетения активности ферментов АОС по мере развития ЛГ. Интенсификация процессов ПОЛ до лечения сопровождалась высокими показателями МДА и Хл по сравнению с показателями ЗЛ ($p<0,005$). Эти изменения свидетельствуют о роли активированных форм кислорода в инициации ПОЛ и повышении оксидативного стресса по мере развития ЛГ. До лечения наблюдалось снижение SaO₂ у больных ХОБЛ по сравнению с ЗЛ ($p<0,001$). В динамике комплексного лечения у больных ХОБЛ 2-ой группы по сравнению с 1-ой, наблюдалось значительное уменьшение МДА, Хл, а также повышение СОД, КАТ, FEV₁/FVC, SaO₂ ($p<0,05$).

Заключение:

Интенсификация процессов ПОЛ, ТГ, угнетение активности ферментов АОС статистически значимо отличаются у больных ХОБЛ по мере развития ЛГ по сравнению с ЗЛ ($p<0,005$). Изменения параметров МАЭ и ТГ при ЛГ имеют не только местный, но и системный характер, о чем свидетельствуют нарушения в системе оксидант/антиоксидант со сдвигом в сторону оксидантов.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СУРФАКТАНТ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

БАРЛАМОВ П.Н., ВОРОБЬЕВА А.А.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА»
МИНЗДРАВА РФ**Введение (цели/ задачи):**

Цель исследования: оценить среднее давление в легочной артерии, полиреокардиографические показатели и состояние сурфактантной системы легких у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследовано 35 больных ЦП средней степени активности с портальной гипертензией, средний возраст $51,7 \pm 14,5$ лет. Контрольную группу составили 17 практически здоровых добровольцев, средний возраст $48,6 \pm 9,5$ лет. Давления в системе легочной артерии определялось на аппарате УЗИ АЛОКА 2200 (Япония) в одно- и двухмерном режимах. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА, мм рт. ст.), рассчитывали по формулам, заимствованным из литературы (А.В. Струтынский, 2009). Полиреокардиографическое исследование проводилось с помощью диагностического комплекса «Полиреокардиограф – 01», г. Пермь. Индекс торакального объема жидкости (ИТОЖ) рассчитывался по формулам, предложенным М. А. Зубаревым (1993). Состояние сурфактантной системы легких оценивали по количеству фосфолипидов, полученных из конденсата выдыхаемого воздуха.

Результаты:

Гемодинамический профиль больных ЦП характеризовался уменьшением ГМ в 1,2 раза, ПМИ - в 3,7 раз, МОУИ - в 3,9 раз, УО - в 1,4 раза ($p < 0,05$) в сравнении с показателями у практически здоровых лиц, что свидетельствует о развитии синдрома систолической недостаточности сердца. Это, в совокупности с увеличением интервала периода релаксации на 11 мс от верхней границы нормы, отражает наличие диастолической недостаточности с явлениями застоя в МКК. ИТОЖ у больных ЦП составил $1,61 \pm 0,26$ л/м² против $1,46 \pm 0,14$ л/м² в контрольной группе. Выявленное увеличение ИТОЖ у больных ЦП в 1,1 раза ($p < 0,05$) не превышало нормальные значения ($1,42-2,2$ л/м² по данным М.А. Зубарева). Среднее значение количества липидного фосфора в конденсате выдыхаемого воздуха у больных ЦП было ниже, чем у здоровых ($0,025 \pm 0,01$ мкг против $0,044 \pm 0,02$ мкг, $p < 0,05$). Для определения СрДЛА 35 больным ЦП было выполнено ЭХО-КГ исследование. СрДЛА у больных ЦП составило $27,24 \pm 9,16$ мм рт. ст. Нами было установлено превышение нормальных значений СрДЛА от 20 до 29 мм рт. ст. у 15 (42,9%) пациентов, от 30 до 39 мм рт. ст. – у 6 (17,1%) больных и от 40 мм рт. ст. и более – у 6 (17,1%) человек. СрДЛА у 8 (22,9%) пациентов было в пределах нормы. Определялась статистически значимая зависимость между степенью увеличения СрДЛА и степенью декомпенсации ЦП ($p = 0,05$, критерий χ^2).

Заключение:

Нарушения легочной и центральной гемодинамики у 80% больных ЦП характеризуются высоким средним давлением в легочной артерии, повышением индекса торакального объема жидкости, гипокинетическим типом гемодинамики.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МАЛЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ АНЕВРИЗМАХ НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫКРЫЛОВ В.П., ГАЙДУК В.Н.,
СМОЛЯКОВ А.Л., МАНКЕВИЧ Н.В., ЯНУШКО В.А.,
КРЫЛОВ В.П., ДЕРГАЧЕВА И.М., РЕУТ Л.И.

РНПЦ «Кардиология»

Материал и методы:

60 пациентов с аневризмами нисходящей грудной (АНА) и брюшной аорты (АБА) с диаметром (d) < 50 мм, возрастом $66,5 \pm 0,8$ лет, имеющих артериальную гипертензию (АГ), наблюдающихся амбулаторно с 2010 по 2014 г. и контролем АД, липидов, СРБ каждые 3 месяца, d аневризмы методом УЗИ или КТ 1 раз в 6 месяцев. Мужчин было 50, женщин - 10. Пациентов с АНА - 7, АБА - 53. d АНА – $43,3 \pm 1,2$ мм, АБА - $37,1 \pm 1,09$ мм. В качестве гипотензивных препаратов назначали 3 группы лекарств обладающих действием на АГ и на патогенетические механизмы развития атеросклероза: ингибиторы АПФ, дигидропиридиновые антагонисты кальция, b-блокаторы. В качестве противовоспалительных назначали статины и курсами макролидный антибиотик азитромицин при уровне СРБ более 3 мг/л.

Результаты:

Выявлено, что адекватную комплексную терапию при сочетании АГ с АНА и АБА получали до обращения в наш центр меньше 1/3 пациентов. Исходно при 1-ом визите уровни АД менее 140/80 мм рт. ст. были только у 31,9%, а менее 130/80 - у 14,9%. При 2-ом визите АД менее 140/80 достигнуто у 71,8% пациента, менее 130/80 мм рт. ст. - у 51,3%. При 4-ом визите АД 140/80 уже было достигнуто у 86,6%, а 130/80 - у 57,6%. У подавляющего большинства пациентов (43 - 71,6%) d аневризмы за время наблюдения существенно не изменился. 10 (16,7%) в связи с прогрессированием процесса подвержены хирургическому лечению. Умерло 7 (11,6%), из них от сердечнососудистых заболеваний - 5, онкозаболеваний - 2. Разрыва аневризм не было. Выживаемость за 4 года составила 88,3%.

Заключение:

Отсутствие летальности от разрыва аневризм, высокий процент стабилизации d аневризматического участка аорты (71,6%), низкий процент потребности в оперативном лечении АНА и АБА (16,7%), высокая выживаемость за 4 года (88,3%) свидетельствуют об эффективности активной гипотензивной и противовоспалительной терапии у больных с АГ при АНА и АБА.

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

АКИМОВА Е.В., КАЮМОВА М.М., ЗАГОРОДНЫХ Е.Ю.

Филиал ФГБУ «НИИ Кардиологии» СО РАМН
«Тюменский кардиологический центр»**Введение (цели/ задачи):**

Целью исследования явилось установить ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и метаболического синдрома (МС) с высокими уровнями личностной тревожности (ЛТ) в открытой популяции у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного сибирского города.

Материал и методы:

Репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количе-

стве 1000 человек была сформирована из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участника. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Для оценки МС использованы критерии IDF (2005) – абдоминальное ожирение (АО): окружность талии (ОТ) ≥ 94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев: содержание триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л, содержание холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) $< 1,0$ ммоль/л + гиполипидемическая терапия, артериальное давление (АД) $\geq 130/85$ мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие сахарного диабета (СД) типа 2. Изучение уровней личностной тревожности (ЛТ) – низкий, средний, высокий – проводилось по тесту Спилбергера. Вопросник на выявление ЛТ был предложен респондентам на самозаполнение.

Результаты:

При оценке влияния ЛТ на развитие ИБС по расширенным критериям было получено ОШ 4,07 (95% ДИ=1,40±11,83, $p<0,05$), то есть у лиц с ИБС 25-64 лет высокие уровни ЛТ встречались достоверно чаще, чем у лиц без ИБС. Такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС, причем в группе мужчин с ОИБС и ЛТ ОШ увеличилось более чем в два раза сравнительно с группой мужчин с наличием ИБС по расширенным критериям. Так, у мужчин с ОИБС 25-64 лет по критериям МК имели место значимые различия распространенности высокого уровня ЛТ сравнительно с группой без ОИБС – ОШ 9,51 (95% ДИ=1,23±73,26, $p<0,05$). У лиц с ВИБС и ЛТ различия с группой без ИБС по ОШ были недостоверными. В возрастных категориях 25-34 и 35-44 лет у лиц с отсутствием МС высокий уровень ЛТ выявлялся чаще, чем у лиц с наличием МС (соответственно, 2,0% – 6,8%, $p<0,05$; 3,4% – 10,3%, $p<0,01$). В возрасте 55-64 лет высокий уровень ЛТ достоверно чаще был выявлен у лиц с наличием МС сравнительно с группой лиц без МС (23,0% – 10,3%, $p<0,001$).

Заключение:

Таким образом, эпидемиологические критерии ЛТ, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации.

МЕТОД ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Овсянникова В.В.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Заболевания системы кровообращения остаются ведущими причинами смертности населения России. По данным отечественных исследователей артериальная гипертензия (АГ) имеет значительную распространенность среди взрослого населения нашей страны. Необходимость в постоянном контроле артериального давления (АД) является ведущим критерием в мониторинге успешного лечения больных гипертонической болезнью

(ГБ). Цель настоящего исследования заключалась в оценке величин АД методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) у больных ГБ.

Материал и методы:

В данное исследование были включены больные с ранее установленным диагнозом гипертонической болезни II – III стадии, 2-3 степени, высоким и очень высоким риском, получавшие антигипертензивную терапию более 3 месяцев. Из обследования исключались больные симптоматической АГ и с сопутствующими острыми заболеваниями. Измерение АД у пациентов проводилось с применением метода ОКО на аппаратуре АПКО-8-РИЦ-М после 10-минутного обязательного отдыха трижды с обязательным интервалом две минуты в положении сидя. Учитывалась средняя величина из 3 измерений.

Результаты:

Обследованы 49 человек в возрасте 50-59 лет, средний возраст составил 56 лет. Среди обследованных среднее значение систолического АД (САД) по Короткову составило 128,9 мм рт.ст., среднее значение диастолического АД (ДАД) по Короткову составило 83,5 мм рт.ст., средняя величина пульсового АД имела значение 45,4 мм рт.ст. В соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества по АГ с учетом величины САД и ДАД в среднем по группе был достигнут целевой уровень АД на фоне приема антигипертензивных препаратов.

Заключение:

Измерение АД на аппаратуре АПКО-8-РИЦ-М у больных ГБ позволяет дать общую оценку эффективности действия антигипертензивных препаратов при обследовании отдельных многочисленных возрастных групп.

МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мордвинова Е.В., Федорович А.А.,
Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.

Российский кардиологический
научно-производственный комплекс

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь параметров микроциркуляции с факторами кардиоваскулярного риска у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого и очень высокого риска ССО.

Материал и методы:

Обследовано 57 больных АГ и 15 нормотоников (возраст 46,8±9,7 л.). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, все испытуемые имели факторы риска ССЗ. За 2 недели до исследования больным отменяли антигипертензивную терапию, статины получали 3 больных (целевые уровни холестерина достигнуты не были). Критериями исключения из исследования были ИБС, клинически выраженный атеросклероз нижних конечностей. Изучались следующие факторы кардиоваскулярного риска: курение, ИМТ, окружность талии (ОТ), липидный спектр, уровень глюкозы крови. Для оценки состояния микроциркуляторного русла выполнялась лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) с вейвлет анализом осцилляций кровотока, оценивался уровень базальной перфузии и параметры окклюзионной пробы (ОП).

Результаты:

Больные АГ чаще были курильщиками, у них отмечалось увеличение ИМТ, ОТ. Уровни ОХС, ХС-ЛПНП, глюкозы достоверно не отличались, уровень ХС-ЛПВП был достоверно ниже в группе АГ

и составил $1,26 \pm 0,3$ ммоль/л против $1,46 \pm 0,35$ ммоль/л в группе нормотоников ($p=0,019$). По данным ЛДФ уровень базальной перфузии, амплитуды базальных осцилляций кровотока в группах были сравнимы. При проведении окклюзионной пробы выявлено снижение прироста кровотока в группе АГ, однако этот показатель не достигал статически значимых величин ($309,6 \pm 142,4$ пф в группе АГ, $321,3 \pm 95,0$ пф в группе нормотоников, $p=0,8$), амплитуда миогенного ритма при проведении ОП в группе больных АГ была достоверно ниже ($0,46 \pm 0,27$ пф и $0,75 \pm 0,33$ соответственно, $p=0,0025$). Выявлена достоверная отрицательная корреляция амплитуды базального миогенного ритма и липидного спектра в группе больных АГ (с уровнем ОХС $r=-0,28$, $p=0,036$, с уровнем ХС-ЛПНП $r=-0,25$, $p=0,05$). Выявлена достоверная корреляционная связь амплитуды миогенного ритма при проведении ОП и курения ($r=0,39$, $p=0,037$).

Заключение:

У больных артериальной гипертонией наиболее значимыми факторами кардиоваскулярного риска являются показатели липидного спектра и статус курения. У больных АГ по мере усугубления гиперлипидемии отмечалось ухудшение показателей микроциркуляции, что отражалось в уменьшении амплитуды миогенного ритма при проведении окклюзионной пробы.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бердовская А.Н.

УО «Гродненский государственный
медицинский университет»

Введение (цели/ задачи):

Врожденные пороки сердца (ВПС), сопровождающиеся артериальной гипертензией, приводят к нарушению состояния эндотелия. Цель работы – оценить морфофункциональное состояние эндотелия при врожденных пороках сердца у детей с вторичной артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследованы 10 детей с ВПС в возрасте от 6 до 17 лет с коарктацией аорты. В первую группу ($n=4$) вошли пациенты с естественным течением ВПС, во вторую ($n=6$) – после оперативной коррекции. Морфологическое состояние эндотелия оценивали по количеству циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови. Суммарная продукция оксида азота в организме оценивалась по концентрации его стабильных метаболитов в плазме крови с использованием реактива Грисса. Данные статистики представлены в виде Me (25-75), где Me (медиана переменной), (25-75) – интерквартильный размах переменной.

Результаты:

У детей с ВПС первой группы содержание стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови выше ($53 (33-60)$ мкмоль/л), чем у пациентов второй группы ($28 (15-34)$ мкмоль/л, $p=0,001$). Содержание циркулирующих эндотелиальных клеток в крови детей с коарктацией аорты в первой группе также выше ($17 (16-19) \times 10^4/л$), чем у пациентов группы после оперативной коррекции ($11 (8-13) \times 10^4/л$, $p=0,001$). У пациентов с коарктацией аорты выраженность системной артериальной гипертензии коррелирует с количеством циркулирующих эндотелиальных клеток ($R=-0,82$; $p=0,005$).

Заключение:

У пациентов с коарктацией аорты при естественной течения ВПС на фоне артериальной гипертензии по сравнению со здоровыми

детьми и пациентами после оперативной коррекции при нормализации артериального давления выявлены более высокие значения стабильных метаболитов оксида азота и циркулирующих эндотелиальных клеток.

МСКТ – КАЛЬЦИЕВЫЙ ИНДЕКС – КАК МЕТОД РУТИННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТРАНСПОРТНОЙ МЕДИЦИНЕ

Чуйко О.Е., Демко А.П.

Отделенческая больница на ст. Кемерово ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Выявление групп пациентов с факторами риска внезапно-го ухудшения состояния здоровья, одна из главных задач профессиональной медицины. Одной из наиболее опасной в плане пароксизмальных, часто угрожаемых жизни, состояний является ИБС. В настоящее время признано, что атеросклероз венечных артерий и ИБС маловероятны, если отсутствует коронарный кальциноз, более того кальциноз венечных артерий является маркером тяжести атеросклеротического поражения и ИБС. Целью нашего исследования было, выявить наличие коронарного кальциноза у пациентов без типичной клиники ИБС и сомнительными результатами нагрузочных тестов.

Материал и методы:

В группу исследования вошел 21 пациент в возрасте 43-61 года. Из них - 14 мужчин (средний возраст $47,7 \pm 4,8$ г.) и 7 женщин (средний возраст $53,3 \pm 2,4$ г.). ГБ 1-2 стадии была у 15 (71.4%) пациентов, у 3-х из них в сочетании с СД II типа, у 2х - с ПФП, 4 – с ЖЭС. Семь пациентов (из них 5 мужчин) не имели АГ и обследовались по поводу ЖЭС. МСКТ проводилось на 64-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе Somatom Sensation 64 (Siemens, Германия), на базе Кемеровского кардиологического центра.

Результаты:

Кальциноза коронарных артерий по результатам МСКТ не выявлено у 10 (48%) пациентов это 6 мужчин и 4 женщины, минимальный кальциноз выявлен у 6 пациентов из них четверо - мужчины, в основном из группы без АГ, умеренный – у 3 пациентов (2-ое мужчины из группы ГБ + СД и 1 женщина с ЖЭС без ГБ). Значительный кальциноз (2086,7) выявлен у 1 пациента из группы ГБ + ЖЭС. Все пациенты со значительным и умеренным кальцинозом (а это 4 пациента (19%)) направлены на КАГ. Одному пациенту по результатам КАГ проведено АКШ, у одного выявлен 60% однососудистое поражение – пациент продолжает консервативную терапию, выведен из профессии машиниста, 2-ое пациентов готовятся к КАГ.

Заключение:

Наличие коронарного кальциноза коррелирует с возрастающим риском развития коронарных событий у пациентов с ИБС и риск возрастает прямо пропорционально увеличению индекса Агатстона. МСКТ – кальциевый индекс, быстрое и неинвазивное исследование которое может быть использовано для определения профпригодности лиц связанных с движением поездов.

НАРУШЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Ионова Б.Б., Хапаев Б.А.

Медицинский институт ФГБОУ ВП

Введение (цели/ задачи):

Суточное мониторирование АД и холтеровское мониторирование ЭКГ широко используются при обследовании больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе у больных с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД) и ожирением. Однако большинство исследований оценивает результаты этих методов по отдельности. Цель исследования: изучить вариабельность сердечного ритма (BCP), характер аритмической активности сердца у больных с АГ в сочетании с СД с нормальной массой тела и с ожирением, а также связь показателей BCP с параметрами циркадианного ритма АД.

Материал и методы:

Обследовано 32 больных с АГ в сочетании с СД и ожирением (группа 1) и 30 больных с АГ в сочетании с диабетом и нормальной массой тела (группа 2). Больным проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД с использованием регистраторов Schiller. Изучались спектральные показатели BCP (RRNN, SDNN, NN 50, RMSSD, VLF, ULF, TP, LF, HF, LF/HF) и показатели суточного профиля АД: средние показатели периода бодрствования, сна, вариабельность АД, двойное произведение, выраженность циркадианного ритма и его десинхронизации.

Результаты:

У пациентов с ожирением показатели RRNN, RMSSD, LF и VLF были достоверно меньше, вариабельность АД выше, а нарушенный циркадианный ритм АД встречался чаще, чем у больных с нормальной массой тела. Наименьшие значения показателей HF и LF, характеризующие тонус парасимпатической и симпатической нервной системы, наблюдались у больных с ожирением II степени. При снижении LF у больных группы 1 показатели LF/HF достоверно не отличались от показателей больных группы 2. В целом у больных СД отмечено снижение тонуса как парасимпатического (HF), так и симпатического отделов вегетативной нервной системы (LF). Связи между показателями BCP и степенью повышения АД не обнаружено, при наличии связи показателей BCP со степенью ожирения и показателями циркадианного ритма АД.

Заключение:

У больных АГ в сочетании с СД и ожирением в сравнении с больными с нормальной массой тела, отмечается более выраженное снижение BCP, повышение вариабельности АД и большая частота нарушений циркадианного ритма АД.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аскарлов А.Р., Акуловских О.В., Лукинов А.В., Мартынюк В.К., Леонтьева Л.М.

ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница»

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту и особенности нарушений липидного (гиперхолестеринемия (ГХС) и дислипидемия (ДЛП)) и углеводного обменов (гипергликемия натощак (ГГН), нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ), сахарный диабет (СД) 2 типа) у

больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование были включены 84 больных ИБС в возрасте от 44 до 75 лет, преобладали мужчины (87,0 %), средний возраст составил $58 \pm 7,7$ лет. Большинство больных ИБС имели сопутствующую артериальную гипертензию (АГ; 98,0 %), при этом половина работала (50,0 %). Изучалась частота основных сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) у больных ИБС: АГ, ГХС (общий холестерин (ХС) $>4,0$ ммоль/л) и ДЛП (ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП) $>1,8$ ммоль/л), курения, отягощенной наследственности (по АГ или ИБС), абдоминального ожирения (АО). Для выявления нарушений углеводного обмена (НУО) у больных ИБС изучали уровень венозной гликемии натощак и гликированного гемоглобина (HbA1c), по показаниям – пероральный глюкозотолерантный тест. Обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS Statistics v.19.

Результаты:

У больных ИБС обнаружена высокая частота основных сердечно-сосудистых ФР: АГ (98,0%), ГХС (73,8 %) и ДЛП (76,2 %), АО (79,8 %), курения (51,2 %), отягощенной наследственности (60,7 %). Инфаркт миокарда в анамнезе наблюдался у половины больных ИБС (53,6 %). Среди больных ИБС преобладала тяжёлая АГ (3 степени), значительно реже – 2-я и 1-я степени (соответственно 94,0 %*, 4,8%* и 1,2 %; * $p < 0,05$). Однако, благодаря высокой комплаентности больных к антигипертензивной терапии, целевой уровень артериального давления (АД $<140/90$ мм рт.ст.) отмечался у 73,8 % пациентов с АГ. Несмотря на высокую частоту регулярного амбулаторного приёма статинов (в основном средних дозах) больными ИБС (71,4%), у большинства из них не достигались целевые показатели общего ХС и ХС ЛНП (~75 %), что свидетельствует в пользу применения более высоких доз данных лекарств. Примерно у трети пациентов с ИБС выявили НУО (33,2%): ГГН – 14,2 %, НТГ – 10,7 %, впервые выявленный СД 2 типа – 8,3 %. Нормальный уровень HbA1c ($\leq 6,0$ %) встречался у 67,0 % больных ИБС, пограничные значения HbA1c (6,1-6,5%) – у 20,0%, и повышенные значения HbA1c ($>6,5$ %) – у 13,0 % пациентов. Большинство больных ИБС и НУО (78,6 %) имели три основных сердечно-сосудистых ФР – АГ, АО и ГХС (ДЛП). По результатам исследования всем больным ИБС и нарушениями углеводного и липидного обменов были даны индивидуальные рекомендации по коррекции факторов риска (АГ, ГХС и ДЛП, достижению индекса массы тела <25 кг/м²), консультация эндокринолога – по показаниям.

Заключение:

Несмотря на успехи в коррекции АГ (АД $<140/90$ мм рт.ст.) у больных ИБС в амбулаторной клинической практике, данные пациенты имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, чему способствуют неадекватная коррекция липидного обмена (75,0 %) и НУО (33,2 %).

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА РИГИДНОСТИ СОСУДОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бороненко К.В., Плотникова И.В., Филиппов Г.П.

ГОУ ВПО СибГМУ г. Томск

Введение (цели/ задачи):

В последних рекомендациях европейского общества гипертензии (ESH) и европейского общества кардиологов (ESC) по проблеме АГ большое внимание уделяется параметрам жесткости сосуди-

стой стенки. Ряд крупных исследований последних десятилетий показывает, что значение степени жесткости сосудистой стенки артерий является независимым предиктором развития ССЗ. Целью данного исследования является изучение жесткости сосудистой стенки у здоровых детей, родители которых страдают гипертонической болезнью (ГБ) с молодого возраста (до 55 лет).

Материал и методы:

Было обследовано 20 здоровых детей в возрасте 12-18 лет, у родителей которых выявлена ГБ в молодом возрасте (до 55 лет), методом неинвазивной артериографии на приборе VaSera – 1000. Перед обследованием всем детям проводилось анкетирование на выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как: избыток массы тела (ИМТ), курение, низкая физическая активность. Обследование проводилось после 10- минутного отдыха в положении лежа. Эластические и функциональные свойства аорты оценивались при анализе характеристик пульсовой волны, соответствующие сигналы визуализировались и рассчитывались основные характеристики артериальной ригидности: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации (ИА). Результаты оценивались с помощью программы SPSS 16.0. Группу контроля составили 20 здоровых детей от здоровых родителей.

Результаты:

У детей с отягощенной наследственностью по ГБ ИА был достоверно ниже, чем в группе контроля (-42,48 и - 43,86, $p < 0,05$ соответственно). В то же время анализ средних значений СРПВ в исследуемых группах не выявил существенных различий (6,78 и 6,58, $p > 0,05$ соответственно). Данные нашего исследования показывают что ИА, определяемый при неинвазивной сфигмографии является одним из маркеров жесткости сосудистой стенки.

Заключение:

У детей с отягощенной наследственностью по ГБ присутствуют начальные изменения жесткости сосудистой стенки, что требует выделения их в группу риска по развитию АГ.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ММН В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Костылев А.А., Бакучева М.В., Маслова И.Г.

ГУЗ ЯО Клиническая больница №8, г. Ярославль

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия - распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, как известно, выбирает в качестве органа-мишени головного мозг и влияет на развитие нарушений высшей нервной деятельности. В ряде случаев это вызывает сосудистую энцефалопатию, однако чаще сопровождается умеренными когнитивными нарушениями. Важной задачей является диагностика таких нарушений и целью нашей работы стало исследование вызванных потенциалов "негативности рассогласования" (ММН) при артериальной гипертензии. ММН - это набирающий клиническое значение нейрофизиологический индекс, отражающий состояние слуховой памяти и внимания. Характеристиками индекса являются амплитуда и латентность ответа на предъявляемые слуховые стимулы.

Материал и методы:

Мы исследовали 24 человека в возрасте от 40 до 50 лет, с артериальной гипертензией 1-2 степени, получающих в качестве терапии эналаприл. Из исследования исключались пациенты

с сахарным диабетом и другими тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также те пациенты, которые набрали менее 24 баллов по шкале MMSE. Всем было проведено нейрофизиологическое тестирование (ММН) и нейропсихологическое тестирование, включающее тест на память, простую зрительно-моторную реакцию, концентрацию и устойчивость внимания. В статистической обработке мы использовали непараметрический критерий Манн-Уитни.

Результаты:

Выявлена группа (37,5%), имеющая нарушения концентрации внимания, низкая скорость реакции и низкие результаты по тесту на память. Амплитуда ММН в этой группе достоверно отличалась от пациентов без когнитивных нарушений. Показатель латентности при сравнении групп достоверно не отличались. Показатели устойчивости внимания не коррелировали с нейрофизиологическими изменениями.

Заключение:

Нейрофизиологический индекс ММН может иметь практическое применение в ранней оценке когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией. Однако, для дальнейшего исследования необходимо исследование большей выборки и изучение влияния гипотензивной терапии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ «ОПАСНЫХ» ПРОФЕССИЙ.

Брянцева Е.Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница»
на ст. Чита-2 ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Важный фактор риска развития АГ - высокое психоэмоциональное напряжение у работников опасных профессий. Актуальность данной проблемы связана с ежегодным ростом заболеваемости АГ и повышением её роли в медицинском обеспечении безопасности движения. Цель исследования: определить эффективность и безопасность бисопролола и телмисартана при лечении АГ у работников локомотивных бригад.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе НУЗ «ДКБ» на ст. Чита-2. В исследование включены 70 работников локомотивных бригад от 23 до 43 лет с артериальной гипертензией (АГ) I стадии. Пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от гипотензивной терапии. В качестве монотерапии I группа принимала бисопролол, II группа принимала телмисартан. До начала терапии и через 12 недель лечения всем пациентам выполнены СМАД, с возможностью оценки центрального аортального давления (ЦАД) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), кардиоваскулярные тесты по Ewing, МОКА тест.

Результаты:

У пациентов с АГ выявлены статистически значимо отличающиеся от группы контроля показатели ЦАД и СРПВ, являющиеся ранними предикторами поражения органов мишеней. Так же в этой группе выявлены нарушения в вегетативной регуляции в виде симпатикотонии. На фоне приема препаратов в обеих группах зарегистрировано статистически значимое снижение как периферического АД, так и ЦАД. В обеих группах значимо снизилась СРПВ. Статистически значимо снизилась реактивность симпатического отдела нервной системы лишь в группе бисопролола. На фоне приема препаратов нарушения когнитивных функций, эпизодов гипотензии выявлено не было.

Заключение:

Бисопролол и телмисартан являются эффективными и безопасными препаратами в лечении АГ, обладают органопротекторными свойствами. Но, учитывая, что бисопролол снижает реактивность СНС, вызывает зависимое от дозы уменьшение подъема АД и ЧСС во время и после физической нагрузки, т.е. способен предотвращать стресс-индуцированные подъемы АД, он является наиболее предпочтительным препаратом у работников «опасных» профессий.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕМЬЕ

Бубнова В.С., Бочарова О.Г., Репина Н.А., Лаврушева О.Н., Цветкова И.А., Ефимова Т.П., Прокудина А.И., Аржевитина Н.О., Вардугина К.С., Ибрагимова И.Р., Чутко Б.Г., Кочурина Л.А., Агеева О.В., Кравченко В.Н., Добрынина М.А., Морилловцев В.Н., Голодюк Д.И.

Южно-Уральский государственный
медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в возрасте старше 18 лет составляет более 40% населения России (Оганов Р.Г., 2011). Нередко, АГ встречается у нескольких членов одной семьи. Цель – изучение особенностей АГ в семье. Проведено одномоментное исследование. Диагноз гипертонической болезни (ГБ) устанавливали, в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению АГ (2010).

Материал и методы:

Обследовано 500 семей из района обслуживания МБУЗ ГКБ №1 г. Челябинска. Средний возраст составил 55,9 ± 0,37 лет, из них мужчин – 498 (49,3%), женщин – 512 (50,7%) чел. ГБ I стадии диагностирована у 117 (49,0%) чел., ГБ II – у 22 (9,00%) чел., ГБ III стадии – у 101 (42,0%) чел. АГ 1 степени – у 190 (79,2%) чел., АГ 2 степени – у 47 (19,6%) чел., АГ 3 степени – у 3 (0,98%) чел. Одинаковая стадия ГБ выявлена в 31 (30,7%) семье.

Результаты:

Выявлены ассоциированные с АГ клинические состояния (КС) в 77 (75,5%) семьях. Ишемическая болезнь сердца установлена в 38 (49,4%) семьях, инфаркты мозга – в 2 (2,59%) семьях, инфаркт миокарда обнаружен в 6 (7,79%), хроническая сердечная недостаточность – в 22 (28,6%), сахарный диабет – в 7 (9,09%), операции по реваскуляризации внутренних органов обнаружены в 2 (2,59%) семьях. Медикаментозную терапию получали пациенты в 67 (65,6%) семьях. При этом регулярно принимали лекарственные препараты члены 52 (77,6%) семей из 67. Целевые уровни АД достигнуты в 44 (43,1%) семьях. Антигипертензионные препараты одинаковых классов получали в 25 (37,3%) семьях, разных классов – в 42 (62,7%) семьях. Для лечения АГ использовали следующие группы лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 91 (89,2%) чел., бета-адреноблокаторы – 36 (35,3%) чел., антагонисты кальциевых каналов – 17 (16,9%) чел., диуретики – 33 (32,3%) чел., блокаторы рецепторов ангиотензина 1 – 11 (10,7%) чел.

Заключение:

Таким образом, при АГ в семье развитие КС выявлено в 75,5% случаев, регулярный прием лекарственных препаратов обнаружен в 77,6% случаев.

НЕФРОГЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Иванов А.В., Борисова А.Р., Гасымов Э.Г.,
Арбузова Л.В., Абдулгасанова М.Р.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящего исследования явилось выявить нефрогенные артериальные гипертензии (НАГ) у больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

С 1986 по 2014 гг. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 84 лет с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ).

Результаты:

НАГ была диагностирована у 252 (42,0 %) больных. После операции у 87 % больных был получен хороший и удовлетворительный эффект. Нефрэктомия, декапсуляция почек, спланхниканглионэктомия (СГЭ) у 62 % привели к нормотензии, у 25 % значительному снижению АД, уменьшение доз гипотензивных препаратов. У 13% больных операции привели к снижению АД на 15-20 мм рт. ст. Кисты почек были выявлены у 18 (3,0%), поликистоз у 4 (0,7%) пациентов. Удаление кист, оментореваскуляризация, расширенная СГЭ у 65% больных привели к снижению АД. Диабетический гломерулосклероз был диагностирован у 15 (2,5%) пациентов, у 12 (80,0%) выполнена расширенная СГЭ, декапсуляция почки с удовлетворительным эффектом. Нефролитиаз с хроническим пиелонефритом был диагностирован у 25 (4,2%) больных, нефроптоз у 12 (2,0%) больных. Нефропексия, пластика почечных артерий, СГЭ привели к нормотензии у 11 (91,7 %) пациентов. У 2 больных из-за выраженного нефроангиосклероза операции не привели к нормотензии. Болезнь Ормонда со сдавлением мочеточника явилась причиной АГ у 2(0,3 %) больных. Гипернефрома с АГ была диагностирована у 2 (0,3 %) больных. После операции у обоих больных АД нормализовалось.

Заключение:

Таким образом, диагноз ГБ должен ставиться только при исключении всех форм АГ. При стойкой НАГ, малоэффективности консервативных мероприятий больным показано оперативное лечение.

ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА КАК КОМОРБИДНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НОЧНЫХ -ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ СУДОРОЖНЫХ ПРИСТУПОВ"

Алексеева О.В., Демко И.В., Кантимирова Е.А.,
Шнайдер Н.А., Петрова М.М.

КРАСГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, Университетская клиника, Красноярск

Материал и методы:

Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) - состояние, при котором у пациента возникают многочисленные повторяющиеся остановки дыхания вследствие полного (апноэ) или частичного (гипопноэ) сужения дыхательных путей во время сна на уровне глотки, прекращение легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, характеризующееся наличием храпа, снижением парциального давления кислорода в крови, грубой фрагментацией сна с частыми кратковременными пробуждениями и выраженной дневной сонливостью. СОАГС явля-

ется независимым фактором риска артериальной гипертензии (АГ), при этом тяжесть АГ отражается на степени тяжести СОАГС. У пациентов с рефрактерной АГ (артериальное давление > 140/90 мм рт. ст. при лечении 3-мя и более гипотензивными препаратами) СОАГС (ИАГ > 5) выявляется у 83% пациентов (96% мужчин и 65% женщин). При сочетании СОАГС и АГ характерны особенности суточного индекса АГ, в том числе: отсутствие снижения артериального давления (АД) в ночное время суток (суточный профиль «nondipper») и повышение по сравнению с дневными цифрами АД (суточный профиль «night peaker»); повышение АД (преимущественно диастолического) в утренние часы.

Результаты:

Ночные гипоксические-ишемические приступы у пациентов с СОАГС могут мимикрировать эпилептические приступы у пациентов с симптоматической фокальной эпилепсией

Заключение:

При рефрактерной АГ, с характерным суточным индексом АД при проведении СМАД (nondipper и «night peaker») необходимо исключать СОАГС. С этой целью проводится кардиореспираторный мониторинг. При синкопальных состояниях неуточнённой этиологии, необходимо исключать аноксически-ишемические приступы. В данном случае именно ПСГ позволяет построить гипнограмму и соотнести те или иные события сна, включая АГ и аноксические (аноксически-ишемические) судорожные приступы, с фазами и стадиями сна.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ

Узоков Ж.К., Маматкулов Х.А., Усаров М.Х.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Метаболический синдром (МС) представляет собой чрезвычайно актуальную проблему современной медицины и в силу высокой распространенности, и в силу значимого влияния его компонентов на риск сердечно-сосудистых осложнений. Наличие МС в 3-6 раз повышает риск развития как СД 2 типа, так и АГ. Все это требует проведения адекватной комплексной фармакотерапии, направленной как на оптимальную коррекцию всех имеющихся метаболических нарушений, так и на коррекцию повышенного уровня АД. Цель: Целью нашего исследования явилась оптимизация антигипертензивной терапии у больных АГ и МС.

Материал и методы:

Основная группа состояла из 41 больного артериальной гипертензией 1-2 стадии, с МС, из них, 41,4% мужчин и, 58,6% женщины в возрасте от 32 до 68 лет (средний возраст 51,1±2,1 года). Длительность заболевания от 4 до 21 лет (в среднем 11,4±2,6 лет). Группа контроля состояла из 46 больных, сопоставимых с основной группой по возрасту (51,2±2,1 лет) и степени повышения АД, но без признаков МС. Обследование больных проводилось до назначения лечения и через 12 недель антигипертензивной терапии. Больные основной группы были разделены на 4 подгруппы методом случайного выбора. Первая подгруппа (12 человек) получала моксонидин в суточной дозе 4 мг однократно; вторая подгруппа (11 человек) - амлодипин, 20 мг в сутки однократно; третья подгруппа (10 человек) получала лозартан 50 мг 1 раз в сутки и четвертая подгруппа (8 человек) - периндоприл 2 мг и индапамид 1,5 мг однократно. Больные контрольной группы продолжали получать рутинную антигипертензивную терапию в неизменном виде, при этом 10 (21,7%) больных

принимали И-АПФ, 11 (23,9%) – диуретики, 9 (19,5%) больных – б-блокаторы, 8 (17,4%) больных – комбинированную терапию, 8 (17,4%) больных – другие антигипертензивные препараты.

Результаты:

В основной группе количество пациентов с достаточным снижением АД в ночное время (дипперов) составило 46,8% больных (у первого подгруппе 56,7%, у второго подгруппе 48,4%, у третьего подгруппе 44,1%, у четвертого подгруппе 41,3%) по сравнению с 69,5% больных в контрольной группе.

Заключение:

Антигипертензивная терапия амлодипином, лозартаном и моксонидином привела к достоверному уменьшению артериального давления, но значимое снижение артериального давления было достигнуто только у больных в группе моксонидина.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Молодцова Е.В., Молодцов Р.Н.

НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Федеральной программой «Здоровье работающего населения России на 2004-2015 годы» сохранение здоровья граждан рассматривается как приоритет государственной социальной политики и здравоохранения. Ведущее место в структуре заболеваемости, утраты трудоспособности и преждевременной смертности отводится болезням сердечно-сосудистой системы, в частности, артериальной гипертензии (АГ). Цель: оптимизация комплексной профилактики АГ.

Материал и методы:

Изучение заболеваемости по материалам обращаемости в ЛПУ, клинический, метод экспертных оценок, клинико-экономическое исследование. Объектами исследования явились пациенты с высоким риском и установленным диагнозом АГ, медицинская и статистическая документация ЛПУ.

Результаты:

Внедрение скрининговых технологий в работу первичного звена здравоохранения позволило получить объективную информацию о распространенности АГ. Выявлена группа работников с пограничным уровнем АД и повышенным суммарным риском (2,6%), а также пациенты на ранних стадиях заболевания (3,2%). Разработаны программы реабилитации, включающие два компонента и учитывающие специфику факторов риска АГ. Сформирована 3-х потоковая структура мониторинга пациентов, организовано «Д» наблюдение, регулярное медицинское обследование. Оценка клинической эффективности предложенных организационных форм показала, что в течение всего 3-х летнего периода наблюдения не было выявлено ни одного случая перехода заболевания в последующую стадию, в 78,3% достигнуто снижение уровня АД до целевых значений. У 27,8% пациентов отмечено снижение веса; в 2 раза сократилось число работников со срывом адаптации. Достигнуто снижение показателей заболеваемости с ВУТ с 36,6 случаев на 1000 работающих в 2013г. до 27,6 в 2014г., снизился уровень отстранения от рейса с 106,3 в 2013г. до 26,1 на 1000 прошедших предрейсовый медицинский осмотр в 2014г.

Заключение:

Система организации профилактической помощи должна основываться: на активном выявлении пациентов, формировании структуры потоков и реализации дифференцированных реабили-

литационных программ; осуществлении мониторинга; соблюдении преемственности в деятельности и информационного взаимодействия всех участников профилактической работы, контроле и оценке эффективности проводимых мероприятий.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фальковская А.Ю., Семке Г.В., Мордовин В.Ф., Рипп Т.М., ПЕКАРСКИЙ С.Е., БАЕВ А.Е.

НИИ кардиологии, г. Томск

Введение (цели/ задачи):

Оценить гипотензивные и метаболические эффекты бета-блокаторов и ренальной денервации у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

В группе медикаментозной терапии 21 больной принимали бисопролол (5-10мг/день) (группа Б), 30 человек –карведилол (25-50мг/день) (группа К), группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам (возраст от 40 до 61 года). Группу эндоваскулярного лечения с проведением ренальной денервации (РД) почечных артерий (ПА) составили 27 пациентов (средний возраст 59,3±7,9 лет (от 43 до 75 лет), 14 мужчин). Детали протокола - на сайте ClinicalTrials.gov, номер NCT01499810. РЧА ПА осуществляли в 6-8 точках с каждой стороны, температура в точках контакта 60 °C, мощность 8Вт. Всем пациентам исходно и через 6 месяцев терапии проводили суточное мониторирование АД (СМАД), определение уровня HbA1c, базальной и постпрандиальной гликемии, протеинурии и креатинина сыворотки крови, доплерографию ПА. Сахароснижающая (у всех больных) и гипотензивная терапия (в группе РЧА ПА) оставались стабильными в течение всего периода наблюдения.

Результаты:

Через 6 месяцев в группе Б был отмечен более выраженный гипотензивный эффект, чем в группе К (-11,3/-9,3 vs. -19,2/-15мм рт. ст. для 24ч АД, $p<0.05$). Вместе с тем, средний уровень постпрандиальной гликемии в группе К уменьшился, а в группе Б- повысился (-1,4 (-0,6-4,7) vs. 4,1 (4,4-4,9), $p<0,01$). В группе РЧА ПА через 6 месяцев документировано значимое снижение 24-ч АД (-12,8/-8мм рт.ст.) и среднего уровня HbA1c (от 6,9±1,8% до 5,8±1,5%, $p=0,04$). У 15 больных (56%) систолическое 24-ч АД снизилось более чем на 10мм рт. ст. (респондеры). Закономерно, что у респондеров динамика HbA1c была значимо больше, чем среди нереспондеров (-2,4±1,9 vs. -0,1±0,8, $p=0.02$).

Заключение:

Несмотря на более высокую гипотензивную эффективность бисопролола, его применение у больных АГ в сочетании с СД 2 типа ассоциируется с ухудшением гликемического контроля, в отличие от использования карведилола, оказывающего благоприятный эффект на уровень постпрандиальной гликемии. Проведение симпатической денервации у больных резистентной артериальной АГ в сочетании с СД 2 типа через 6 месяцев сопровождается существенным гипотензивным эффектом и снижением HbA1c у респондеров без значимого влияния на гликемический контроль у нереспондеров.

ОПЫТ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Богданов Д.В., Эктова Л.А., Самышкина Н.Е., Берендеев А.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ, г. Челябинск

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования - оценка распространенности мутаций генов ренин-ангиотензиновой системы при гипертонической болезни и их возможная связь с клиническими и структурно-функциональными показателями.

Материал и методы:

Обследованы 57 пациентов, 25 мужчин и 32 женщины, средний возраст – 51,1 ±10,8 года. Гипертоническая болезнь I стадии – у 3 больных, II стадии – у 51, III – у 3. Выполняли ЭКГ покоя, ЭхоКГ. Генетическое исследование: выявление полиморфизмов генов ангиотензиногена (АГТ) и ангиотензин-превращающего фермента (АПФ). Определяли полиморфизм T174M (rs 4762) гена АГТ, интерпретация результатов: генотип T174T – благоприятный, генотип T174M – гетерозигота, генотип M174M – гомозигота по мутантному аллелю. Определяли инсерцию/делецию Alu-повтора (rs4646994) гена АПФ, интерпретация результатов: гомозигота по инсерции («I/I»), гомозигота по делеции («D/D»), гетерозигота («I/D»).

Результаты:

Генотип T174M выявлен в 15 (26%) случаях, T174T – в 42 (74%). Генотип D/D обнаружен у 13 (23%) пациентов, I/D – у 22 (39%). D-аллель гена АПФ выявлен у 35 (61%) больных, у прочих – генотип I/I. Имела место связь D-аллеля с полом: у мужчин он обнаружен в 11 случаях, у женщин – в 24 ($p<0,05$). Генотип D/D обнаружен у женщин в 10 случаях, у мужчин – в 3 ($p<0,05$). Выявлена обратная связь генотипа T174M с острым нарушением мозгового кровообращения, которое имело место в 3 случаях, только при генотипе T174T ($p<0,05$). Фибрилляция предсердий отмечена в 4 случаях при отсутствии D-аллеля, в 2 случаях при его выявлении ($p<0,05$). При наличии D-аллеля увеличение размеров полости левого желудочка обнаружено в 5 случаях, при его отсутствии – в 1 случае ($p<0,05$).

Заключение:

Таким образом, мутантные аллели гена АГТ выявлены у 26% больных, гена АПФ – у 61%. Для D-аллеля гена АПФ выявлена связь с женским полом пациентов. Не исключено протективное действие генотипа T174M в отношении острых нарушений мозгового кровообращения, а D-аллеля – в отношении фибрилляции предсердий.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АКТИВНОЙ КЛИНООРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРОБЕ С РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

СКУРАТОВА Н.А.

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Для оценки функционального состояния сердца и вегетативных механизмов регуляции сердечного ритма используются различные функциональные пробы. Цель: оценить результаты активной клиноортостатической пробы и пробы с реактивной гиперемией у детей, занимающихся спортом.

Материал и методы:

Обследовано 84 юных спортсмена 8-18 лет. Для оценки вегетативной регуляции применялась активная клиноортостатическая проба и проба с реактивной гиперемией.

Результаты:

Установлено, что доминирующим типом вегетативного обеспечения (ВО) у юных спортсменов является тахикардический тип регуляторного нарушения, который выявился у 29 человек (34,5%). Асимпатикотонический и дезадаптивный типы ВО наблюдались у 16 (19,0%) и 11 (16,7%) обследуемых, гиперсимпатикотонический и смешанный типы ВО выявлены у 10 (11,9%) и 4 (4,8%) спортсменов соответственно. Нормальное ВО зарегистрировано у 14 (16,7%) детей. У 36 (42,9%) юных спортсменов выявлена дисфункция эндотелия. У детей-спортсменов с дезадаптивным и гиперсимпатическим типами ВО эндотелиальная дисфункция (ЭД) регистрировалась наиболее часто – у 9 (81,1%) и 7 (70,0%) человек соответственно. У атлетов с асимпатикотоническим типом ВО ЭД выявлена у 8 (50,0%) человек, у детей с тахикардическим и смешанным типами ВО нарушение функционального состояния эндотелия зарегистрировано в 8 (27,6%) и 1 (25,0%) случаях. У 3 (21,4%) юных спортсменов с нормальным типом ВО также имелась гипотоническая реакция плечевой артерии при проведении пробы. У юных спортсменов с дезадаптивным типом ВО эндотелиальная дисфункция регистрировалась чаще в сравнении с детьми, имеющими нормальный и тахикардический типы ВО ($p=0,009$, $p=0,006$) соответственно. Юные спортсмены с гиперсимпатикотоническим типом ВО достоверно чаще имели нарушение эндотелиальной функции, чем дети с нормальным или тахикардическим типами ВО ($p=0,05$, $p=0,045$) соответственно.

Заключение:

У большинства детей при проведении активной и пассивной ортостатических проб зарегистрированы тахикардическое регуляторное нарушение вегетативного обеспечения, что свидетельствует о высокой напряженности вегетативной регуляции. Эндотелиальная дисфункция чаще регистрируется среди детей-спортсменов с дезадаптивным и гиперсимпатическим типами ВО.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У МУЖЧИН РЕСПУБЛИКИ КРЫМ ЗА 2008-2013 ГОДЫ

Кислицына Н.Д., Садовой С.В.

Республика Крым, г. Симферополь,
КГМУ им. С.И. Георгиевского

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к множеству осложнений с высокой летальностью и инвалидизацией. Распространенность АГ в России одна из самых высоких в Европе и в настоящее время составляет более 35% среди мужского населения, а эффективность лечения остается крайне низкой – не более 23% больных достигают при лечении целевого уровня артериального давления. Цель. Изучить и проанализировать структуру общей и первичной заболеваемости АГ мужского населения Республики Крым за 2008-2013 годы.

Материал и методы:

Проанализированы отчеты ВОЗ, Министерства Здравоохранения Республики Крым за 2008-2013 гг., Крымского республиканского учреждения «Информационно-аналитический центр», Федеральной службы государственной статистики по Республике Крым.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2007. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p<0,05$).

Результаты:

В результате исследования выявлено, что за период 2008-2013 гг. АГ характеризовалась повышением общей заболеваемости на 17,1%, а первичная заболеваемость АГ повысилась на 3,7% в 2009 году с дальнейшим снижением на 22,9%. Общая заболеваемость АГ в сочетании с ИБС за исследуемый период увеличилась на 18,1%, динамика первичной заболеваемости имела волнообразный характер: наблюдалось повышение на 5,3% в 2009 г., снижение на 9,5% до 2011 г. и рост на 2,8% в 2012 г.. Сочетание цереброваскулярной патологии с АГ до 2010 г. характеризовалось ростом общей заболеваемости на 12% с дальнейшим снижением на 10,5%. Такие же тенденции были присущи и первичной заболеваемости – рост на 9,7% до 2009 г. и снижение на 30,2% в последующие годы.

Заключение:

В Республике Крым за 2008-2013 годы наблюдался рост общей и снижение первичной заболеваемости АГ у мужчин. Рост общей заболеваемости связан с улучшением выявляемости (диагностики) среди населения. Снижение первичной заболеваемости, по нашему мнению, – с активным проведением профилактических мероприятий и улучшением осведомленности широких масс населения о данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Борель К.Н., ГАРГАНЕЕВА А.А., ОКРУГИН С.А.,
ЮНУСОВА Е.Ю., КУЖЕЛОВА Е.А.

НИИ Кардиологии, г. Томск

Введение (цели/ задачи):

Цель. Изучить особенности клинического течения и исходы острого инфаркта миокарда (ОИМ) у пациентов трудоспособного возраста, страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

В работе использованы данные карт первичной регистрации больных программы «Регистр острого инфаркта миокарда, амбулаторные карты и архивные документы патологоанатомических отделений стационаров города и бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты:

Пациенты трудоспособного возраста, перенесшие ОИМ, были разделены на 2 группы: группа 1 – больные, у которых коронарная катастрофа развилась на фоне ГБ ($n=324$), группа 2 – больные с ОИМ без ГБ ($n=180$). По половому составу группы были сопоставимы: в обеих преобладали мужчины. Средний возраст больных с ГБ составил $51,64 \pm 5,16$ года, тогда как пациентов с нормальным АД – $49,89 \pm 6,1$ года ($p<0,001$). У каждого пятого пациента обеих групп диагностировались нарушения углеводного обмена. Однако стабильная стенокардия напряжения различных функциональных классов до развития индексного события чаще диагностировалась у пациентов с ГБ (55,6 и 13,3%, соответственно, для группы 1 и 2, $p<0,001$), как и наличие постинфарктного кардиосклероза (21,9 и 7,8%, $p=0,000$). Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), регистрируемые до индексного ИМ, в 18 раз чаще встречались у больных с ГБ.

Локализация и глубина поражения сердечной мышцы у пациентов обеих групп не различалась: преимущественным было крупноочаговое поражение передней стенки левого желудочка (ЛЖ). Сравнительный анализ эхокардиографических показателей и биохимического анализа крови позволил выявить следующие особенности: у пациентов группы 1 выявлялись худшие показатели, которые, однако, находились в пределах референсных значений: ЛП – $38,1 \pm 5,2$ vs. $36,4 \pm 5,2$ мм ($p=0,000$); толщина межжелудочковой перегородки ЛЖ – $11,2 \pm 2,1$ vs. $10,7 \pm 1,5$ мм ($p=0,03$); толщина задней стенки ЛЖ – $10,5 \pm 1,6$ vs. $10,1 \pm 1,3$ мм ($p=0,03$). Более, чем у половины пациентов обеих групп диагностировалась дислипидемия, однако у пациентов группы 1 уровень атерогенной фракции липопротеинов низкой плотности был значительно выше, составив $4,1 \pm 1,2$ ммоль/л, в сравнении со 2 группой – $3,6 \pm 0,9$ ммоль/л ($p<0,001$). Кроме того, у пациентов с ГБ отмечались более высокие значения креатинина крови ($94,95 \pm 18,8$ vs. $90,42 \pm 15,3$ мкмоль/л, $p=0,03$). За период 5-летнего наблюдения коронарорентрикулография выполнена более чем половине больных обеих групп. У пациентов группы 1 преимущественным был однососудистый характер поражения коронарного русла, тогда как у пациентов группы 2 отмечалось равнозначное распределение вовлечения в патологический процесс одной и множества артерий. По тяжести течения острого периода ИМ пациенты не различались: у трети больных обеих групп заболевание протекало с осложнениями. Частный анализ осложнений не выявил существенных различий между группами. За период наблюдения за пациентами развитие ОНМК в 7 раз чаще диагностировалось у больных с ГБ. При этом повторные ИМ случались одинаково часто. Экстренные госпитализации по поводу обострения симптомов коронарной или сердечной недостаточности в обеих группах были одинаково часты. В течение 5-летнего мониторинга летальность в обеих группах не различалась: среди пациентов с ГБ погибли 93 человека (28,7%), среди больных ИМ без ГБ – 42 человека (23,3%). При этом средний возраст умерших пациентов в группах был сопоставим, составив $55,6 \pm 5,8$ года. Медиана дожития пациентов группы 1 составила 35 месяцев, в то время как у пациентов сравниваемой группы почти в 2 раза больше (64 месяца). В группе пациентов с ГБ показатели летальности через год наблюдения и спустя 3 года после ИМ превосходил таковые в группе 2 в 2 раза. Выжившие пациенты обеих групп одинаково дисциплинированно наблюдались у участкового терапевта или кардиолога.

Заключение:

Среди пациентов трудоспособного возраста выявлена широкая распространенность ГБ, на фоне которой развивался ОИМ. Анамнестический фон пациентов с ГБ был отягощен имеющейся стенокардией, перенесенным ИМ и ОНМК. Клиническая характеристика и течение острого периода заболевания существенно не различались. У пациентов с ГБ отмечались признаки гипертензионного ремоделирования сердца. Несмотря на сравнительно молодой возраст больных обеих групп, дислипидемия встречалась в 80% случаев. Выяснилось, что наличие ГБ обуславливает многократное превосходство по частоте развития ОНМК, не влияя на вероятность развития повторных ИМ. Показатель 5-летней летальности в сравниваемых группах был сопоставим. Несмотря на значительные успехи в лечении ГБ, терапия этого заболевания носит симптоматический характер. На фоне АГ многократно увеличивается риск развития сердечно-сосудистых осложнений. В данном аспекте требуется тщательная профилактическая работа по преждевременному выявлению пациентов высокого риска и просветительская работа по агитации здорового образа жизни.

ОСОБЕННОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Руюткина Л.А., Ахмерова Е.В., Яхонтов Д.А.

Новосибирский государственный медицинский университет

Материал и методы:

Обследовано 133 больных артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени (54 мужчины и 79 женщин). 72 пациента $46,1 \pm 0,6$ лет с длительностью АГ $8,1 \pm 2,4$ лет имели сахарный диабет (СД) 2 типа с анамнезом $5,6 \pm 1,7$ лет (группа 1); 61 больной $46,3 \pm 1,2$ лет с длительностью АГ $7,4 \pm 2,7$ лет имели нормогликемию (группа 2). Группы достоверно не различались по частоте назначения базисных антигипертензивных препаратов и статинов; больные СД принимали препараты метформина и сульфамочевины. Проводили суточное мониторирование АД, эхокардиографию, оценивали толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) и эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевых артерий с помощью манжеточной пробы. Определяли гликемию натощак (ГН), СКФ по формуле CKD-EPI, липидограмму. При помощи программ STATISTICA (7,0) и SPSS (13.0) определяли $M \pm SD$ и медиану (Me; 25-75%); проводили множественный регрессионный анализ: коэффициенты регрессии (B), коэффициент множественной детерминации R^2 , model Summary.

Результаты:

При сравнимых уровнях в группах 1 и 2 соответственно креатинина крови: $87,65$ (72,5; 99,85) и $84,1$ (75,35; 99,35) мкмоль/л и частоте пиелонефрита в анамнезе (6,9 и 9,8%) у больных СД выявлены более высокие значения СКФ: $98,05$ (78,65; 119,78) и $95,3$ (83,84; 105,6) мл/мин ($p=0,012$). В группе 1 они коррелировали с САД-день ($r= -0,48$; $p<0,01$), ХС ЛПНП ($r= -0,43$; $p<0,01$), триглицеридами ($r= -0,35$; $p<0,05$), ТКИМ ($r= -0,29$; $p<0,016$), ЭЗВД ($r= -0,55$; $p<0,05$), ГН ($r= -0,23$; $p<0,05$) и длительностью диабета ($r= -0,7$; $p<0,05$). В результате оценки комплекса изученных показателей в окончательную модель для предсказания значений СКФ ($R^2=0,864$) в группе 1 вошли: длительность СД ($B= -5,1$, $SE=0,49$, $p=0,0001$), САД-день ($B=0,62$, $SE=0,18$, $p=0,002$), ИВ-САД₂₄ ($B= -0,21$, $SE=0,08$, $p=0,01$) и с ИММЛЖ ($B=0,21$, $SE=0,05$, $p=0,0001$). В группе 2 прогностической значимости по СКФ не получено.

Заключение:

У больных АГ в сочетании с СД 2 типа в отличие от нормогликемических больных АГ функциональное состояние почек, оцененное по СКФ, подвержено значимому влиянию комплекса гемодинамических факторов: САД-день, ИВ-САД₂₄, ИММЛЖ, а также длительности диабета.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА В КОЖЕ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ

Долгова Е.В., Чазова И.Е., Федорович А.А., Мартынюк Т.В., Рогоза А.Н.

ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности функционального состояния микрососудистого русла кожи у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ)

Материал и методы:

Обследовано 27 пациентов с верифицированным диагнозом ИЛГ (24 ж/3 м, функциональный класс II-III). Все пациенты были разделены на 2 группы согласно международным критериям по результатам острого фармакологического теста (ОФП) с ингаляционным оксидом азота (иNO) во время катетеризации правых отделов сердца (КПОС): 1-ая группа (n=12) – пациенты с (+)ОФП (37,7±11,2 лет); 2-ая группа (n=15) – пациенты с (-)ОФП (42,5±14,7 лет). Микрососудистое русло кожи оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с амплитудно-частотным вейвлет анализом колебаний кровотока. Функциональное состояние кожных микрососудов оценивали по результатам констрикторных и дилататорных тестов.

Результаты:

Пациенты с (+)ОФП относительно пациентов с (-)ОФП достоверно отличались по показателям теста 6-минутной ходьбы (Т6МХ) с оценкой одышки по Боргу 441±87 м и 318±123 м соответственно (p=0.005), по значениям систолического давления в легочной артерии (СДЛА) по данным эхокардиографии 62,5±20,1 мм рт.ст. и 87,7±11,4 мм рт.ст. соответственно (p=0.002), среднему давлению в легочной артерии (ДЛА ср.) по данным КПОС 45,1±13,2 мм рт.ст. и 57,7±10,3 мм рт.ст. соответственно (p=0.03), общему легочно-сосудистому сопротивлению (ОЛСС) по данным КПОС 1200,2±600,1 дин×с×см-5 и 2265,7±1017,6 дин×с×см-5 соответственно (p=0.005). По данным ЛДФ пациенты с (-)ОФП относительно пациентов с (+)ОФП имеют более высокую амплитуду нейрогенного механизма модуляции кровотока (Ан) при базальной перфузии 0,38±0,18 пф и 0,25±0,08 пф соответственно (p=0.075), повышенную констрикторную активность при дыхательной пробе (ДП) 58±25% и 34±16% (p=0.007) и удлинение времени развития постокклюзионной реактивной гиперемии 29,6±14,1 сек. и 16,17±7,2 сек. соответственно (p=0.02). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость Т6МХ с Ан – r=-0,41 (p=0.03) и степенью вазоконстрикции при ДП – r=-0,53 (p=0.0003). Между СДЛА и Ан отмечается положительная корреляционная зависимость – r=0,41 (p=0.03).

Заключение:

У пациентов с (-)ОФП относительно пациентов с (+)ОФП отмечается более выраженное повышение давления в легочной артерии и ОЛСС, а также изменения функционального статуса, но и более высокая активность симпатической системы регуляции тонуса микрососудов кожи с повышением констрикторной активности и удлинением времени развития дилататорного ответа на продукты ишемического метаболизма.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ДЛЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Зинатуллина Д.С., Садреева С.Х.

ГБОУ ВПО САМГМУ МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Состояние здоровья сельского населения вызывало и вызывает серьезную озабоченность отечественных исследователей. Обращаемость сельских жителей за медицинской помощью значительно ниже, чем городских. При этом, чем дальше от медицинского учреждения находится населенный пункт, тем реже житель обращается к медицинским работникам. Сельское население хуже городского обеспечено медицинской помощью как по объему, так и по качеству. Это же подтверждается и высокой смертностью его от болезней системы кровообращения, низкой

выявляемостью АГ, неэффективной вторичной профилактикой ССЗ. По мнению Н.Н. Крюкова, значительное место в данном вопросе должно отводиться терапевтическим школам обучения больных с АГ – ШАГ.

Материал и методы:

Для оценки эффективности и целесообразности внедрения ШАГ для жителей села, страдающих АГ, в ряде сел Самарской области нами было обучено 105 больных АГ по профилактическим программам. Занятия проводились для удобства больных по гибкому графику, 1 раз в неделю в течение 5 недель. Методика обучения была подобрана с учетом образовательного и возрастного ценза, мотивационных установок пациентов, особенностей личности больных АГ, сельских жителей. Для закрепления знаний пациентам предлагались специальные методические пособия, памятки, буклеты, плакаты, инструкции по отказу от курения, рекомендации по гипохолестериновой диете и т.д..

Результаты:

Осуществлялась оценка уровня знаний до и после обучения. Контроль выживаемости знаний и определение уровня информированности о ФР АГ у сельских жителей проводился через 12 месяцев после обучения в ШАГ. Через год, в группе обучения ШАГ сельских жителей, была отмечена эффективность коррекции модифицированных факторов риска АГ - снижение САД на 15,6 мм рт.ст., ДАД на 5,1 мм рт.ст.; повышение числа больных, достигших целевого уровня АД до 45,7 %; освоение методов самоконтроля АД и МТ; увеличение комплаенса по антигипертензивным препаратам у 92,4 % больных.

Заключение:

Результаты исследования показали, что наиболее эффективными технологиями обучения явились индивидуальные и групповые занятия с широким использованием современных технологических возможностей: компьютерных программ, мультимедийных презентаций, интернета, электронной почты, мобильной и телефонной связи, применение «карты больного АГ, прошедшего ШАГ», а также применение различных видов скрининговых программ.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гусаковская Л.И., Хромова А.А., Томашевская Ю.А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ суточных параметров аортального давления и ригидности у больных метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией 1-2 степени (АГ) с признаками гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и без.

Материал и методы:

Обследовано 122 человека с тремя и более критериями МС (рекомендации РКО, 2009). Обязательным условием было наличие АГ 1-2 степени. Всем пациентам проводили эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) на приборе MyLab 90 (Esaote, Италия), по результатам которого больные были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 53 человека с признаками ГЛЖ (значения ИММЛЖ для мужчин ≥ 125 г/м², для женщин ≥ 110 г/м²). Группу 2 составили 69 пациентов с МС и нормальными значениями ИММЛЖ по данным ЭХОКГ. Больные были сопоставимы по возрасту, росту, уровню систолического и диастолического АД. Структурно-функ-

циональные свойства магистральных артерий анализировали по данным амбулаторного мониторинга АД прибором VpLab («Петр Телегин», Россия) с определением среднесуточных значений центрального (аортального) давления и сосудистой ригидности (САДао, СрАДао, ДАДао, ПАДао, А1хао, RWTТ).

Результаты:

При сопоставимых офисных значениях АД сравниваемые группы достоверно отличались по показателю САДао (в группе 1 – $133,7 \pm 12,8$ мм рт.ст., в группе 2 – $127,8 \pm 8,7$ мм рт.ст., $p < 0,01$), СрАДао (у больных с ГЛЖ – $111,0 \pm 11,5$ мм рт.ст., у лиц с нормальными значениями ИММЛЖ – $105,4 \pm 8,5$ мм рт.ст., $p < 0,01$) и ПАДао (в группе 1 – $44,7 \pm 9,7$ мм рт.ст., в группе 2 – $40,5 \pm 5,5$ мм рт.ст., $p = 0,01$) при сопоставимых значениях ДАДао ($89,4 \pm 9,3$ и $87,5 \pm 8,3$ мм рт.ст., соответственно, $p = 0,24$). Достоверных отличий по среднесуточному уровню А1хао не выявлено: у больных с ГЛЖ – $24,2 \pm 12,5\%$, в группе сравнения – $21,4 \pm 13,2\%$ (нд). Показатель RWTТ в группе 1 составил $130,9 \pm 9,2$ мс, в группе 2 – $136,1 \pm 9,6$ мс ($p < 0,01$).

Заключение:

У больных метаболическим синдромом наличие признаков гипертрофии левого желудочка сопровождалось ухудшением большинства среднесуточных показателей центрального давления и жесткости.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ЖЕНЩИН С МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лямина Н.П., Липчанская Т.П., Малинова Л.И.,
Наливаева А.В., Сенчихин В.Н.

НИИ кардиологии СГМУ
им. В.И.Разумовского Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Одним из прогностических факторов риска фатальных сердечно-сосудистых событий (ССС) при артериальной гипертензии (АГ) являются метаболические нарушения, развивающиеся в результате особенностей пищевого поведения. Цели: Изучить особенности пищевого поведения у женщин среднего возраста с маскированной АГ.

Материал и методы:

Проведено скринирующее исследование 358 женщин среднего возраста (30–58 лет), сотрудниц промышленного учреждения без регламентированных факторов профессиональной вредности. В исследование не включались пациентки с клиническими признаками сердечно-сосудистых заболеваний, беременные, использующие гормональную заместительную терапию. Диагноз маскированной артериальной гипертензии (МАГ) был поставлен на основе проведения теста с 30-секундной задержкой дыхания (патент на изобретение №2376930) и данных суточного мониторинга артериального давления. Клинико-лабораторный скрининг включал физикальный осмотр, тощаковый уровень глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, липидный спектр. Особенности питания оценивались с использованием специально разработанной анкеты. Оценка 10-летнего риска фатальных СССР проводилась по модели выживаемости на основе функции Вейбулла.

Результаты:

Оптимальное артериальное давление было у 50,3% женщин, нормальное и повышенное нормальное у 23,2%, явная гипертензия у 26,5%. Распространенность МАГ составляла 7,6%. Частота

потребления колбасных изделий и маринадов были максимальными у больных с явной гипертензией (ежедневно у 47%; один/два раза в неделю у 37%). Нормотоники потребляли фрукты и овощи ежедневно (55%). Потребление соли у женщин с МАГ было 4,8 (3,0; 5,2) г в сутки, против 4,6 (2,7; 4,8) г у женщин с явной гипертензией, и 3,4 (2,5; 3,8) г у нормотоников. Индекс массы тела был выше у пациенток с явной гипертензией и МАГ (32,74 и 30,08), чем у нормотоников (24,66). 10-летний риск фатальных СССР был выше у пациенток с МАГ (0,77), чем у гипертоников и нормотоников (0,68 и 0,44).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют об особенностях пищевого поведения у пациенток с маскированной АГ.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить особенности пищевого поведения у женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы:

Обследованы женщины пожилого возраста (средний возраст $69,33 \pm 4,56$) с ГБ второй стадии, риском 3: 10 человек без ожирения, 12 – с первой степенью ожирения, со второй – 9, с третьей – 10. Использовался опросник «Оценка пищевого поведения» – DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behaviour – Голландский опросник пищевого поведения).

Результаты:

В целом, в группе лиц с ожирением средний балл по ограниченному типу поведения на 36% ($p < 0,05$), а по экстернальному типу на 14,2% ($p < 0,05$) выше, чем в группе лиц без ожирения. Отличий по эмоциогенному типу не выявлено. В зависимости от степени выраженности ожирения отмечается тенденция к росту среднего балла, характеризующего ограничительный тип поведения (при второй степени на 9% выше, чем при первой степени, а при третьей степени на 6,7% выше, чем при второй). По эмоциогенному типу поведения зависимости от степени ожирения не выявлено. По экстернальному типу средний балл при первой и второй степенях ожирения в 1,4 раза ($p < 0,05$) выше, чем у лиц с третьей степенью ожирения. При этом в зависимости от степени ожирения возрастает склонность к анорексии. При первой степени эта склонность выявляется у 50%, при второй – у 66,6%, при третьей – у 100%. В группе лиц без ожирения плохой контроль за съеденной пищей отмечался у 60%, при первой степени ожирения у 50%, при второй у 33,3%, при третьей степени лиц с плохим контролем не выявляется.

Заключение:

У женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью в зависимости от степени выраженности ожирения увеличивается роль ограничительного типа пищевого поведения, повышается склонность к контролю съеденной пищи и к анорексии, эмоциогенные и экстернальные компоненты пищевого поведения нивелируются. Полученные данные необходимо учитывать при курации больных данной категории.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Полозова Э.И., Лещанкина Н.Ю., Шаповалова М.С.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. ОГАРЕВА»

Введение (цели/ задачи):

В последние годы большое внимание уделяется частому сочетанию ревматических заболеваний и патологии сердечно-сосудистой системы. Целью работы явилось изучение особенностей ремоделирования сердца при ревматоидном артрите (РА) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Исследуемую группу составили 60 пациентов с РА и сопутствующей АГ 2 стадии (85% женщин и 15% мужчин) в возрасте $49,5 \pm 3,7$ лет, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2013-2014 г.г. Всем пациентам проводили электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое исследования (ЭХОКГ), определяли относительную толщину стенок левого желудочка, массу миокарда левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка. Для выделения типов ремоделирования левого желудочка использовали классификацию Ganau et al. (1992 г.).

Результаты:

Гипертрофия левого желудочка была обнаружена в 82% случаев на основании анализа заключений ЭКГ. При оценке данных ЭХОКГ было выявлено, что гипертрофия миокарда левого желудочка имела место в 97% случаев в анализируемой группе. Структура распределения типов геометрии сердца: нормальная геометрия – 5,0%, концентрическое ремоделирование – 3,3%, эксцентрическая гипертрофия – 58,3%, концентрическая гипертрофия – 33,4%. Проведенное исследование выявило высокую распространенность прогностически неблагоприятных вариантов ремоделирования левого желудочка – эксцентрическую и концентрическую гипертрофию у пациентов с РА и АГ.

Заключение:

Таким образом, к особенностям ремоделирования сердца у пациентов с РА и АГ относится преимущественное формирование эксцентрической и концентрической гипертрофии левого желудочка. Данные типы структурно-геометрических нарушений сердца определяют неблагоприятный прогноз в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений у больных РА и АГ.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Смирнова И.Н., Антипова И.И.,

Зарипова Т.Н., Смирнова И.Н.

ФГБУ СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ФМБА

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: анализ состояния кардио-респираторной системы у больных артериальной гипертензией (АГ) при сочетании с бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы:

Проведено обследование 111 больных БА в сочетании с АГ и 53 больных БА без АГ. Сравнительное анализ состояния функции внешнего дыхания, внутрисердечной и центральной

гемодинамики проводили по показателям эхокардиографии (ЭхоКГ) и спирографии.

Результаты:

Проведенный сравнительный анализ показателей функции внешнего дыхания свидетельствовал об увеличении степени выраженности вентиляционных нарушений при наличии сочетанной патологии. Так 73,1 % больных БА без АГ не имели нарушений бронхиальной проходимости, минимальные нарушения были диагностированы у 19,2%, резкие нарушения только у 3,8% пациента. При сочетании с АГ частота диагностики резких нарушений вентиляции возросла до 13,8% ($p < 0,05$). Проведенное исследование показателей ЭХОКГ выявило, что для больных БА без АГ нарушения систолической функции левого желудочка малохарактерны. Лишь у 1/3 (33,3%) обследованных было выявлено увеличение конечного диастолического объема и снижение ударного объема. Ассоциация БА и АГ не оказывает дополнительного отягощающего воздействия на состояние отмечено систолической функции левого желудочка, однако значительно ухудшает его диастолическую функцию. Так, у 79,3% больных БА с АГ наблюдалось удлинение скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ (в группе БА без АГ - у 66,6%). У 16,7% больных БА и у 31,7% больных БА с АГ отмечено увеличение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ ($p < 0,01$). Уменьшение соотношения Е/А наблюдалось у 13,3% больного БА и у 50,0% больных БА с АГ ($p < 0,01$). Время изоволюмического расслабления было изменено у 13,3% больных БА и у 53,6% больных БА с АГ ($p < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, у больных БА в сочетании с АГ статистически значимо не только повышалась частота выявления нарушений диастолической функции левого желудочка, но и ухудшались средние значения отдельных показателей, характеризующих эту функцию, по всей видимости, за счет наличия у них артериальной гипертензии.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Скибицкий В.В., Скибицкая С.В.,

Фендрикова А.В., Породенко Н.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) и толщины комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) сонных артерий у женщин в ранней постменопаузе с артериальной гипертензией (АГ) и различными типами ожирения.

Материал и методы:

Обследовано 97 женщин с АГ и абдоминальным ожирением (АО) (средний возраст $55,1 \pm 3,3$ года) и 71 – с АГ и глутео-феморальным ожирением (ГФО) ($54,9 \pm 4,1$ года). Выполнено клиническое исследование, эхокардиография по стандартной методике и дуплексное сканирование сонных артерий.

Результаты:

У женщин с АО, по сравнению с ГФО, имело место достоверно большее утолщение стенок и увеличение массы ЛЖ, свидетельствующие о более выраженной его гипертрофии, регистрируемой чаще при АО (соответственно у 83 из 97 - 85,6% против 49 из 71 - 69% при ГФО), а также высокая частота встречаемости различных типов ремоделирования ЛЖ, среди которых преобладал

концентрический вариант гипертрофии ЛЖ (в 60,2% и 42,8% случаев соответственно). У женщин с АО изменения показателей, отражающих процесс и характер релаксации миокарда (DT, IVRT), оказались достоверно более выраженными, чем при ГФО. Диастолическая дисфункция ЛЖ, преимущественно гипертрофического типа, была зарегистрирована у большинства женщин с АО и ГФО (соответственно в 85,6% и 74,6% случаев). У женщин с АО, как при 1-ой, так и 2-ой степени ожирения, выраженность гипертрофии и диастолической дисфункции, оказалась больше, чем у пациенток с ГФО. Выраженность ремоделирования ЛЖ у пациенток с 1-ой степенью АО практически не отличалась от таковой у женщин со 2-ой степенью ГФО ($p < 0,05$ для всех показателей). Исследование сонных артерий выявило лишь тенденцию к увеличению средних значений ТКИМ при АО по сравнению с таковыми при ГФО. Однако количество пациенток с ТКИМ $\geq 0,9$ мм было в 2 раза большим в группе женщин с АО, чем у больных с ГФО (соответственно у 30,0% против 15,5%; $p = 0,047$).

Заключение:

Выявлены более выраженные нарушения структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ у женщин с АО. Уже при 1-ой степени АО регистрируются значимые признаки гипертрофии и диастолической дисфункции миокарда ЛЖ, сопоставимые по выраженности с таковыми при 2-ой степени у женщин с ГФО. В свою очередь, это позволяет предположить, что в развитие вышеперечисленных нарушений наибольший вклад вносит именно тип ожирения (абдоминальный) и несколько в меньшей мере - его степень.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ

Опольская С.В., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

КубГМУ Минздрава России, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы:

В исследование включены 42 пациента с неконтролируемой АГ в возрасте от 40 до 85 лет (медиана возраста 64,5 года), перенесших в ближайшие 4 недели острое нарушение мозгового кровообращения, из них у 36 была диагностирована ТИА, у 26 - ишемический инсульт. Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия). Определялись основные показатели СМАД: систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД) в дневные часы и ночные часы, индекс времени (ИВ) гипертензии, вариабельность САД и ДАД днем и ночью, величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД.

Результаты:

До начала антигипертензивной терапии в обеих группах пациентов средние значения САД и ДАД в дневные и ночные часы превышали нормальные уровни. Существенных различий по показателям САД, ДАД днем и ночью, ИВ АД в дневные и ночные часы, вариабельности САД и ДАД, скорости утреннего подъема АД, величины утреннего подъема САД между группами не выяв-

лено. Вместе с тем величина утреннего подъема ДАД составила 27,5 (16 - 39) мм рт. ст. в группе больных, перенесших ТИА, и оказалась достоверно больше, чем у пациентов с ИИ - 20 (11 - 24) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Кроме того, в обеих группах преобладающим оказался тип суточной кривой «non-dipper», который определялся у 23 (64%) пациентов с ТИА и 19 (73%) больных с ИИ.

Заключение:

Независимо от варианта острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов с АГ средние значения САД и ДАД в течение суток превышали нормальные уровни. Основные показатели СМАД у пациентов с ТИА и ишемическим инсультом достоверно не различались, за исключением значимых различий величины утреннего подъема ДАД. В обеих группах больных преобладающим профилем АД являлся «non-dipper».

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Киселёв А.А., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности суточного профиля артериального давления у солечувствительных и солерезистентных больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ) и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы:

В исследование включены 64 пациента с НКАГ и сахарным диабетом 2 типа, медиана возраста 58,2 (38 - 72) лет. Пациентам была проведена проба В.И. Харченко для определения солечувствительности, после чего они были распределены в две группы: 1 группа (n=31) - солечувствительные и 2 группа (n=33) - солерезистентные больные. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), с использованием аппаратного комплекса BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) с определением основных показателей суточного профиля АД. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.1.

Результаты:

В ночные часы в группе солечувствительных больных зафиксированы достоверно более высокие значения систолического артериального давления (САД) - 138 (132 - 147) мм.рт.ст и диастолического артериального давления (ДАД) - 96 (92 - 104) мм рт.ст., чем в группе солерезистентных пациентов, у которых САД составило 125 (121 - 137) мм рт.ст., а ДАД - 88 (84 - 98) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Кроме того, в группе солечувствительных больных профиль АД «non-dipper» регистрировался достоверно чаще, чем у солерезистентных: 20 (64,5%) против 4 (12,1%) человек соответственно ($p < 0,05$). Статистически значимых различий остальных показателей СМАД в обеих группах выявлено не было.

Заключение:

Таким образом, у солечувствительных больных с НКАГ и сахарным диабетом 2 типа показатели САД и ДАД в ночное время оказались достоверно выше, чем у солерезистентных. В группе солечувствительных пациентов профиль АД «non-dipper» регистрировался чаще, чем у солерезистентных больных.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ miR-126, miR-155, miR-221 И miR-222 У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Щеглова Н.Е.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

В последнее время пристальное внимание уделяется вопросам, связанным с участием в биологических и патологических процессах микроРибонуклеиновых кислот (микроРНК) – малых не кодирующих молекул рибонуклеиновых кислот (РНК).

Материал и методы:

Было обследовано 30 мужчин, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Областной клинической больницы города Твери, и 15 здоровых мужчин. Сформированы выборки из двух групп сравнения. В I группу включили 15 здоровых мужчин от 29 до 47 лет (средний возраст $33,93 \pm 1,14$ лет). II группа состояла из 30 пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 29 до 65 лет (средний возраст $47,73 \pm 1,97$ лет). Критерии групповой принадлежности: мужской пол и наличие GB I-II стадии без систолической дисфункции миокарда левого желудочка и отсутствие на момент обследования диагноза ИБС. Критерии исключения: лица с тяжелой соматической патологией, аллергическими заболеваниями и профессиональными вредностями. Общая РНК, включая микроРНК, была получена комбинированным методом из плазмы крови с помощью набора miRNeasy Mini Kit (Qiagen, Германия) и лизирующего реагента TRIzol® LS Reagent (Invitrogen, США). Обратную транскрипцию проводили на четырехканальном амплификаторе «Veriti» («Applied Biosystems», США) с использованием набора Taq Man Small RNA Assays («Applied Biosystems», США) с применением праймеров miR-126, 155, 221, 222. Экспрессию miR-126, 155, 221, 222 оценивали с помощью показателя ΔCt . В качестве эндогенного контроля использовали праймер RNU6B. Для расчета количественного изменения микроРНК использовали метод $2^{-\Delta\Delta Ct}$, предложенный К. J. Livak и Т. D. Schmittgen. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$.

Результаты:

Уровень экспрессии miR-126, miR-221, miR-222 оказался соответственно в 256 раз, 196 раз и в 213 раз выше у больных GB по сравнению со здоровыми людьми. Уровень экспрессии miR-155 больных GB оказался неизменным.

Заключение:

Наличие у больных GB резко повышает уровень экспрессии miR-126, miR-221 и miR-222 по сравнению с группой здоровых людей. Изменение уровня экспрессии miR-155 не удалось ассоциировать с GB. Результаты проведенного исследования подтверждают участие miR-126, miR-221 и miR-222 в развитии GB и могут быть использованы для дальнейшего изучения их роли в патогенезе артериальной гипертонии.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимов А.М., Каюмова М.М.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение отношения к своему здоровью и профилактике в зависимости от возраста у мужчин 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы:

Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на неорганизованной городской тюменской популяции мужчин в возрасте 25-64 лет. Из избирательных списков граждан Центрального административного округа г.Тюмени методом случайных чисел 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). Обследование было проведено с откликом 85,0 %. Анкетирование респондентов проводилось по алгоритмам программы ВОЗ «Моника-психосоциальная». Анкета «Знание и отношение к своему здоровью» включала 33 вопроса по отношению к своему здоровью и профилактике и была предложена респондентам на самозаполнение.

Результаты:

Среди мужчин трудоспособного возраста г.Тюмени 88,0% положительно относились к профилактическим проверкам. Около 35% респондентов выказывали низкую ответственность по отношению к своему здоровью – 36,3% продолжали работу в случае, если на работе почувствовали себя не совсем хорошо и 34,9% продолжали работать при температуре или гриппе. К врачу при плохом самочувствии обращалась только пятая часть респондентов, около половины популяции при плохом самочувствии или температуре предпочитали отдых и самолечение. В возрастной категории 55-64 лет продолжало работать в случае плохого самочувствия наименьшее количество мужчин (31,3%). В то же время, сокращала работу или отдыхала при плохом самочувствии наименьшая доля респондентов старших возрастных категорий 45-54 (40,3%) и 55-64 лет (37,9%). В возрасте 55-64 лет более чем вдвое, сравнительно с младшей возрастной группой 25-34 лет, увеличилось количество мужчин (с 12,5% до 29,0%), которые в случаях ухудшения своего здоровья обратились бы за медицинской помощью, $p < 0,001$. Достоверные различия по этому параметру найдены также между средними возрастными группами и старшей группой 55-64 лет (в возрасте 35-44 лет 11,0% в случаях ухудшения своего здоровья обратились бы за медицинской помощью, $p < 0,001$). Значимо самые низкие и самые высокие значения по параметру обращения за медицинской помощью имели место соответственно между группами 35-44 (11,0%, $p < 0,001$) и 55-64 лет (29,0%, $p < 0,01$). В зависимости от возраста не изменилась ответственность к выполнению своей работы, и в случае заболевания 45,3% мужчин предполагали делать все возможное, чтобы вернуться на работу. По отношению к профилактическим проверкам своего здоровья возрастная категория 55-64 лет с большим доверием отреагировала на полезность профилактических мер сравнительно с лицами молодого возраста 25-34 лет (ответ «возможно, да» в 14,5% и 8,0% соответственно, $p > 0,05$).

Заключение:

Таким образом, в городской популяции мужчин трудоспособного возраста установлено преимущественно положительное отношение к профилактическим проверкам здоровья, с увеличением возраста отмечается тенденция к повышению ответственности за свое здоровье и позитивному отношению к профилактическим мероприятиям. Полученные закономерности определяют необходимость разработки профилактической программы для населения города с учетом целенаправленного воздействия на молодые возрастные группы.

ОТНОШЕНИЕ К ТАБАКОКУРЕНИЮ МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА ТЮМЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТРУДА

АКИМОВ А.М., СМАЗНОВ В.Ю.,
ГАФАРОВ В.В., КУЗНЕЦОВ В.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский
кардиологический центр»

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение отношения к табакокурению у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при различном характере труда.

Материал и методы:

Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на открытой тюменской популяции мужчин 25-64 лет. 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 скрининг составил 85,0 % – 850 участников. Отношение к курению проводили с использованием стандартной анкеты ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью». Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Вопросы анкеты сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Характер труда оценивался по градациям: 1) руководители, 2) инженерно-технические работники и специалисты, 3) работники физического труда, 4) пенсионеры и неработающие. Математическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ статистической обработки медицинской информации SPSS, версия 11.5, STATISTICA 7.0 и электронных таблиц «Microsoft Excel» в соответствии с правилами вариационной статистики.

Результаты:

В открытой популяции г. Тюмени 65,0% мужчин успешно или безуспешно пытались что-либо изменить в своей привычке к курению табака. При этом никогда не курили 27,1% мужчин, 24,0% – бросили курить. Меньше стали курить 10,8% мужчин, 14,3% курящих указали, что бросали курить на некоторое время. Доля лиц, безуспешно пытавшихся изменить привычку к курению, составила 15,8%, а тех, кто никогда не пытался бросить курить – 7,9%. По характеру труда на вопрос: «Пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в своем курении?» отмечались значимые различия между группами в первой категории ответов. Так, никогда не курили в популяции максимальное число руководителей и минимальное число лиц физического труда. Достоверные различия по этому параметру наблюдались между группами: руководители – лица физического труда (36,8% – 19,8%, $p < 0,001$), пенсионеры и неработающие – лица физического труда (29,0% – 19,8%, $p < 0,05$), ИТР – лица физического труда (33,7% – 19,8%, $p < 0,001$). В то же время среди лиц, безуспешно пытавшихся бросить курить, также преобладали лица физического труда – в этой группе статистически значимые различия по данному параметру имели место в сравнении с каждой из прочих трех рассматриваемых групп. На вопрос «Курите ли Вы больше, чем год назад?» ответ «курю также» был достоверно чаще получен у лиц, занятых физическим трудом (35,6%), сравнительно с прочими группами. Ответ «в течение года не курил» встречался достоверно реже в той же группе работников физического труда (39,2%) сравнительно со всеми другими группами.

Заключение:

Таким образом, по данным исследования открытой популяции г. Тюмени, среди лиц физического труда установлена наиболее выраженная привычка к курению табака, что необходимо учитывать при планировании программ профилактического вмешательства, направленных на сведение к минимуму распространенности курения, как элемента образа жизни, в группах низкого социального статуса.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

РЕБРОВА Н.В., АНИСИМОВА Е.А., РИПП Т.М.,
САРКИСОВА О.Л., ТРИФОНОВА Т.Г.,
МОРДОВИН В.Ф., БОГОМОЛОВА И.И., КАРПОВ Р.С.

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние 6-месячной терапии валсартаном (Вс) на показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и цереброваскулярного резерва (ЦВР) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ревматоидным артритом (РА)

Материал и методы:

Обследовано 24 больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ревматоидным артритом (РА) в возрасте $58,7 \pm 10,2$ лет. Длительность АГ составила $14,1 \pm 8,0$ лет, РА – $14,4 \pm 12,4$ лет. У 18 (75%) больных выявлена АГ 1-2 степени, у 6 (25%) – 3 степени. Дислипидемию имели 20 (83%) больных, атеросклероз сонных артерий со стенозом $< 40\%$ – 16 (67%). До и через 6 месяцев лечения Вс в дозе 80-160 мг/сут проводили СМАД и оценивали ЦВР с помощью транскраниальной доплерографии (ТКД) средних мозговых артерий (СМА) с использованием гиперкапнической (ингаляция 4% смеси углекислого газа с воздухом, фаза вазодилатации) и гипероксической (ингаляция 100% кислорода, фаза вазоконстрикции) проб.

Результаты:

АД до лечения составило $141,1 \pm 11,0 / 80,9 \pm 9,0$ мм рт. ст. за сутки, $142,8 \pm 10,5 / 84,2 \pm 9,2$ мм рт. ст. за день, $135,5 \pm 14,0 / 74,0 \pm 8,7$ мм рт. ст. за ночь. Через 6 месяцев терапии Вс наблюдали достоверное снижение систолического АД до $127,0 \pm 14,0$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), $130,1 \pm 14,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) и $120,7 \pm 17,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) соответственно. На фоне лечения Вс наблюдали недостоверное изменение количества dipper с 29% до 50%, non-dipper с 50% до 25%, night-reaker с 21% до 25% больных. Целевой уровень АД к концу курса достигнут у 17 (71%) больных. В гиперкапнической пробе наблюдали значимое увеличение пиковой систолической скорости кровотока в СМА с $64,1 \pm 23,5$ до $95,4 \pm 28,6$ см/с ($p < 0,01$). Более половины пациентов имели неадекватную ответную реакцию на гиперкапнию: у 10 (42%) больных – усиленную положительную реакцию, у 3 (13%) – отрицательную реакцию. В гипероксической пробе не установлено достоверных изменений линейных скоростей кровотока (ЛСК) в СМА. Только у 3 (13%) пациентов выявлено адекватное снижение ЛСК в СМА на 20% и более при вдыхании кислорода. У 17 (71%) больных имело место недостаточное снижение ЛСК, у 4 (17%) – парадоксальное увеличение на 14-22%. Через 6 месяцев терапии Вс наблюдали лишь тенденцию к нормализации показателей ЦВР. Индекс реактивности в гиперкапнической пробе увеличился с $1,46 \pm 0,30$ до $1,51 \pm 0,31$, на гипероксической – снизился с $0,94 \pm 0,15$ до $0,82 \pm 0,14$.

Заключение:

Итак, терапия Вс оказывала значимый антигипертензивный эффект, но не влияла на сниженный ЦВР у больных АГ в сочетании с РА.

ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С.Ю., Томашевич К.А., Солобоева М.Ю.

ГОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, МСЧ «НЕФТЯНИК», ОКБ № 1 КДЛ

Материал и методы:

В исследование было включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН ишемического генеза, имеющих симптомы недостаточности кровообращения по обоим кругам, 3-4 функциональный класс ХСН. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP-экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Результаты исследования представлены в виде определения генотипа (гомозигота по аллели 1, аллели 2 или гетерозигота) для генов AGTR1 и AGT, а также в определении аллели D - делеции (отсутствии) или аллели I- инсерции (вставка) Alu-последовательности внутри интрона гена ACE. Статистическая обработка результатов проведена стандартными методами.

Результаты:

Гомозигота 1166A определялась у 45,1%, гомозигота 1166C – у 9,2%, гетерозигота – у 45,1 % больных ХСН. Аллель 174MM выявлена у 27,5%, 174TT- у 43,1 % и соответственно гетерозиготный вариант T174M - у 27,4 % пациентов. Генотип TT M235T выявлялся в 19,6%, MM- в 19,6% и гетерозиготный вариант - в 60,8% исследований. Аллель D ACE определялась в 51 % наблюдений.

Заключение:

В нашем исследовании выявлена относительно небольшая частота полиморфизмов РААС, отвечающая согласно данным литературы за ассоциацию с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, при этом частота аллели D ACE, ассоциирующаяся с высокой эффективностью ИАПФ, составила около половины случаев. С учетом того, что имеющиеся литературные данные показывают неоднозначные результаты исследования генетического полиморфизма в разных расовых группах, а также результаты исследований, проведенных на относительно небольших выборках пациентов часто дают противоречивые данные о влиянии на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, представляет интерес дальнейший анализ функциональной значимости выявленных полиморфизмов генов РААС у больных ХСН.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИБС И В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Корягина Н.А., Петрищева А., Василец Л.М., Туев А.В.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера

Введение (цели/ задачи):

Оценка показателей микроциркуляции у женщин, имеющих ишемическую болезнь сердца (ИБС) и в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

Представлено 4 группы (гр.), где 1 гр. - 30 женщин (жен.) с ИБС и АГ, сохраненным менструальным циклом (МЦ), 2 гр.-60 жен. с ИБС и АГ без МЦ, 3 гр.-59 жен.с ИБС без АГ, но с МЦ и 4 гр. ИБС без АГ без МЦ. Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

Результаты:

В когорте женщин с ИБС выделены группы в зависимости от наличия АГ и выявлены некоторые особенности показателей микроциркуляции. У постменопаузальных женщин с ИБС с АГ в ходе обследования выявлены более низкие значения показателя микроциркуляции (ПМ) ($2,94 \pm 0,54$), по сравнению с больными ИБС с АГ в пременопаузе ($3,15 \pm 0,54$) и группой без АГ в постменопаузе ($3,08 \pm 0,66$). Показатели среднего квадратичного отклонения колебаний ПМ и коэффициента вариации тканевого кровотока у пациенток с ИБС и АГ в зависимости от менструального цикла имели склонность к снижению. Амплитудно-частотные характеристики активного механизма модуляции флуктуации кровотока преобладают в амплитудно-частотном спектре и значимо не изменились, хотя микрососудистый тонус немного повышен. Кардио-респираторные ритмы флуктуации имели тенденцию к повышению при наличии АГ. У пациенток с ИБС и АГ в постменопаузе выявлен дисбаланс в системе регуляции тканевого кровотока, который проявлялся достоверным снижением индекса эффективности микроциркуляции ($1,89 \pm 0,65$) по сравнению с больными ИБС и АГ в пременопаузе и без АГ. При проведении окклюзионной пробы у пациенток с ИБС и АГ в постменопаузе резерва капиллярного кровотока (РКК) ($340,47 \pm 39,9$) снижается по сравнению с пациентками с АГ в пременопаузе, однако значительно превышает РКК в группе ИБС без АГ в пременопаузе ($304,81 \pm 33,3^*$) ($p < 0,05$), что свидетельствует о наличии спазма в микроциркуляторном русле. При проведении дыхательной пробы сохраняется значительное снижение ПМ на высоте глубокого вдоха ($27,45 \pm 2,3$), по сравнению с пременопаузой без АГ ($22,4 \pm 2,5$), но тенденция к снижению недостоверная.

Заключение:

Выявлено, что имеются нарушения процессов микроциркуляции, связанные не только с гипеоэстрогенией и прекращением менструальной функции, но и метаболическими нарушениями, особенно в группе пациентов с ИБС и в сочетании с артериальной гипертонией.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Ф.М., Агзамова Ш.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт (ТашПМИ)

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту распространенности высокого нормального артериального давления (ВНАД), и артериальной гипертензии (АГ), избыточной массы тела и ожирения в популяции детей 7 лет.

Материал и методы:

Частотные различия были получены при анализе результатов обследования 136 практически здоровых детей младшего школьного возраста узбекской национальности, посещающих среднюю школу г. Ташкента. Среди обследованных детей было 73 мальчика (53,7%) и 63 девочек (46,3%) средний возраст со-

ставил 7.0 ± 0.1 лет. Были применены центильные таблицы для верификации АД (Российские рекомендации, 2009) и индекса массы тела (ИМТ, по Критериям ВОЗ, 2007), в зависимости от пола, возраста и процентиля роста.

Результаты:

По данным измерения АД частота распространенности ВНАД у мальчиков составила 12,3% (n=9), а у девочек 20,6% (n=13). Повышение систолического АД (САД) в пределах уровня ≥ 90 го и < 95- го процентиля отмечалось в 8,2% (n=6) случаях у мальчиков и в 14,3% (n=9) – у девочек. Диастолическое АД (ДАД) повышалось в 4,1%, 9,5% случаях, соответственно. Частота АГ у мальчиков составила 9,6% (n=7), а у девочек 9,5% (n=6). Избыточная масса тела (+1СО – стандартное отклонение по ИМТ) была выявлена в 6,8% (n=5) случаях у мальчиков и в 3,2% (n=2) – у девочек. Ожирение в 2,7% и 4,8% (между +2СО и +3СО) случаях, соответственно. У 17,8% (n=13) мальчиков и 17,4% (n=11) девочек выявлен дефицит массы тела (-1СО). Причем, АГ у этих детей была зафиксирована в 4,1% и 3,2% случаях, соответственно.

Заключение:

Частота АГ среди детей в возрасте 7 лет составила 9,6%. Гендерные различия не выявлены. Доля детей с высоким нормальным АД - 17,6%, с преимущественным увеличением САД. Отмечена тенденция к повышению числа детей, как с дефицитом массы тела, так и с избыточным весом. Таким образом, разработка научных предпосылок для создания территориальной системы медицинского мониторинга и диагностики состояния сердечно-сосудистой системы школьников, путем совершенствования системы первичного скрининга АГ и дальнейшего медицинского сопровождения школьника в зависимости от результатов скрининга является актуальной научной проблемой и важной социально-экономической задачей.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г.ТОМСКА

КАРАМНОВА Н.С., ВЫГОДИН В.А., СЕРЕБРЯКОВА В.Н., КАЛИНИНА А.М., ТРУБАЧЕВА И.Н., КАВЕШНИКОВ В.С.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии», г. Томск, ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Введение (цели/ задачи):

Цель – изучить частоту факторов риска (ФР) артериальной гипертонии (АГ) в коллективе педагогов общеобразовательных школ г.Томска.

Материал и методы:

Обследованы 154 педагога - женщин (коллективы 2-х общеобразовательных школ г.Томска) в возрасте 21 – 71 года. Средний возраст - $46,6 \pm 10,9$ лет, средний показатель трудового стажа - $25,0 \pm 10,7$ лет. Отклик - 84%. Высшее образование имели 94% учителей. Обследование проводилось по стандартным методикам и включало: измерение артериального давления, антропометрию, определение уровня триглицеридов, общего холестерина и глюкозы крови, опрос на уровень физической активности, привычку табакокурения и прием лекарственных средств.

Результаты:

Частота АГ в коллективе составила 51,9%, впервые выявленная – 3,2%. Меньше половины педагогов с АГ принимали гипотензивные препараты (42,8%) и лишь у 15% из них зафиксированы целевые уровни артериального давления во время трудового

процесса. Частота курения составила 7,0%. Установлена высокая частота алиментарно-зависимых ФР: две трети коллектива педагогов имели повышенную массу тела - 68,8%. Частота избыточной массы тела составила 33,1%, ожирения - 35,7%, абдоминального ожирения - 40,2%. Выявлена высокая частота гипергликемии - 12,1%, гиперхолестеринемии - 78,0% и гипертриглицеридемии - 32,0%. Недостаточная двигательная активность отмечена у 30% учителей. Частота всех ССЗ в коллективе составила - 15,3%, ИБС - 12,5%, а СД - 3,3%. У 2,9% учителей в анамнезе присутствовал перенесенный инсульт. Все случаи ССЗ и СД приходились на учителей старше 60 лет – 17% коллектива

Заключение:

Определены приоритетные моменты для разработки и реализации профилактического вмешательства на рабочем месте в данном коллективе – эффективный контроль АГ, коррекция алиментарно-зависимых ФР и формирование адресных превентивных подходов для педагогов, относящихся к группе лиц высокого суммарного сердечно-сосудистого риска.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

БИЧАН Н.А., КРИУЛЬКИНА О.И., РУБЛЕВСКАЯ А.С., МАМАДЖАНОВА Г.Ю., КУЗНЕЦОВА Г.С., ТРОФИМЕНКО Н.А.

ГОУДПО Новокузнецкий ГИУВ, 1 городской клинической больницы, г. Новокузнецк

Введение (цели/ задачи):

В последние годы отмечается увеличение беременных с артериальной гипертонией. Цель исследования: оценить значимости факторов риска (ФР) в развитии артериальной гипертонии (АГ) у беременных

Материал и методы:

Изучение ФР артериальной гипертонии проведено у 130 беременных, поступивших в терапевтическое отделение по поводу повышения АД. Срок беременности от 6 до 28 нед. Из исследования исключены женщины с симптоматическими АГ и преэклампсией. В качестве контроля набрана группа из 56 беременных в срок 26-28 недель не имеющих повышение АД.

Результаты:

Средний возраст женщин с АГ был $29,8 \pm 4,5$ лет, в группе контроля – $28,5 \pm 3,7$ лет. Среднее САД при госпитализации составило $146,6 \pm 11,6$ мм рт.ст., ДАД - $91,2 \pm 9,1$ мм рт. ст. По данным СМАД срСАД было $146,6 \pm 11,8$ мм рт.ст, ср ДАД – $84,8 \pm 8,9$ мм рт.ст. У большинства пациенток отмечался гиперкинетический синдром со средней ЧСС $84,8 \pm 8,9$ уд/мин. Установлено, что у беременных с АГ избыточная масса тела отмечалась у 53,1%, что достоверно выше, чем в контрольной группе – 8,9%, $p=0,001$. При этом у здоровых беременных ожирение (5,3%) не превышало 1 степени. Тогда как, у беременных с АГ ожирение отмечалось в 44,6% случаев ($p=0,001$) и в 20,7% соответствовало 1 степени, у 26,8% - второй и в 28,6% третьей степени. Средний индекс Кетле у беременных с АГ составил $29,7 \pm 4,1$, тогда как у здоровых $23,3 \pm 3,1$. Наследственная отягощенность по АГ отмечалась у $42,3 \pm 4,3\%$ беременных с АГ и у $33,9 \pm 6,3\%$ здоровых беременных. Среди беременных с АГ курение отмечалось у 26,8%, что было достоверно выше, чем в группе здоровых – 16,2%, $p=0,01$. На избыточное потребление соли указали 23,2% женщин, при этом существенных различий между сравниваемыми группами женщин не отмечалось. Сочетание ожирения с наследственной отягощенностью отмечалось у 72% беременных с АГ, при этом

сочетание ожирения и курение не превышало 21%. Методом однофакторной логистической регрессии было установлено, что в группе женщин с АГ наиболее значимым шансом развития АГ была избыточная масса тела более 30 ($p=0,049$) и курение, наличие которого в 2,2 повышало риск развития АГ ($p=0,0203$).

Заключение:

Наиболее значимыми ФР развития АГ во время беременности были ожирение и курение. При этом курение повышало риск развития АГ в 2,2 раза.

ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный
медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить гемодинамические параметры у лиц с высоким нормальным артериальным давлением (АД) и артериальной гипертонией (АГ) 1 степени, у больных со сформировавшейся стабильной АГ и пациентов с континуумом АГ+ХСН+ИБС.

Материал и методы:

Методом эхокардиографии исследованы 229 пациентов: группа контроля - 28 здоровых добровольцев (19,9±0,9 лет), группа 1 - 36 лиц молодого возраста (20,5±0,7 лет) с высоким нормальным АД и АГ 1 степени, группа 2 - 100 пациентов (52,0±9,9 лет) со стабильной АГ без ИБС и группа 3 - 65 больных (79,1±6,1 лет) с континуумом АГ+ИБС+ХСН.

Результаты:

У пациентов 1 группы диаметры камер сердца были выше контрольных значений ($p<0,05$). Сердечный индекс на 15,7% превышал контрольный ($p=0,03$), частота сердечных сокращений (ЧСС) в группах 1 и контроля не различалась. Увеличение минутного объема крови (МОК) на 22% от контроля ($p=0,025$) сопровождалось увеличением ударного объема (УО) левого желудочка (ЛЖ) на 23,1% ($p=0,038$). Параметры диастолической функции миокарда в группе 1 были нормальными. Е/А правого желудочка (ПЖ) в 1 группе было ниже, а DT ПЖ и время изоволюмического расслабления ЛЖ были выше контрольных. У больных 2 группы отмечено увеличение камер сердца с нарастанием МОК: УО ЛЖ был выше контроля на 12% ($p=0,042$), ЧСС - на 17% ($p=0,037$). Отмечена диастолическая дисфункция (ДД) ПЖ (с сохранной систолической функцией): у 58% больных по типу замедленной релаксации (ЗР), у 39% - псевдонормальному (ПсН). У 95% пациентов была отмечена ДД ЛЖ: у 67% - по типу ЗР, у 28% - ПсН тип. У больных 3 группы выявлена ДД (ПЖ - тип ЗР у 69% больных, ПсН тип - у 22%, рестриктивный - у 9%, ЛЖ - у 60%, 17% и 23% больных) и систолическая дисфункция желудочков. Дилатация ЛП отмечена у 72%, ЛЖ - у 1/4, правых отделов сердца - у 1/3 больных, повышение среднего ДЛА - у 56%. МОК был повышен у 52% больных за счет хронотропного резерва.

Заключение:

На начальных этапах формирования АГ ухудшается релаксация ПЖ вследствие объемной перегрузки. Формирование стабильной АГ сопровождается прогрессирующей объемной перегрузкой сердца с включением инотропного и хронотропного резерва и нарастанием ДД ПЖ и ЛЖ. На конечном этапе формирования континуума АГ+ХСН+ИБС нарастающая гипертония сопровождается дезадаптивным ремоделированием сердца с усугублением диастолической и появлением систолической дисфункции.

ПАЦИЕНТЫ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ – ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Чернышева Е.Н., Панова Т.Н., Скрицкая А.А.,
Ивлева Т.А., Иванова М.П., Жеребенко Е.В.

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Метаболический синдром (МС) - «пандемия XXI» века. Воспаление является одним из факторов развития сердечно – сосудистых осложнений. В связи с этим целью данного исследования стала оценка риска развития сердечно – сосудистых осложнений на основании уровня высокочувствительного С – реактивного белка (hs CPR), как одного из маркеров воспалительного процесса у пациентов с МС.

Материал и методы:

В основную группу вошли 270 человек с МС в возрасте от 30 до 60 лет - 48,0 (42,0; 53,0) лет. Диагностика МС была основана на критериях предложенных экспертами Всероссийского общества кардиологов в 2009г. Группа контроля - 70 человек без МС, сопоставимые по возрасту и полу. Методом иммуноферментного анализа исследовали содержание hs CPR сыворотки крови (мкмоль/л) – при hs CPR < 1,0 мг/л, риск развития сердечно – сосудистых осложнений минимален, 1,1 - 1,9 мг/л – низкий, 2,0 - 2,9 мг/л – умеренный, > 3 мг/л – высокий.

Результаты:

У пациентов основной группы hs CPR - 3,12 (2,28; 4,32) мг/л, из них концентрация меньше 1,1 мг/л встречается у 14 пациентов (5,2%); 1,1 – 1,9 мг/л у 36 пациентов (13,3%); 2,0 – 2,9 мг/л у 71 пациента (26,3%); более 3 мг/л у 149 пациентов (55,2%). В контроле данный показатель составил - 0,5 (0,4; 0,96) мг/л, ($p<0,001$). При проведении корреляционного анализа были выявлены положительные сильные связи между уровнем hs CPR и индексами массы тела, инсулинорезистентности - ($r=+0,72$, $p<0,05$), ($r=+0,75$, $p<0,05$); положительные связи средней силы: между уровнем hs CPR и уровнем инсулина, систолическим артериальным давлением - ($r=+0,6$, $p<0,05$), ($r=+0,53$, $p<0,05$).

Заключение:

1. 81,5 % пациентов с метаболическим синдромом имеют средний и высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. 2. Между уровнем высокочувствительного С – реактивного белка и индексами массы тела, инсулинорезистентности установлено наличие сильных положительных корреляционных связей.

ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Сушинский В.Э.

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Введение (цели/ задачи):

Достижение целевых значений артериального давления (АД) – путь к снижению смертности от осложнений артериальной гипертензии (АГ). Одной из основных причин низкой частоты достижения целевого АД в клинической практике является низкая приверженность пациентов к проводимой терапии.

Материал и методы:

Проанализированы рекомендации по медикаментозной терапии антигипертензивными средствами 72 пациентам старших возрастных групп (средний возраст $70,7 \pm 2,47$ лет; АГ 2 ст. – 72,2%; АГ 3 ст. – 20,8%), полученные в специализированных стационарах.

Результаты:

Наиболее часто рекомендовались ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) – 75% пациентов. Далее по частоте назначения следовали β -адреноблокаторы – 72,2%; диуретики – 48,6%; антагонисты кальция – 38,9%; блокаторы рецепторов ангиотензина II (сартаны) – 22,2%, антагонисты альдостерона – 19,4%; агонисты имидазолиновых рецепторов – 7%. Прием лекарственного средства более 1 раза в сутки снижает приверженность к проводимой терапии. Выявлено, что 2 раза в день назначались β -адреноблокатор метопролол – 74,7%, сартаны, представленные лозартаном – 43,7%, ИАПФ – 40,7%. Среднее количество назначенных одному гериатрическому пациенту антигипертензивных лекарственных препаратов составило $2,75 \pm 0,17$. Фиксированные комбинации рекомендованы 10% пациентов. Во всех случаях фиксированные комбинации назначались 1 раз в день.

Заключение:

В гериатрической практике для коррекции АГ необходимо одновременное назначение нескольких антигипертензивных лекарственных средств, из которых наиболее часто рекомендуются средства, блокирующие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и β -адреноблокаторы. Дальнейшая минимизация факторов снижения приверженности к лечению возможна посредством увеличения назначения препаратов длительного действия и фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Кулакова Н.В., Невзорова В.А., Мартыненко И.М., Шестакова Н.В., Мокшина М.В.

ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

В рамках исследования ЭССЭ-РФ проведен анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди произвольной выборки населения Приморского края (200 человек). Учитывались немодифицируемые факторы риска (возраст, пол) и модифицируемые факторы риска, такие как курение, артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, гипергликемия.

Материал и методы:

В рамках исследования ЭССЭ-РФ проведен анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди произвольной выборки населения Приморского края (200 человек). Учитывались немодифицируемые факторы риска (возраст, пол) и модифицируемые факторы риска, такие как курение, артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, гипергликемия.

Результаты:

В обследованной группе 73% составили женщины (ж), 27% мужчины (м), средний возраст $-47,8 \pm 10,7$ лет. Наибольшее число обследованных относилось к возрастной группе от 25 до 54 лет – 49% (ж) и 18,5% (м). Частота распространенности АГ выше у сельского населения в сравнении с городским: мужчины 54,5%

и 38,7% ($p < 0,001$), женщины 37,7% и 37,2% ($p < 0,05$). Наиболее часто (в 52% случаев) АГ установлена в группе лиц старше 55 лет. Существенных отличий по распределению степени повышения АД в разных административных субъектах не получено: АГ 1 ст. регистрировалось у 28% обследованных, АГ 2 ст. – у 7,5%, АГ 3 ст. – у 4%, что согласуется с данными обследования в центральной части России ($p < 0,001$). Распространенность такого фактора риска как курение составила в среднем 39%. Курение более распространено у женщин – жителей сельской местности. Среди городских жителей курение с одинаковой частотой установлено как у мужчин, так и у женщин. 90% курильщиков относились к возрастной группе 25-54 лет. Гиперхолестеринемия (7,72 ммоль/л с 95% ДИ 5,0-10,45) установлена у 62,5% населения, преимущественно у лиц старше 45 лет без гендерных отличий. Гипергликемия обнаружена у 30% обследуемых старше 55 лет. Показатели содержания глюкозы выше у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 7,05 ммоль/л с 95% ДИ 5,5-9,6 против 6,1 ммоль/л с 95% ДИ 5,5-6,68 $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, проведенное исследование показало высокую распространенность АГ и других факторов риска ССЗ среди сельского и городского населения Приморского края, что требует оптимизации проведения профилактических мероприятий.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕПТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Рюткина Л.А., Вергазова А.Н., Рюткин Д.С.

Новосибирский государственный медицинский университет

Материал и методы:

77 больных артериальной гипертензией (АГ) 1-3 степени 24-68 лет, 60 мужчин и 17 женщин, разделили на группы: 29 пациентов без нарушений углеводного обмена (1 группа), 18 с предиабетом (2 группа) и 30 с сахарным диабетом (СД) 2 типа (3 группа). Оценивали индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ); липидограмму; уровни глюкозы плазмы (ГП), лептина; ТyG индекс: $\text{Ln} [\text{триглицериды (мг/дл)} \times \text{ГП (мг/дл)} / 2]$. Статистические показатели оценивали с помощью программ Statistica 12.0: Me [25-й перцентиль – 75-й перцентиль]; значимость различий оценивали с помощью критерия Крускала-Уоллиса (сравнение трех групп), Манна-Уитни (парное сравнение), коэффициент корреляции Спирмена (R).

Результаты:

При сравнимых показателях ОТ в группах 1-3, соответственно: 110 [104;120]; 120 [110;128] и 117 [100;128], ИМТ отражал наличие ожирения 33,8 [31,5;40,4]; 39,7 [38,1;42,8] и 37,0 [33,9;41,7], наиболее выраженное во 2 группе ($p = 0,019$), уровни ГП маркировали состояние углеводного обмена: 5,45 [5,2;5,7]; 6,6 [6,1;7,0]; 8,1 [6,2;9,6]. При сопоставимых показателях дислипидемии во всех группах ТyG индекс составил в 1 группе 8,3 [7,96;8,7], нарастая ($p = 0,022$) во 2 группе 8,7 [7,79;8,99] и в 3 группе 8,89 [8,5;9,23]. Уровни лептина в 1 группе составили 22,63 [9,17;35,66]; нарастают ($p = 0,03$) в 2 группе: 42,78 [24,12;70,86], несколько снижались в 3 группе: 26,43 [13,8;48,18], ($p = 0,21$). Корреляционный анализ выявил значимые ($p < 0,05$) связи лептинемии во всех группах с ИМТ (R соответственно 0,64; 0,78; 0,62) и ОТ (R соответственно 0,61; 0,55; 0,70). Уровни лептина в группах 2 и 3 коррелировали с ГП с одинаковой силой, но противоположным направлением (R соответственно 0,55 и -0,54; $p < 0,05$).

Заключение:

Антропометрические и метаболические показатели отражали у больных АГ наличие метаболического синдрома. Различие групп по индексу TuG с его увеличением у больных АГ с предиабетом и СД 2 типа свидетельствует о формировании у них феномена глюколипотоксичности. Динамика уровней лептина у больных АГ в зависимости от показателей ГП, а также их корреляционные отношения отражают участие гиперлептинемии в формировании нарушений углеводного обмена.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЁСТКОСТИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТОМСК (ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Заирова А.Р., Рогоза А.Н., Трубачёва И.А.,
Жернакова Ю.В., Кавешников В.С., Ощепкова Е.В.,
Серебрякова В.Н., Чазова И.Е., Карпов Р.С.

ФГБУ РКНПК, НИИ кардиологии, г. Томск

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (cardio-ankle vascular index - CAVI) как независимый от уровня артериального давления в момент исследования показатель артериальной жёсткости (в отличие от скорости пульсовой волны - СПВ) представляет большой интерес особенно у лиц с артериальной гипертонией. Целью исследования явилось изучение показателей артериальной жёсткости (сердечно-лодыжечного сосудистого индекса CAVI и аорто-лодыжечной СПВ) у лиц с артериальной гипертонией в популяции взрослого населения города Томск в рамках исследования ЭССЕ-РФ.

Материал и методы:

Изучение артериальной жёсткости проведено методом объёмной сфигмографии с использованием аппарата VaSera VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония) всего у 1348 человек в возрасте от 24 до 64 лет ($47,4 \pm 11,6$) ($M \pm STD$), из них мужчин 40,4% и женщин 59,6%. Показатели артериальной жёсткости (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI и аорто-лодыжечная СПВ – (а-лСПВ)) проанализированы в разных возрастных группах у 865 человек с АГ (30% на антигипертензивной терапии, САД/ДАД=145,8±18,0/92,1±11,5 мм рт. ст.) в сравнении с аналогичными показателями у 224 практически здоровых обследованных (САД/ДАД=122,6±10,0/76,9±6,9 мм рт. ст.).

Результаты:

Во всех возрастных группах (20-29, 30-39, 40-49 лет, 50-64 года) у больных АГ наблюдались достоверно более высокие показатели а-л СПВ, чем у практически здоровых лиц: $6,6 \pm 0,6$; $6,9 \pm 0,8$; $7,4 \pm 0,8$; $8,3 \pm 1,1$ м/с соответственно против $6,1 \pm 0,5$; $6,3 \pm 0,7$; $6,8 \pm 0,6$; $7,4 \pm 0,8$ м/с, ($p < 0,0001$). Значения CAVI у больных АГ и практически здоровых лиц достоверно не отличались ни в одной из возрастных групп: $5,9 \pm 0,6$; $6,3 \pm 1,0$; $7,0 \pm 1,0$; $8,0 \pm 1,2$ против $6,1 \pm 1,0$; $6,3 \pm 1,0$; $6,9 \pm 0,8$; $7,7 \pm 1,0$, ($p > 0,05$)

Заключение:

У лиц с артериальной гипертонией в популяции взрослого городского населения Сибирского региона выявляется повышение артериальной жёсткости по показателю скорость пульсовой волны, в то время как независимый от уровня артериального давления показатель жёсткости артерий сердечно-лодыжечный сосудистый индекс существенно не отличается от практически здоровых лиц.

ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сумин А.Н., Щеглова А.В., Федорова Н.В.

НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Изучить региональные особенности сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ) в разных возрастных группах у здоровых лиц Кемеровской области (КО) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ.

Материал и методы:

Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка мужского и женского взрослого населения в возрасте 25-64 года города Кемерово. Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено в период с марта по октябрь 2013 г. Согласно протоколу исследования, выборка формировалась в 3 этапа, которые включали последовательный отбор муниципальных лечебно-профилактических учреждений, врачебных участков и домовладений. В конечном виде объем выборки составил 1610 человек, отклик составил 81,4%. У 1595 (97,8%) пациентов проводили исследование жесткости периферических артерий с оценкой СЛСИ с помощью прибора VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Для определения нормальных показателей СЛСИ была сформирована группа здоровых лиц - 190 (11,7%) без наличия в анамнезе заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринной, опорно-двигательной системы, почечной недостаточности, заболевания желудочно-кишечного тракта. Нормальные показатели СЛСИ определены отдельно для мужчин и женщин. Для этого группы разделенные по полу, были рандомизированы по возрасту.

Результаты:

В целом результаты исследования продемонстрировали, что СЛСИ во всех возрастных группах был выше у мужчин (21-30 лет – $6,3 \pm 1,1$, 31-40 лет – $6,7 \pm 0,8$, 41-50 лет – $7,05 \pm 0,95$, 51-60 лет – $7,95 \pm 1,1$, 61-70 лет – $8,5 \pm 1,6$), чем у женщин (21-30 лет – $6,1 \pm 1,0$, 31-40 лет – $6,1 \pm 1,6$, 41-50 лет – $6,55 \pm 1,8$, 51-60 лет – $7,4 \pm 1,8$, 61-70 лет – $7,25 \pm 0,5$). В исследуемых нами различных возрастных группах величина показателя СЛСИ увеличивалась с 6,2 в возрасте 21-30 лет до 7,8 в возрасте 61-70 лет, степень увеличения составила 25,8%. Следует отметить, что в старшей возрастной группе происходит более быстрое нарастание индекса жесткости.

Заключение:

Таким образом, исследование здоровых людей позволило нам получить нормальные величины показателей СЛСИ для населения КО.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

Харина О.П., Еромолаева Ю.А.,
Иванов С.Н., Филиппов Г.П.

ГБОУ ВПО СибГМУ, НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН г. Томск

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить показатели суточного профиля артериального давления (АД) у детей с хроническим пиелонефритом на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).

Материал и методы:

Нами обследовано 42 ребенка с различной степенью ПМР в возрасте от 8 до 15 лет (средний возраст 11,3±2,8) на базе нефрологического отделения ДБ №1 и отделения детской кардиологии НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. Все пациенты находились в стадии клинико-лабораторной ремиссии микробно-воспалительного процесса в почках. У 85% детей отмечалось нарушение функции почек, у 57% детей выявлены признаки склерозирования почечной паренхимы. Средняя длительность заболевания составила 8±3,8 лет. Исследование АД помимо рутинного измерения по методу Короткова включало суточный мониторинг. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили на аппарате «MedilogСХОxford» с использованием манжеты необходимого размера. При анализе данных СМАД оценивались следующие показатели: средние, максимальные и минимальные значения систолического (САД), диастолического (ДАД) в дневное и ночное время, за сутки, индексы времени по гипертензии, суточный индекс, величина и скорость утреннего подъема АД.

Результаты:

На момент обследования жалобы на повышение АД предъявляли 6 детей. При измерении давления по методу Короткова показатели АД находились в пределах возрастной нормы. При проведении СМАД стабильная артериальная гипертензия диагностирована у 6 детей, лабильная артериальная гипертензия - у 12 детей. Средние суточные показатели САД, ДАД у обследуемых пациентов превышали показатели АД в контрольной группе в среднем на 10 мм рт.ст. Изолированное повышение ДАД встречалось в 14% случаев, сочетанное повышение САД и ДАД в 28% случаев. Средняя величина утреннего подъема САД составила 38,6±5,27 мм рт.ст./ч, ДАД 34±7,8 мм рт.ст./ч, скорость утреннего подъема САД у 67% детей, ДАД - у 30% детей была более 10 мм рт.ст. Нарушение суточного ритма АД выявлено у 71% детей. Нормальная степень ночного снижения («dippers») по САД отмечалось у 71,4% детей, по ДАД - у 28,6% детей, недостаточная степень ночного снижения («non-dippers») по САД и по ДАД встречалась в равных количествах случаев (28,6%), чрезмерное снижение суточного индекса обнаружено только по ДАД в 43% случаев.

Заключение:

В ходе проведенного исследования повышение АД установлено у 42,9% детей с хроническим вторичным пиелонефритом на фоне ПМР, из них у 28,6% больных диагностирована лабильная артериальная гипертензия, у 14,3% больных - стойкая артериальная гипертензия. В большинстве случаев артериальная гипертензия носила латентный характер и не выявлялась при рутинном измерении. Наиболее часто повышение АД отмечалось у пациентов со сниженной функцией почек и при наличии склеротических изменений в паренхиме почек.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У КОРЕННЫХ И НЕКОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

Филимонов Е.С., Мулерова Т.А.,
Ягунова О.П., Огарков М.Ю.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Изучить показатели функции почек и их взаимосвязь с артериальной гипертензией (АГ) у коренного и некоренного населения Горной Шории.

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование 688 жителей Горной Шории, из них у 271 (137 человек - коренное (50,55%) и 134 человека - некоренное население (49,45%)). С помощью анализатора URiSCAN-БК определены уровни белка и креатинина мочи, отношение белок/креатинин (ОБК), анализатора Урометр 120 - общий анализ мочи. АГ определялась по критериям ВОЗ/МОАГ 1999 года. На основе креатинина крови по формуле Кокрофта-Голта вычислена расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) в мл/мин/1,73м². Почечная дисфункция (ПД) считалась при рСКФ<90 мл/мин/1,73м². Статистическая обработка проведена с помощью программы «STATISTICA 6.1», значимыми различия признавались при p<0,05.

Результаты:

Среднее значение белка мочи у мужчин-шорцев оказалось выше, чем у мужчин некоренной национальности: 0,139±0,024 против 0,075±0,006 г/л (p=0,022). Среднее значение креатинина (1,856±0,154 против 1,567±0,188 г/л), ОБК (0,134±0,035 против 0,058±0,06) и рН мочи (6,228±0,070 против 6,202±0,083) у мужчин двух этнических групп значимо не различались. Не различались и средние значения белка, креатинина мочи и ОБК у женщин разных национальностей. Средний уровень белка мочи у шорок составил 0,105±0,013 г/л, креатинина мочи - 1,218±0,075 г/л и ОБК - 0,106±0,013; а у женщин некоренной национальности - 0,127±0,029 г/л, 1,330±0,076 г/л и 0,146±0,048 соответственно. Показатели рН мочи были выше у шорок (6,263±0,05) по сравнению с представительницами некоренного населения (6,180±0,057, p=0,002). Значимых различий удельного веса мочи и показателей мочевого осадка (содержания эритроцитов и лейкоцитов) между всеми обследованными группами не выявлено. Среди обследованных с ПД в коренной этнической группе лиц с АГ было значимо больше (52,05%), чем лиц с нормальным уровнем артериального давления (18,49%), p=0,0001; в некоренной этнической группе - 45,0% и 25,45% соответственно, p=0,020.

Заключение:

1. Средний уровень белка мочи среди мужчин-шорцев оказался значимо выше по сравнению с мужчинами некоренной национальности, при этом различий по среднему значению креатинина мочи и отношению белок/креатинин не было. Среднее значение рН мочи среди женщин коренной национальности оказалось значимо выше, чем среди некоренных представительниц. 2. Частота АГ у жителей Горной Шории с почечной дисфункцией была значимо выше.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADRB1 И ЕГО АССОЦИИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ШОРЦЕВ

Мулерова Т.А., Рубцова Е.В., Воевода М.И., Кузьмина А.А.,
Огарков М.Ю., Татарникова Н.П., Максимов В.Н.

ФГБНУ НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Эпидемиологические и популяционные исследования свидетельствуют о важной роли в патогенезе мультифакториальных заболеваний генетических факторов, влияющих на индивидуальную восприимчивость и резистентность к этой патологии. Цель исследования: оценить ассоциацию генотипов и аллелей A/G полиморфизма гена ADRB1 с ИБС и её факторами риска в популяции коренных жителей Горной Шории (шорцев).

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование коренного населения Горной Шории (методом сплошной выборки обследовано 395 человек). Диагноз артериальной гипертензии (АГ) выставлялся в соответствии с рекомендациями ВНОК (2010 г.). Изучены показатели липидного спектра крови. Расчетным методом определяли индекс атерогенности (ИА). Использовали эпидемиологические критерии ишемической болезни сердца (ИБС) на основе кодирования ЭКГ изменений по Миннесотскому коду, опросника Rose и документированного инфаркта миокарда в анамнезе. Выделение ДНК из крови проводилась методом фенол-хлороформной экстракции. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Результаты:

Шорцы, имеющие уровень С-реактивного белка выше нормы в 1,5 раза чаще оказывались носителями генотипа AA по сравнению с населением, имеющим нормальные величины данного показателя (95% ДИ (1,07-2,02), $p=0,014$). Получено статистически значимое повышение доли гомозигот AA в 1,4 раза в группе с повышенным уровнем ИА (95 % ДИ 1,07-2,02, $p=0,014$). Больных АГ выявлено больше по сравнению с лицами без данного заболевания среди носителей генотипа AA (60,8% против 38,7% ($p=0,003$)), а у носителей аллеля G лиц с АГ встречалось меньше, чем здоровых (5,4% против 15,3% ($p=0,035$)). Относительный риск развития АГ у гомозигот по аллелю A по сравнению с гомозиготами по аллелю G и гетерозиготами выше в 1,6 раза (95% ДИ 1,18-2,09, $p=0,003$). Уровень САД выше у гомозигот AA ($137,8 \pm 2,5$ мм рт.ст.) по сравнению с гомозиготами GG ($127,4 \pm 4,0$ мм рт.ст. ($p=0,050$)). Выявлена связь A/G полиморфизма гена ADRB1 с ИБС. Носители аллеля A имели повышенный относительный риск развития данного заболевания (RR 95% ДИ 1,54 (1,11-2,14)). Таких больных среди лиц, обладающих генотипом AA – 68,2%, не имеющих ИБС – 44,3% ($p=0,034$). Среди гетерозигот и гомозигот по аллелю G данные показатели составили: 22,7% и 43,8% ($p=0,059$) и 9,1% и 11,9% ($p=0,695$) соответственно.

Заключение:

Выявлена связь A/G полиморфизма гена ADRB1 с уровнем С-реактивного белка, индексом атерогенности. Среди представителей коренной этнической группы Горной Шории среднее значение систолического артериального давления выше у носителей генотипа AA по сравнению с носителями генотипа GG. Аллель A гена ADRB1 в популяции шорцев ассоциируется с риском развития артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 2 И 9 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Саковская А.В., Невзорова В.А., Гузев К.В., Бродская Т.А., Исаева М.П., Белов П.С.

Тихоокеанский государственный медицинский университет МЗ, Тихоокеанский институт биоорганической химии им. Г.Б. Елякова ДВО РАН

Введение (цели/ задачи):

Непрерывный характер связи между артериальной гипертензией (АГ) и возникновением индексных сердечно-сосудистых событий заставляет вести поиск маркеров, позволяющих индивидуализировать организацию профилактики сосудистых катастроф,

особенно среди лиц трудоспособного возраста. Цель: оценить генетические полиморфизмы матриксных металлопротеиназ (ММП) 2 и 9 у пациентов с АГ молодого и среднего возраста.

Материал и методы:

Было обследовано 50 пациентов (23 мужчины и 27 женщин) с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии, с АГ I-III степени в возрасте от 25 до 60 лет и 20 практически здоровых некурящих добровольцев. Полиморфизм генов (ММП) 2 и 9 определяли в ДНК, выделенной из цельной венозной крови. Амплификацию всех промоторных участков исследуемых генов проводили на амплификаторе GeneAmp PCR System 2720 (Applied Biosystems, США), с проведением циклического секвенирования – на ДНК анализаторе ABI 3130xl (Applied Biosystems, США). Для обработки полученных результатов применяли использована программы Sequence Scanner ver. 1.0 и . Для выравнивания полученных последовательностей применена программа MEGA ver. 6.06 и Vector NTI Advance ver. 11. Статистическая обработка результатов с расчетом отношения шансов (ОШ) проведена с помощью программ Statistica ver 6.0 и EpiInfo ver. 7.1.3.10 с использованием отношения шансов (ОШ). Для оценки достоверности различий между выборками использовался критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты:

Одиночный нуклеотидный полиморфизм (rs3918242) в промоторной области гена ММП9 (-1562С/-Т) rs3918242 по литературным данным связан с тяжестью атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца. В группе пациентов с АГ и здоровых данная мутация в гетерозиготной форме встречается с одинаковой частотой (ОШ=1,02), что свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий в распределении частот аллелей ($p=0,71$). Однако гомозиготная мутация ММП9 (-1562С-Т) присутствует только в группе пациентов с АГ, составляя 5,4% из от выборки, и исключительно у мужчин с наличием признаков метаболического синдрома (МС). Другой полиморфизм (rs243865) в промоторном регионе ММП2 (-1306 С/Т) rs243865 связан с инсультами и сердечной недостаточностью. В нашем исследовании мы не обнаружили статистически значимых различий в частотах генотипов у пациентов с АГ (ОШ 1,07; $p=0,86$). Обращает внимание, что гомозиготная мутация ММП 2 (-1306 С/Т) встречается у пациентов с АГ без МС, соответственно у 75% мужчин и 25% женщин соответственно.

Заключение:

Представленные результаты показывают, что в представленной выборке пациентов с АГ, преимущественно у мужчин, присутствуют полиморфизмы ММП9 (-1562С/-Т) при наличии МС, тогда как и полиморфизм ММП 2 (-1306 С/Т) преимущественно у мужчин и в первом случае чаще при наличии МС, а во втором встречается при его отсутствии МС.

ПОСТРОЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА И ГОРОДА

Зинатуллина Д.С., Садреева С.Х.

ГБОУ ВПО САМГМУ МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Влияние психоэмоциональных факторов на развитие АГ исследовано довольно подробно. Изучить спектр личностных характеристик больных АГ, жителей села и города, для построения программ профилактики – цель нашей работы.

Материал и методы:

С помощью психодиагностических тестов – ЛОБИ, Спилберга,

тест-опросника Фолстена у 150 больных АГ, сельских жителей (38% мужчин и 62% женщин, средний возраст $52,5 \pm 11,9$ лет) и 168 пациентов ДКБ ст. Самара (53,0% мужчин и 47,0% женщин, средний возраст $46,7 \pm 11,6$ лет) мы определили личные качества больных АГ. Выбор городской группы больных обусловлен тем, что это работники железной дороги, находившиеся на диспансерном учете с АГ, которым с учетом специфики труда, проводилось клиничко-психологическое тестирование, занятия в «Центре АГ», которые активно содействовали успеху лечения, старались иметь возможность продолжить работу.

Результаты:

Сравнительный анализ показателей уровня тревожности у больных АГ, позволил выявить, что уровень личностной и ситуационной тревожности у сельских жителей выше на 9,2 балла и 3,4 балла соответственно ($p < 0,05$). Используя личностный опросник ЛОБИ, нами установлено, что среди пациентов ДКБ ст. Самара в 35,7 % случаях отмечен гармоничный тип реагирования на болезнь, в 28,6 % - эргопатический, а в 26,8 % - тревожный тип, что характеризует удовлетворительную психосоциальную адаптацию этих больных в связи с заболеванием. Тревожный (44,0 %), неврастенический (36,0 %) и ипохондрический (28,0 %) типы преобладали у сельских жителей, что обуславливает их плохое отношение к лечению, при постоянной тревожности и беспокойстве. У сельских жителей показатели концентрации внимания, снижения памяти, ориентации во времени, пространстве, речевые функции статистически достоверно ниже $25,1 \pm 4,3$ балла, чем в группе сравнения $28,5 \pm 2,3$ балла ($p < 0,05$) и занимают нижние границы нормы.

Заключение:

Проведенное нами исследование позволило выявить психологические проблемы больных АГ, сельских жителей, что имеет особую ценность для оптимизации работы с ними и построения образовательных профилактических программ.

ПОЧЕМУ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОСТРЕБОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ, А ПОСЕЩАЮТСЯ ТОЛЬКО ПО ПРЕДПИСАНИЮ ВРАЧЕЙ

Зорина Е.В., Мудрова Л.А.,
Осипова Т.М., Макаревич Е.В.

ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, ФГБЗ СКЦ ФМБА России

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на внедрение в широкую практику высокоэффективных антигипертензивных препаратов, снижение количества больных с АГ не наблюдается. До сих пор, даже в Западной Европе и США не достигнут адекватный контроль за ее уровнем. Как же построить структуру мероприятий, которая бы оказывала положительное воздействие на больных с АГ, пока здесь нет определенности, хотя имеется много предложений. К конкретной структуре воздействия на больных с АГ относят обучение больных в «школах здоровья». Цель исследования: изучение осведомленности пациентов о причинах возникновения АГ, знание методов контроля за состоянием своего здоровья и наличие мотивации в посещении занятий в «школе здоровья».

Материал и методы:

Проведено обучение 100 больных, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ФМБА России Сибирского Клинического Центра г. Красноярск в «школе здоровья» за 2014 год. Методы: интервьюирования, наблюдения.

Результаты:

Полный курс обучения в «школе здоровья» прошли 82% пациента. Продолжить дальнейшее обучение в ней были согласны только 58%, остальные не имели мотивации посещения школы. Отказ от посещения «школы здоровья» пациенты объясняли так: достаточно полученных знаний по заболеванию; зачем идти, когда можно полежать, посмотреть телевизор, «просто не хочу» и т.д. Большинство, из заинтересованных пациентов, предлагали проводить дальнейшее наблюдение за состоянием их здоровья в результате применения тех или иных лекарственных средств именно в «школах здоровья», т.к. получить консультацию у терапевта поликлиники в виду больших очередей очень сложно, а большой выбор лекарственных средств вызывает сомнения в правильности приема тех или иных лекарственных препаратов.

Заключение:

Внедрение «школ здоровья» для пациентов с АГ в реальную практику, позволяет дать знания по заболеванию, обучить постоянно-му контролю за АД, правильному приему лекарственных средств, а так же повысить качество жизни и приверженность к лечению у больных с АГ. Создавать их лучше как при стационарах, так и при поликлиниках, куда больные могли свободно обращаться не только за обучением, но и за консультацией по здоровому образу жизни, применению тех или иных препаратов. Это позволило бы повысить приверженность к лечению, а соответственно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

ПРЕИМУЩЕСТВА ТРАНСРАДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Хайрутдинов Е.Р., Араблинский А.В.

ГКБ им. С.П. Боткина

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности использования трансрадиального (ТРД) и трансфеморального (ТФД) сосудистого доступа при стентировании почечных артерий.

Материал и методы:

В исследование включено 65 пациентов с атеросклеротическим поражением почечных артерий и артериальной гипертонией 3 ст., на фоне проводимой трехкомпонентной медикаментозной терапии. Исследуемые группы были сопоставимы по основным клиническим и ангиографическим характеристикам. ТРД использовался у 31, а ТФД у 34 пациентов. Все вмешательства в группе ТРД выполнялись доступом через левую лучевую артерию. В группе ТФД стентирование почечных артерий выполнялось через правую 26 (76,5%) или левую 8 (23,5%) общую бедренную артерию. Для катетеризации почечных артерий ТРД в 100% случаев использовался проводниковый катетер JR 4, диаметром 6 Fr. В группе ТФД для катетеризации почечных артерий использовались проводниковые катетеры JR 4 в 21 (61,7%) и Renal Curve в 13 (38,3%) случаях. Проводилась оценка непосредственного успеха и длительности процедуры, лучевой нагрузки на пациента, частоты осложнений и дискомфорта связанного с процедурой.

Результаты:

Непосредственный успех процедуры составил 100% в обеих группах. В группе ТРД отсутствовала необходимость пункции другой артерии доступа. В группе ТФД в 3 (8,8%) случаях не удалось катетеризировать пораженную почечную артерию в связи с выраженной извитостью подвздошных артерий и аорты. В этих случаях вмешательство проводилось через контралатеральную общую бедренную артерию. Длительность процедуры (15,8 и

18,5 мин., $p > 0,05$) и лучевая нагрузка на пациента (0,31 и 0,35 мЗв, $p > 0,05$) были сопоставимы между исследуемыми группами. В группе ТРД осложнений со стороны сосудистого доступа выявлено не было, в 4 (12,9%) случаях отмечалась подкожная гематома. В группе ТФД в 1 (2,9%) случае была выявлена псевдоаневризма артерии доступа, подкожные гематомы наблюдались у 9 (26,5%) пациентов. Использование ТРД сопровождалось статистически достоверным снижением всех показателей дискомфорта связанного с процедурой.

Заключение:

Использование ТРД при проведении стентирования почечных артерий облегчает катетеризацию почечных артерий и сопровождается снижением частоты осложнений со стороны сосудистого доступа и всех параметров дискомфорта связанного с процедурой. При этом показатели непосредственного успеха и длительности вмешательства, а также лучевой нагрузки на пациента остаются сопоставимыми при использовании обоих сосудистых доступов.

ПРЕИМУЩЕСТВА ХРОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАХТОВОГО ТРУДА В ЗАПОЛЯРЬЕ

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

Тюменский кардиологический центр

Введение (цели/ задачи):

Цель изучить особенности хронотипов артериального давления (АД) и метод хронотерапии (ХТ) лизиноприлом у больных с артериальной гипертонией 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Материал и методы:

Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, из них группу наблюдения составили 93 больных работников заполярной вахты, группу сравнения – 64 пациента, постоянно проживающих в условиях умеренного климата (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, значениям офисного САД, ДАД. Диагноз АГ верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008 – 2010гг). Проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипов (ХТП) АД по классификации Р. Gugini (1992 г.). Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне (или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов) и на фоне хронотерапии или обычного лечения (ОЛ) лизиноприлом в дозе 5 - 10мг/сутки в течение года.

Результаты:

В тюменской группе значимо чаще регистрировались «МЕЗОР АГ», соответственно, 53,1% против 36,6% по САД ($p=0,0420$) и 41,9% и 60,9% по ДАД ($p=0,0206$), «амплитудная АГ» по САД 23,4% против 2,2% ($p=0,0001$) и незначимо по ДАД 15,6% против 6,5% ($p=0,0661$). В северной группе определялись значимо чаще «апериодическая АГ» (23,7% против 6,3%, $p=0,0046$ по САД, 25,8% против 7,8%, $p=0,0049$ по ДАД), явная тенденция к большей частоте фазовых нарушений ритмов САД («фазовая АГ» - 8,6% против 0%, $p=0,0172$, «МЕЗОР-фазовая АГ» - 6,5% против 0%, $p=0,0392$) и «изонормотонии»- 12,9% против 4,69% ($p=0,0875$). Хронотерапевтическая коррекция лечения в условиях заполярной вахты способствовала значимому повышению истинной нормотонии по САД/ ДАД до 75,4/63,2% ($p=0,0001/0,0001$), на фоне уменьшения атипичных ХТП АД. ХТП САД/ДАД «апериодическая АГ» значимо снизились с 16,3%/16,8% до нуля ($p=0,0019/0,0016$), а частоты ХТП «изонормотония» с 12,3%/12,3% до 1,8%/3,5%

($p=0,0306/0,0843$). Обычный прием лизиноприла привел к росту фазовых нарушений МЕЗОР нормотензивных суточных ритмов «аллонормотония» с 0% до 13,9% , $p = 0,0233$ для САД и с 0% до 5,6%, $p = 0,1543$ для ДАД.

Заключение:

В условиях заполярной вахты чаще имели место низкоамплитудные и фазовые нарушения ритма как при нормальном значении МЕЗОРа суточного ритма, так и при его повышении, что свидетельствует о неустойчивости и малой мощности суточной ритмики АД. Хронотерапия АГ в условиях заполярной вахты, по сравнению с традиционным лечением, позволила быстрее нормализовать уровень АД, нормализовать показатели суточного ритма АД, уменьшить дозы препаратов, улучшит переносимость лечения, повысить приверженность лечению.

ПРЕССОРНЫЙ ТИП ПОСЕКУНДНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ У ЗДОРОВЫХ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Локтев К.В., Павлов С.В., Афтанас Л.И.,
Рева Н.В., Мирошникова П.В., Тумялис А.В.

ФГБУ НИИ физиологии и фундаментальной
медицины СО РАМН

Введение (цели/ задачи):

Ведущая концепция патогенеза первичной артериальной гипертонии (АГ) – гипотеза реактивности, согласно которой для развития АГ необходимы два фактора: преувеличенная стресс-реактивность артериального давления (АД) и увеличенная частота воздействия реальных стрессоров и их ментальных репрезентаций. Ментальные репрезентации стрессоров (МРС) – это комплекс произвольных, плохо контролируемых размышлений, опасений и переживаний, спроецированных как в будущее (тревожные опасения), так и в прошлое (руминации). МРС вызывают те же физиологические эффекты, что и реальные стрессоры, а частота их действия гораздо выше, поэтому их суммарное последствие для кардиоваскулярной системы в связи с АГ весьма осязаемо. Но кардиоваскулярные эффекты МРС практически не исследованы. Нами была предложена следующая модель: в состоянии покоя в ответ на релаксирующую инструкцию, и в условиях интернализации внимания, индивиды с малой частотой МРС продемонстрируют ожидаемую адаптивную динамику к снижению АД, а лица склонные к фоновому воспроизведению МРС – неадаптивную динамику в виде отсутствия снижения либо повышение АД. Целью исследования было выявить индивидов повышающих АД, и провести их психофизиологический анализ.

Материал и методы:

У здоровых мужчин ($n=64$) в возрасте 20-40 лет регистрировалась посекундная динамика сердечно-сосудистой активности и ЭЭГ в состоянии покоя. Кластерный анализ выявил индивидов повышающих АД (ИПАД) – 37% и снижающих АД (ИСАД) – 63%.

Результаты:

Показано, что ИПАД характеризуются, во-первых, повышенной агрессивностью, личностной тревожностью, уровнем стресса и алекситимии. Во-вторых, у ИПАД достоверно выше процент лиц, имевших эпизоды повышения АД выше 140/90 мм рт. ст. В-третьих, ИПАД отличаются более выраженной активностью участков коры, связанных с когнитивно-эмоциональной активацией и регуляцией симпатической активности. В-четвертых, в модели адаптивной когнитивно-эмоциональной активности

(лица, длительно практикующие медитацию, n=22) отсутствуют ИПАД. В-пятых, у индивидов с впервые выявленной некорригированной первичной АГ 79% - ИПАД и только 21% - ИСАД.

Заключение:

Выявленные психофизиологические особенности позволяют предполагать, что лица с признаками актуализации МРС и пресорной динамикой АД в состоянии покоя находятся в зоне риска развития первичной АГ.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ГМГ-КОА РЕДУКТАЗЫ РОЗУВАСТАТИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ДМИТРИЕВ А.И., ЕРМОЛАЕВА А.С.,
МАКСИМОВ М.Л., ДРАЛОВА О.В.

ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность комбинированной терапии пациентов с дислипидемической гипертензией с использованием ИАПФ периндоприла и ингибитора ГМГ-КоА редуктазы розувастатина.

Материал и методы:

Обследовано 31 пациента в возрасте от 34 до 61 лет с артериальной гипертензией I-II степени, установленной дислипидемией: ХС более 4,5 ммоль/л и/или ЛПНП более 2,5 ммоль/л, 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых событий по таблице SCORE в пределах 5-9,9%. Соответственно критериям включения, 16 больных были рандомизированы в группу, получавшую терапию периндоприлом (Перинева, КРКА-Рус, Россия) 4 мг в сутки и индапамидом (Ретапресс, Ранбакси Лтд Индия) 1,5 мг в сутки, а 15 пациентов получали периндоприл (Перинева, КРКА-Рус, Россия) 4 мг в сутки, индапамид (Ретапресс, Ранбакси Лтд Индия) 1,5 мг в сутки и розувастатин (Роксера, КРКА, Словения) 10 мг в сутки. Суммарное время наблюдения – 12 недель. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на системе Meditech ABPM-05 (Венгрия). Биохимическое исследование крови (альбумин, креатинин, глюкоза, калий, холестерин, триглицериды, ЛПВП) проводилось по стандартным методикам.

Результаты:

В группе получавшей периндоприл и индапамид снижение САД составило $12,11 \pm 5,02$, а в группе, получавшей периндоприл, индапамид и розувастатин САД уменьшилось на $13,55 \pm 4,42$ мм рт. ст. Динамика ДАД составила у пациентов, получавших периндоприл и индапамид, $6,78 \pm 2,27$ мм рт. ст., а в группе, получавшей периндоприл, индапамид и розувастатин ДАД уменьшилось на $7,87 \pm 3,23$ мм рт. ст. В группе получавшей периндоприл и индапамид уровень ХС снизился с $5,87 \pm 1,48$ ммоль/л до $5,68 \pm 1,51$ ммоль/л, ЛПНП – с $3,89 \pm 1,56$ ммоль/л до $3,74 \pm 1,43$ ммоль/л, а в группе, получавшей периндоприл, индапамид и розувастатин уровень ХС снизился с $5,90 \pm 1,33$ ммоль/л до $4,21 \pm 0,38$ ммоль/л, ЛПНП – с $3,68 \pm 0,64$ ммоль/л до $2,16 \pm 0,48$ ммоль/л. Проводимое лечение сопровождалось достоверным снижением индекса SCORE в обеих группах, но его степень снижения была достоверно более выраженной в группе комбинированного лечения с розувастатином с 6,25% до 3,71%, против 6,01% до 4,58% в группе получавшей только периндоприл и индапамид.

Заключение:

Комбинированная терапия пациентов с дислипидемической гипертензией с использованием ИАПФ и статина способна значительно снижать ССР. Причем при равном антигипертензивном действии комбинация периндоприла с розувастатином была

эффективнее терапии периндоприлом в плане снижения риска основных ССО.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЛИПИДНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

КАШТАЛАП В.В., БАРБАРАШ О.Л.,
ИНОЗЕМЦЕВА А.А., ГОРДЕЕВА Л.А.

НИИ КПССЗ, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Острые формы ишемической болезни сердца, в том числе инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) остаются одной из основных причин высокой сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации. В силу этого сохраняется актуальным поиск универсальных предикторов осложненного течения заболеваний. Помимо хорошо изученных биомаркеров, характеризующих различные звенья метаболизма (параметры липидограммы и углеводный статус) и патологические процессы (системное воспаление, тромбогенез), в настоящее время для оценки тяжести течения инфаркта миокарда применяют детекцию неизменных в динамике генетических маркеров – полиморфных вариантов различных генов, отвечающих за те или иные метаболические нарушения и патологические состояния, включая гены, ассоциированные с дислипидемиями и артериальной гипертензией. Цель: изучить клиническую значимость полиморфизмов rs670, rs662799, rs4646994 генов APOA1, APOA5 и ACE соответственно у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Материал и методы:

В рамках регистрового исследования с 2010 г. обследовано 179 пациентов, поступивших с диагнозом ИМпST. Из них 114 мужчин (63,7%) и 65 женщин (36,3%). Средний возраст пациентов составил $61,8 \pm 11,1$ лет. У всех больных на 2-14 сутки была забрана кровь с последующим генотипированием. Выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови проводили с помощью метода фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждением этанолом. Амплификацию SNP-полиморфизмов генов APOA1 G-75A (rs670), APOA5 T-1131C (rs662799), ACE (rs4646994) проводили с помощью системы детекции полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-time). Оценивались клинико-anamnestические, антропометрические, лабораторные и инструментальные показатели, а также наличие «конечных» точек через 1 и 3 года. Конечными точками являлись: смерть, повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), прогрессирующая стенокардия. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft), а также с использованием генетических калькуляторов (ГЕНЭКСПЕРТ) с построением мультипликативной, общей, аддитивной, доминантной моделей наследования.

Результаты:

Аллель С гена аполиipoproteина A1 (APOA1) показала достоверную связь с наличием множественного стенозирующего коронарного атеросклероза (OR=1,59; 95% CI=1,09-2,33; p=0,02). Генотип G/G гена APOA1 обладает высоким генетическим риском развития сахарного диабета (OR=2,74; 95% CI=1,31-5,73; p=0,02), а также сопряжен с наличием тяжелой хронической сердечной недостаточности в анамнезе (OR=3,43; 95% CI=1,37-8,55; p=0,02). Генотип G/G также связан с более редким про-

ведением первичного ЧКВ, как правило, ввиду тяжелого, множественного поражения коронарных артерий (OR=0,61; 95% CI=0,38-0,96; p=0,03. Пациенты, имеющие полиморфизм rs662799 гена аполипопротеина А5 (APOA5) с наличием аллели Т характеризуются более тяжелым течением инфаркта миокарда, оцененного по шкале TIMI, чем пациенты, не имеющие такой аллели. У пациентов с инфарктом миокарда аллель Т гена APOA5 также ассоциируется с наличием ожирения (OR=2,64; 95% CI=1,04-6,67; p=0,03), перенесенным ранее инфарктом миокарда (OR=1,75; 95% CI=1,05-2,92; p=0,03) и утолщением комплекса интима-медиа (OR=1,58; 95% CI=1,09-2,30; p=0,02). Все пациенты-носители аллели I полиморфного варианта rs4646994 гена ACE характеризовались неблагоприятным трехгодовым прогнозом инфаркта миокарда.

Заключение:

Выявлено, что некоторые полиморфные варианты генов, ассоциированных с нарушениями липидного обмена и формированием артериальной гипертензии (гены APOA1, APOA5, ACE) могут быть использованы для уточнения клинической тяжести пациентов с инфарктом миокарда.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ДИУРЕТИКА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сушинский В.Э., Пристром М.С.

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, г. Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Для проведения эффективной антигипертензивной терапии у большинства гериатрических пациентов требуется назначение комбинации лекарственных средств. Цели и задачи: провести оценку эффективности терапии АГ фиксированной комбинацией ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) - лизиноприла и тиазидного диуретика (ТД) - гидрохлортиазида у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы:

В проспективное исследование включено 60 пациентов в возрасте от 60 до 71 года (средний возраст - 63,08±0,03 лет) с АГ (АГ 2 ст. - 78,3% пациентов; 3 ст. - 16,7%; 1 ст. - 5%. Терапия проводилась лекарственным средством, представляющим собой фиксированную комбинацию лизиноприла и гидрохлортиазида (Ко-Диротон «Гедеон Рихтер»).

Результаты:

При включении в исследование среднее АД составляло: систолическое 163,91±1,15 мм рт. ст. и 95,67±0,53 мм рт. - диастолическое. При контроле АД через 2 недели терапии выявлено статистически достоверное снижение уровня АД, а его уровень соответственно составил: 143,07±1,06 мм рт. ст. и 86,53±0,64 мм рт. ст. Целевое значение АД (менее 140/90 мм рт. ст.) за 2 недели терапии достигнуто только у 40% пациентов. Продолжение терапии привело к дальнейшему снижению АД через 4 и 8 недель. Через 12 недель терапии, систолическое АД составило - 125,6±0,54 мм рт. ст., а диастолическое АД - 78,2±0,34 мм рт. ст. Успешные результаты терапии АГ у 71,7% пациентов были получены при назначении лекарственного средства, содержащего 10 мг лизиноприла и 12,5 мг гидрохлортиазида; у 20% - при применении препарата, включающего 20 мг лизиноприла и 12,5 мг гидрохлортиазида.

Заключение:

Комбинированная антигипертензивная терапия является высокоэффективной стратегией лечения АГ у пожилых пациентов. Фиксированные комбинации ИАПФ и ТД с возможностью подбора дозы позволяют добиться высокой эффективности проводимой терапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Хозяинова Н.Ю., Царева В.М.

ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России

Введение (цели/ задачи):

Разработать многофакторную модель прогнозирования артериальной гипертензии (АГ) у женщин на основе проспективного наблюдения.

Материал и методы:

Обследовано 59 практически здоровых женщин (средний возраст 44,4±9,8 лет; среднее офисное САД 126,3±9,2 мм рт.ст., ДАД 81,2±6,4 мм рт.ст.). Период наблюдения от 5,8 до 9 лет (в среднем 7,9 лет). Всем пациенткам проводилось холтеровское мониторирование (DRG Mediarc Holter Win P-V).

Результаты:

Для определения прогностически значимых факторов АГ использовался множественный пошаговый логистический регрессионный анализ, Forward stepwise. Логит-модель прогнозирования АГ у женщин: $\text{Logit (AG)} = -60,3 + 0,69 \times \text{ср. суточная ЧСС} + 0,87 \times \text{общий холестерин} > 5 \text{ ммоль/л} + 1,66 \times \text{длительность менопаузы} > 5 \text{ лет} + 1,42 \times \text{индекс массы тела (ИМТ)} \geq 25 \text{ кг/м}^2 + 2,01 \times \text{отягощённая наследственность} + 0,28 \times \text{повышение АД во время беременности}$. Вероятность развития АГ можно определить, используя формулу: $P = e^Y / (1 + e^Y)$, P – вероятность наступления события; e – константа Эйлера (=2,71828); y – натуральный логарифм отношения шансов (OR) для изучаемого события. Созданная конечная модель прогнозирования АГ у женщин: $P = e^{(-60,3 + 0,69 \times \text{среднесуточная ЧСС} + 0,87 \times \text{общий холестерин} > 5 \text{ ммоль/л} + 1,66 \times \text{длительность менопаузы} > 5 \text{ лет} + 1,42 \times \text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2 + 2,01 \times \text{отягощённая наследственность} + 0,28 \times \text{повышение АД во время беременности}) / (1 + e^{(-60,3 + 0,69 \times \text{среднесуточная ЧСС} + 0,87 \times \text{общ. холестерин} > 5 \text{ ммоль/л} + 1,66 \times \text{длительность менопаузы} > 5 \text{ лет} + 1,4 \times \text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2 + 2,01 \times \text{отягощённая наследственность} + 0,28 \times \text{повышение АД во время беременности})}$. Чувствительность модели - 84,5%, специфичность - 89,3%.

Заключение:

Прогностическими факторами АГ у женщин, наряду с традиционными кардиоваскулярными факторами риска, как отягощённая наследственность (OR=7,485), избыточная масса тела (OR=4,120), уровень общего холестерина (OR=2,389) являются длительность менопаузы >5 лет (OR=5,264), увеличение среднесуточной ЧСС (OR=1,995) и повышение АД во время беременности (OR=1,321).

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН-ГИПЕРТОНИКОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАЗНАЧЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Помогайбо Б.В.

ФГКУ «413 военный госпиталь» Минобороны России

Введение (цели/ задачи):

Влияние традиционных факторов риска развития атеросклероза у мужчин морфологически проявляется в возрасте после 40–45 лет, именно в данной возрастной группе наблюдается значительный прирост определяемых ультразвуковых признаков субклинического атеросклеротического поражения периферических артерий. Данные ультразвуковые маркеры атеросклероза могут служить не только дополнительными предикторами повышенного сердечно-сосудистого риска, но и являться суррогатной точкой для оценки эффективности проводимой терапии. COMPLAINTность больных артериальной гипертензией по разным оценкам может достигать 50–70% в течение первого года лечения, что позволяет изучить ее влияние не только на достижение целевого уровня артериального давления, но и на сопутствующие маркеры сердечно-сосудистых заболеваний. Целями исследования были изучение двухлетней динамики ультразвуковых признаков субклинического атеросклеротического поражения сонных артерий в группе мужчин среднего возраста с артериальной гипертензией (АГ) и оценка их взаимосвязи с приверженностью назначенной регулярной лекарственной терапии.

Материал и методы:

В наше исследование было включено 70 мужчин-гипертоников среднего возраста ($41 \pm 0,6$ лет) с ультразвуковыми признаками субклинического поражения сонных артерий (СПСА) (ТИМ более 0,9 мм или нестенозирующие атеросклеротические бляшки (НАСБ)). Комплексное обследование включало в себя общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию и ультразвуковое исследование сонных артерий (УЗИ СА). Контрольное обследование проводилось через 1 и через 2 года соответственно и включало в себя оценку биохимических параметров крови, УЗИ СА. Из 70 пациентов успешно завершили исследование 67 человек, при этом 1 мужчина скончался от фатального ОИМ, 2 пациента переехали в другой регион и прекратили исследование. Распространенность факторов риска кардиоваскулярной смерти оказалась следующей: курение – 31%, артериальная гипертензия присутствовала у всех, дислипидемия – 53%, неблагоприятная наследственность – 19%, нарушений углеводного обмена не было. Повышенный сердечно-сосудистый риск выявлялся в 66% случаев.

Результаты:

За время исследования прогрессирование СПСА наблюдалось у 37% пациентов (25 человек), при этом достижения стенозирующих значений ультразвуковых показателей не отмечалось (ТИМ в среднем увеличилась за 2 года на $0,13 \pm 0,04$ мм, стеноз НАСБ прибавил $8,7 \pm 1,9\%$), что позволило разделить всех пациентов на 2 группы: с прогрессирующим течением атеросклероза ($n=25$) и без него ($n=42$). Представленные группы были сопоставимы по возрасту и другим традиционным факторам атеросклероза. COMPLAINTность изучалась с помощью опросников в течение периода исследования, при этом COMPLAINTными были признаны только 57% больных. Оказалось, что в группе с прогрессирующим течением атеросклероза неCOMPLAINTных больных было

больше, однако уровень значимости был недостаточным и позволил определить лишь тенденционный характер этих изменений ($p=0,12$, $\chi^2=2,63$).

Заключение:

Таким образом, данные двухлетнего наблюдения за больными артериальной гипертензией мужчинами среднего возраста с признаками субклинического периферического атеросклероза позволяют предположить влияние недостаточной приверженности назначенной лекарственной терапии на прогрессирование атеросклеротических изменений. Детальная оценка характера установленной зависимости – задача будущих исследований.

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМУЛЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Осокина А.В., Калаева В.В.,

Евсеева М.В., Каретникова В.Н.

НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Сравнительная оценка формул определения СКФ в прогнозировании сердечно-сосудистых исходов годового постинфарктного периода у пациентов с наличием и отсутствием АГ

Материал и методы:

В исследование включены 360 больных ИМпСТ, 260 мужчин (72,2%) и 100 женщин (27,7%) в возрасте 59 (53; 67) лет, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития клинических симптомов заболевания. Расчет показателя СКФ выполнен несколькими способами: по формуле MDRD – с учетом уровня сывороточного креатинина, оцененного на 12-е сутки ИМпСТ, по уровню цистатина С, оцененного на 12-е сутки, по формуле Ноек – СКФ [мл/мин/1,73 м²] = (80,35/цистатин С [мг/л]) – 4,3, по формуле СКD-EPI; определен клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаульта, мл/мин. В течение одного года после развития ИМпСТ регистрировались конечные точки: смерть $n=21$ (5,8%), повторный ИМ $n=28$ (7,8%), прогрессирование стенокардии $n=45$ (12,5%), декомпенсация ХСН $n=12$ (3,3%), ОНМК $n=8$ (2,2%).

Результаты:

Выборка разделена две группы: I – больные с АГ, $n=304$ (84,4%), II гр. – без АГ, $n=56$ (15,5%). Пациенты различались по возрасту (гр. I-60 лет, гр. II – 54,5 года, $p=0,0000$), СД 2 типа (19,7% и 1,8%, $p=0,001$) и заболеванием почек (50,3% и 33,9%, $p=0,023$). Пациенты группы II чаще были курильщиками (75% и 45,7%, $p=0,00005$) и страдали гиперхолестеринемией (76,8% и 56,9%, $p=0,008$). Различались средние значения СКФ, рассчитанные по формулам СКD-EPI (гр. I-71,3 мл/мин/1,73 м², гр. II-78,8 мл/мин/1,73 м², $p=0,021$) и MDRD (гр. I-70,7 мл/мин/1,73 м², гр. II-77,1 мл/мин/1,73 м², $p=0,040$), а так же частота выявления СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² по формулам СКD-EPI (гр. I-34,2% и гр. II-18%, $p=0,015$) и MDRD (гр. I-32,9% и гр. II-10,7%, $p=0,0008$). Однофакторный анализ продемонстрировал наибольшую чувствительность показателей СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², рассчитанных по формулам СКD-EPI (ОШ 6,99 ДИ (1,3–9,4), $p=0,023$) и MDRD (ОШ 12,9 ДИ (1,5–18,2), $p=0,020$) для прогнозирования неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года после перенесенного ИМпСТ. В многофакторный анализ данные показатели не вошли.

Заключение:

Дьявлены формулы, наиболее чувствительные при расчете СКФ у пациентов АГ, имеющих высокий риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года после перенесенного ИМпST - СКD-EPI и MDRD.

РАННИЕ МАРКЕРЫ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) и вариабельности диастолического АД у мужчин с маскированной гипертензией (МГ).

Материал и методы:

Обследованы 99 мужчин. С целью выявления лиц с МГ проведен тест «Математический счет» - положительный тест при приросте САД >7% и/или приросте ЧСС >10%. По его результатам выделены 2 группы: 1-ая - лица с МГ (n=40, возраст 42,8±9,8 лет); 2-ая - здоровые (n=59, возраст 42,3±8,4 лет). ПВЧПС определялся по модифицированной методике R. J. Nепkin с набором тест-полосок 12-ти разведений хлорида натрия в концентрациях от 0,0025 до 5,12%. Градации ПВЧПС: 0,0025-0,08% - низкий порог; 0,016% - средний; 0,32-5,12% - высокий. Вариабельность ДАД определялась как межвизитная вариабельность АД в течение 1 года (количество измерений 162±10 на 1 работника). Проведен анализ основных факторов риска (ФР).

Результаты:

Средние значения ПВЧПС в обеих группах соответствовали низкому порогу чувствительности. ПВЧПС у лиц с МГ 20-39 лет составил 0,02±0,015%; у лиц старше 40 - 0,08±0,05% (увеличение в 4 раза, p<0,008); у здоровых 20-39 лет - 0,01±0,005%; у лиц старше 40 - 0,03±0,01% (рост порога в 3 раза, p<0,01). При проведении дисперсионного анализа с помощью критерия Краскела-Уоллиса выявлены значимые различия в зависимости от ПВЧПС в статусе курения (p=0,03), наличии абдоминального ожирения (p=0,04), возрасте (p=0,002), семейном анамнезе ранних ССЗ (p=0,002) и наличии повышенного ДАД (p=0,004). При сравнении группы лиц с МГ со здоровыми выявлено, что при МГ среднее ДАД выше в дневное время на 4 мм.рт.ст (p=0,008), в ночное время - на 5 мм.рт.ст. (p=0,03), межвизитная вариабельность ДАД выше как в дневное, так и в ночное время (p=0,004). Межвизитная вариабельность ДАД явилась самостоятельным основным предиктором развития МГ у лиц с профессиональным стрессом (p<0,0001), однако, при включении в модель ПВЧПС прогностическая значимость возростала в 2 раза (p=0,001).

Заключение:

У мужчин с маскированной гипертензией по сравнению со здоровыми имеется повышенный порог чувствительности к соли, который ассоциирован с повышенной вариабельностью диастолического АД, что имеет патогенетическое обоснование и ведет к раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ АД СРЕДИ ЛИЦ 25-64 ЛЕТ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АД ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ

БАЛАНОВА Ю.А., ЕВСТИФЕЕВА С.Е., ДЕЕВ А.Д., ЖЕРНАКОВА Ю.В., КАПУСТИНА А.В., РОТАРЬ О.П., МУРОМЦЕВА Г.А., БОЙЦОВ С.А.

ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Введение (цели/ задачи):

Оценка уровней артериального давления (АД) по степени выраженности артериальной гипертензии (АГ) играет важную роль в оценке естественного течения заболевания, раннем выявлении лиц, подверженных риску ССЗ, и выборе правильной стратегии профилактики и лечения

Материал и методы:

в 2012-2013 гг. обследована представительная систематическая стратифицированная выборка населения 13 регионов России, мужчины (N=8336) и женщины (N=13160) 25-64 лет, оклик ~80%. Измерение АД проводилось двукратно на правой руке обследуемого в положении сидя, после 5-минутного отдыха, учитывалось среднее из двух измерений. АД классифицировалось как нормальное (систолическое и диастолическое АД 120 - 129 и/или 80 - 84 мм.рт.ст.); высокое нормальное (130 - 139 и/или 85 - 89 мм.рт.ст.); АГ 1-й степени, АГ1 (140 - 159 и/или 90 - 99 мм.рт.ст.); АГ 2-й ст., АГ2, (160 - 169 и/или 100 - 109 мм.рт.ст.); АГ 3-й ст., АГ3, (≥ 180 и ≥ 110 мм.рт.ст.)

Результаты:

Стандартизованная по возрасту распространенность нормального АД составила 38,5% среди мужчин и 55,2% среди женщин; высокого нормального АД - 21,6% и 16,1%, соответственно. Распространенность АГ во всех категориях выше среди мужчин, в сравнении с женщинами: АГ1 - 26,2% vs 19,0%, АГ2 - 9,9% vs 6,8%, АГ3 - 3,7% vs 2,5%, p<0,0005. Этот показатель увеличивается с возрастом (p<0,0005), кроме того, отмечена обратная связь с уровнем образования (p<0,005). АГ 1 и 2 степени преобладает среди жителей села, в сравнении с горожанами (p<0,02). Иначе говоря, в городе регистрируется больше пациентов с тяжелой АГ.

Заключение:

АГ известна как один из важнейших модифицируемых факторов риска основных ССЗ, воздействие на который позволяет влиять на сердечно-сосудистую и общую смертность. Однако уровень АД <140/90 мм.рт.ст. имеет только 60,1% мужчин и 71,3% женщин, а в возрастной группе 55-64 - лишь 42,3% обследованных лиц. Таким образом, важнейшим направлением борьбы с АГ - раннее выявление и охват лечением, достижение целевых уровней и увеличение приверженности терапии

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГОСПИТАЛЬНОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Пьянков В.А., Чюсова Ю.К.

КИРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ВЯТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение (цели/ задачи):

Оценить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и

легочной гипертензии (ЛГ) в госпитальной группе больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы:

В исследование были включены 150 пациентов (средний возраст 60 ± 10 лет) с верифицированным диагнозом ХОБЛ, госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение. Всем пациентам проводились измерение артериального давления и стандартное физикальное, лабораторное и инструментальное исследование по рекомендациям ESH/ESC 2013 Эхокардиографический скрининг ЛГ проводился с использованием критериев Dana Point 2008 и ESC/ERS/ISHLT 2009. Легочная гипертензия верифицировалась в режиме постоянно-волнового доплера по максимальной скорости трикуспидальной регургитации ($V_{\max} TR$). Критерием наличия ЛГ являлась $V_{\max} TR > 2,8$ м/с.

Результаты:

ЛГ была диагностирована у 30% больных ХОБЛ (45 человек). Все больные с ЛГ имели признаки ремоделирования правых камер сердца (гипертрофия правого желудочка (ПЖ), дилатация правого предсердия и ПЖ) и диастолическую дисфункцию ПЖ. АГ была диагностирована у 36% пациентов с ХОБЛ (54 человека). Из них АГ II степени была диагностирована у 20%, а АГ III степени у 16%. Сочетание АГ и ЛГ было диагностировано у 24% пациентов (36 человек).

Заключение:

Проведенное исследование показало высокое сочетание АГ и ЛГ в обследованной госпитальной группе больных ХОБЛ. Практические врачи должны учитывать возможность сочетания АГ и ЛГ у пациентов ХОБЛ при выборе тактики лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

Чигисова А.Н., Мулерова Т.А.

ФГБНУ НИИКПССЗ, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) являются независимыми факторами риска высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

Обследована смешанная популяция из 672 человек, которая представлена шорцами и некоренным населением. Среди них 196 мужчин и 476 женщин, средний возраст $49,15 \pm 16,91$ и $51,78 \pm 15,35$ лет ($p=0,051$). Среди мужчин коренного населения – 65,82%, некоренного – 34,18%. Среди женщин коренного населения – 48,21% и некоренного – 51,79% ($p<0,0001$). Проводилось анкетирование, измерение АД по методике ВОЗ (1980г), выполнена ЭХОКГ на УЗ аппарате Medison Sonoace PICO. Измерения проводились в стандартных ЭХОКГ-позициях. На основании полученных данных вычисляли массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г) по модифицированной формуле Devereux (1983). Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ, г/м²) рассчитывался как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Критериями ГЛЖ согласно рекомендациям Американского общества считали ИММЛЖ > 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин. Статистическая обработка в рамках программы «Statistica 8.0».

Результаты:

АГ выявлена у 58,48% обследованных. Среди лиц с наличием

АГ 26,46% мужчин и 73,54% женщин ($p<0,01$). Среди обследованных с АГ 53,18% шорцев и 46,82% некоренных жителей ($p<0,01$). Между мужчинами и женщинами коренного и некоренного населения значимых различий в распространенности АГ не выявлено. Среди обследованных ГЛЖ диагностирована у 50,31% лиц. Среди женщин ГЛЖ встречалась чаще, чем среди мужчин, 77,5% и 22,5% ($p=0,0007$). Среди обследованных с АГ преобладали лица с наличием ГЛЖ – 60,71%, и отсутствовала ГЛЖ у 39,29% лиц с АГ ($p=0,000$, $r=0,2636$). У 33,61% лиц без АГ выявлена ГЛЖ. Между мужчинами и женщинами коренного и некоренного населения значимых различий в распространенности ГЛЖ не обнаружено.

Заключение:

1. Выявлена высокая распространенность АГ и ГЛЖ среди населения Горной Шории. 2. Получены данные о взаимосвязи ГЛЖ и АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Титова Ю.Ф., Супорник Г.В., Ивахненко О.А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. САМАРА ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия является одним из основных составляющих метаболического синдрома, в основе патогенеза которого лежит феномен инсулинорезистентности, т. е. снижения чувствительности периферических тканей к инсулину. Поражение сердца при артериальной гипертензии является мультифакторным процессом. В настоящее время для практического здравоохранения важно влияние на эти факторы, в т. ч. и на метаболические, такие как уровень глюкозы и инсулина, характеризующие выраженность инсулинорезистентности у каждого конкретного пациента. Цель: Оценить распространенность инсулинорезистентности при различных вариантах ремоделирования миокарда и нарушения его диастолической функции у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы:

Было обследовано 58 пациентов, работников ОАО «РЖД», мужчин и женщин с артериальной гипертензией, без сопутствующего сахарного диабета, ИБС, не имеющих в анамнезе ОНМК и транзиторных ишемических атак, ХБП, клинически манифестного поражения периферических артерий. Симптоматический характер артериальной гипертензии был исключен. Возраст пациентов составил от 30 до 58 лет (средний возраст 45,1 года). Пациентам проводились общеклинические исследования, ЭхоКГ, определение уровня иммунореактивного инсулина плазмы методом ИФА и расчет индекса инсулинорезистентности по формуле HOMA IR. Критериями инсулинорезистентности стали следующие оценки: HOMA-IR – более 2,86 баллов; гиперинсулинемия – более 12,8 мкЕд/мл. По данным ЭхоКГ определялся тип ремоделирования миокарда, а также наличие или отсутствие диастолической дисфункции левого желудочка. Индексированная масса миокарда левого желудочка рассчитывалась по формуле Американского эхокардиографического общества (ASE): $ИМЛЖ = 0,8 \times (1,04 \times [(КДР + ТЗСд + ТМЖПд)^3 - (КДР)^3]) + 0,6$ г. Относительная толщина задней стенки левого желудочка (индекс относительной толщины) вычислялась по формуле

(2хТЗСд)/КДР. Критерием диагностики гипертрофии левого желудочка являлось значение индекса массы более 95 г/м² у женщин и более 115 г/м² у мужчин. У лиц с ожирением и избыточной массой тела, для соотношения МЛЖ с размерами тела и во избежание гиподиагностики гипертрофии левого желудочка, при расчете массы миокарда левого желудочка использовалась поправка на рост, возведенный в степень 1,7. Концентрическая гипертрофия левого желудочка диагностировалась при индексе относительной толщины более или равным 0,42 и увеличенной индексированной массой миокарда левого желудочка; эксцентрическая гипертрофия – при индексе относительной толщины менее 0,42 и увеличенной индексированной массе миокарда левого желудочка; концентрическое ремоделирование – при нормальной массе миокарда левого желудочка и индексе относительной толщины более или равным 0,42.

Результаты:

Из 58 человек 41 пациент имел нормальную геометрию сердца и 13 (31,7%) из них имели инсулинорезистентность, средний индекс HOMA-IR в этой группе составил 2,65 балла. При этом в этой группе пациентов с нормальной геометрией сердца 13 человек имели нарушение диастолической функции левого желудочка по 1 типу, из них только у двоих (15,3% от 13 человек) имела место инсулинорезистентность. Из 12 пациентов с гипертрофическим ремоделированием левого желудочка 5 человека имели инсулинорезистентность (41,7%), средний индекс HOMA-IR составил 2,9 балла. 2 пациента имели эксцентрическую гипертрофию левого желудочка, оба (100%) имели инсулинорезистентность со средним баллом 4,0. У троих пациентов была диагностирована концентрическая гипертрофия левого желудочка, при этом у двоих (66,6%) имела место инсулинорезистентность со средним баллом 5,0.

Заключение:

1. При изменении геометрии сердца инсулинорезистентность диагностируется чаще, при этом в случае концентрического ремоделирования миокарда инсулинорезистентность встречается реже, чем при эксцентрической гипертрофии и концентрической гипертрофии. 2. Наиболее прогностически неблагоприятные эксцентрическая гипертрофия, а особенно концентрическая гипертрофия левого желудочка сопряжены с более высоким уровнем HOMA-IR. 3. Оценка уровня глюкозы, иммунореактивного инсулина и HOMA-IR может служить в практическом здравоохранении одним из метаболических маркеров сердечно-сосудистого риска.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Смазнов В.Ю., Смазнова О.В.,
Акимова Е.В., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ Кардиологии «Тюменский
Кардиологический Центр»

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось определение ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и физической активности в открытой популяции у мужчин 25-64 лет.

Материал и методы:

Методологической основой одномоментного эпидемиологического исследования явилось использование стандарт-

ной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени – мужчины 25-64 лет в количестве 1000 человек. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных эпидемиологических методов. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Физическая активность оценивалась по анкете ВОЗ-МОНИКА «Знание и отношение к своему здоровью».

Результаты:

У мужчин 25-64 лет открытой популяции г. Тюмени распространенность ИБС составила 12,4%, ОИБС – 6,6%, ВИБС – 5,7%. Лица с ОИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям наиболее часто пытались делать физзарядку, но безуспешно, сравнительно с группой без ИБС (соответственно, 28,2% – 15,4%, $p < 0,01$; 23,1% – 15,4%, $p < 0,05$). По отношению к группе сравнения большая часть респондентов с ВИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям мотивировали свой отказ делать физзарядку медицинскими противопоказаниями. Динамика по физической активности в течение последних 12-ти месяцев отмечалась у мужчин открытой популяции со всеми тремя градациями ИБС сравнительно с группой без ИБС (ОИБС: 40,8% – 56,6%, $p < 0,001$; ВИБС: 49,2% – 56,6%, $p < 0,05$; ИБС: 44,6% – 56,6%, $p < 0,001$). Мужчины с наличием «определённой ИБС» и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям оценили свою физическую активность сравнительно с другими людьми того же возраста как более пассивную, существенные различия по показателям «несколько пассивнее» и «значительно пассивнее» установлены сравнительно с респондентами в группе без ИБС, $p < 0,001$.

Заключение:

В открытой популяции мужчины 25-64 лет с наличием ОИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям чаще пытались делать физзарядку, оценив свою физическую активность как пассивную, в то же время в группах с наличием ИБС в течение последних 12-ти месяцев наблюдалось снижение физической активности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д И СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Райх О.И., Сумин А.Н.,
Индукаева Е.В., Артамонова Г.В.

ФГБУ НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Вопросы клинического значения типа личности Д а также взаимосвязь его с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний продолжают обсуждаться. Цель: Изучение распространенности типа личности Д и взаимосвязь с основными факторами риска ССЗ в популяции сибирского города в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ

Материал и методы:

Исследование проведено в рамках многоцентрового эпидемиологического исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации (ЭССЕ-РФ). Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка мужского и женского взрослого населения в

возрасте 25-64 года среднеурбанизированного города Западной Сибири. Одновременное эпидемиологическое исследование проведено в период с марта по октябрь 2013 г. В конечном виде объем выборки составил 1610 человек (мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет), отклик составил 81,4 %. Тип личности Д, состоящий из подшкал негативного реагирования (NA) и социального подавления (SI) оценивался с помощью опросника DS-14. Сформировано 2 группы больных: 1 группа – пациенты с наличием типа Д (n=231), и 2 группа – пациенты без типа Д (n=1379). В качестве основных ФССР, достаточно хорошо изученных и используемых в большинстве известных моделей оценки сердечнососудистого риска, рассматривались артериальная гипертензия (АГ), курение, наличие СД, гиперхолестеринемия (ГХЭ), ожирение. Измерение артериального давления проводили по стандартной методике. За критерий АГ принимали уровень артериального давления равный или более 140/90 мм рт. ст., либо меньший уровень артериального давления на фоне гипотензивной терапии.

Результаты:

Распространенность АГ в выборке достигает 43,4%, выше среди мужчин, чем среди женщин (соответственно, 51,7 % и 37,2 %). Тип личности Д выявлен у 231 (14,3%) обследованных. Наличие АГ значимо коррелировалось высокими баллами по шкале NA (p=0,045), в меньшей степени – с выявлением типа Д с оценкой по двум подшкалам (p=0,056). У лиц с типом личности Д выше была степень ОТ (p=0,002), ИМТ (p=0,051) и стаж курения (p=0,009) по сравнению с обследованными без типа Д. При проведении однофакторного логистического регрессионного анализа в наибольшей степени влияли на комплексную оценку частоты обращения за медицинской помощью в ЛПУ: наличие АГ (в 2,31 раза), наличие типа личности Д (в 1,65 раза), ОХС (в 1,51 раза), окружность талии (в 1,54 раза), индекс массы тела (в 1,47 раза); p<0,05 во всех случаях. При множественном регрессионном анализе независимое влияние на частоту обращений в ЛПУ оставалось для таких показателей как наличие АГ (в 3,1 раза), наличие типа Д (в 1,21 раза) (p=0,02) и ИМТ в 1,14 раза (p=0,021).

Заключение:

Связь психологического дистресса с основными факторами риска ССЗ, такими как АГ, ИМТ, курение следует учитывать при скрининговой диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗССЕ-РФ)

Индукеева Е.В., Скрипченко А.Е.

ФГБНУ «НИИ КПССЗ»

Введение (цели/ задачи):

Социально-экономические и демографические характеристики, климато-географические и экологические особенности условий проживания могут являться важными аспектами распространенности факторов риска (ФР) болезней системы кровообращения (БСК). Цель данного исследования – анализ распространенности артериальной гипертензии (АГ) и ФР у жителей города Кемерово и сельских поселений Кемеровской области (КО).

Материал и методы:

Социально-экономические и демографические характеристики, климато-географические и экологические особенности условий

проживания могут являться важными аспектами распространенности факторов риска (ФР) болезней системы кровообращения (БСК). Цель данного исследования – анализ распространенности артериальной гипертензии (АГ) и ФР у жителей города Кемерово и сельских поселений Кемеровской области (КО).

Результаты:

Распространенность АГ среди жителей КО составила 43,4%, в том числе у мужчин – 51,7%, у женщин – 37,2%. Среди сельских жителей 47,4%, городских – 42,3%. У мужчин села – 64,3%, у городских – 49,7% (p=0,007), у женщин сельских поселений – 39,6%, женщин города – 36,4% (p=0,4). Нормальную массу тела имели 30,9% мужчин и 33,1% женщин, избыточную массу тела и ожирение у мужчин – 39,4% и 29,6%, соответственно, у женщин – 27,6 и 39,4% соответственно. Причем среди респондентов с ожирением преобладали жители сельских поселений – 46,5% (p=0,00003), как мужчины (38,8%), так и женщины (50%). По данным опроса не курят 49,8% респондентов, 22,5% мужчин и 77,4% женщин. Доля курящих мужчин составляет 45,7%, женщин – 18,9%. Алкоголь употребляли 42,5% респондентов, из них 64,7% – мужчины, 25,8% – женщины. Различий по факторам курения и употребления алкоголя в зависимости от места проживания не выявлено. Распространенность гиперхолестеринемии среди городских жителей составила 54,1% и 49% – у сельских жителей. Среди мужского и женского населения города – 50,2% и 57,4% соответственно (p=0,007), среди жителей сельских поселений – 55,1% и 46,2% соответственно.

Заключение:

При изучении распространенности АГ и факторов риска БСК выявлено: преобладание АГ у мужчин сельских поселений КО, гиперхолестеринемии у городских женщин, распространенности избыточной массы тела и ожирения у сельских жителей по сравнению с жителями города Кемерово.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Евстратова Е.Ф., Васильева Л.В., Бурдина Н.С.

ВГМА им.Н.Н.Бурденко

Введение (цели/ задачи):

Изучить клиническую эффективность комбинации низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в лечении больных остеоартрозом (ОА) с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

У 60 больных ОА 2-3 стадией по Kellgren с сопутствующей гипертонической болезнью 2 стадией в возрасте 56-58 лет (50 женщин и 10 мужчин) в течение 10 дней проводили лечение комбинацией НИЛИ, накожного на воспалённые суставы и надвенозного в сочетании с традиционной терапией (ТТ). Контрольная группа больных, аналогичных по возрасту, диагнозу и тяжести заболевания получали только традиционную терапию. Оценивались: боль по ВАШ, в покое и при ходьбе, параметры АД по данным СМАД, данные ЭКГ по результатам холтеровского мониторирования. Исследовались интерлейкины (ИЛ) 1,6,10, фактор некроза опухоли -альфа (ФНО-α). Исследования проводили в 1-2 дня и на 9-10 день лечения.

Результаты:

При применении комбинации НИЛИ на 9-10 день лечения наблюдалась значительная положительная динамика ил-1,6,10, ФНО-α, которая коррелировала с уменьшением болевого суставного

синдрома по шкале ВАШ в состоянии покоя с $66,2 \text{ мм} \pm 6,4$ до $32,4 \pm 3,8$ при ходьбе с $74,2 \pm 5,8$ до $54,2 \pm 3,1$, $p < 0,05$, $r = 0,87$, снижением исходно повышенных параметров АД с $170/100 \pm 6,9$ мм рт. ст. до $130/82 \pm 3,4$ мм рт. ст., положительной динамикой ЭКГ по данным холтеровского мониторирования. В контрольной группе отмечалась не существенная положительная динамика вышеперечисленных параметров, $p > 0,05$.

Заключение:

Лечение больных ОА с кардиоваскулярной патологией комбинацией низкоинтенсивного лазерного излучения продемонстрировало его значительное положительное влияние на параметры повышенного АД и болевой суставной по сравнению с традиционной терапией, что позволяет рекомендовать данную методику к широкому применению.

РЕЗИСТЕНТНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ: ОРГАНОПРОТЕКЦИЯ И ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ

Рипп Т.М., Рипп Е.Г., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Пекарский С.Е., Ситкова Е.А., Рябова Т.Р., Фальковская А.Ю.

ФБГНУ «НИИ Кардиологии»,
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценка влияния симпатической денервации почек (СДП) у пациентов (п.) с резистентной гипертензией (РГ) на мозговой кровоток (МК) и сердце, поиск предикторов органопротективной эффективности СДП.

Материал и методы:

В анализ включены 64п. ($53,8 \pm 8,9$ л.) с РГ, подписавшие информированное согласие для исследований и лечения, получавшие полнотерапию (4,1 препарата), включающую диуретик. Самоконтроль АД, эхокардиография, исследование МК оценивались исходно (и) и через 24 недели после процедуры (пп). Определялись структура и функция сердца время и индекс ускорения мозгового кровотока (АсТ и АсI). СДП проводилась путем эндоваскулярной радиочастотной абляции почечных артерий, билатерально через трансфеморальный доступ.

Результаты:

В группе со значимым уменьшением гипертрофии ЛЖ (регрессия массы миокарда (ММ) ≥ 10 г) наблюдалась у 36,7%, и в группе без изменения ММ ЛЖ были соотносимы параметры: антропометрии, динамик САД/ДАД: $(-7,0 [-34,0; 3,0]\% / (-5,0 [-17,9; 3,0]\% \text{ и } -8,3 [-40,1; 17,0]\% / -4,24 [-15,8; 6,0]\%)$, $p = 0,22/0,08$) и ЧСС $(-4,0 [-20; 4,0]\% \text{ и } -5,0 [-18,0; 6,0]\%)$, $p = 0,70$), конечный диастолический размер ЛЖ, а так же количество и группы принимаемых медикаментов. Динамика и вариабельность «day by day» для САД/ДАД были: 1-5дней $-24,6 / -5,4$ и $14,8 / 6,1$; 6-10дней $-22,4 / -4,1$ и $11,9 / 6,7$; 11-15дней $-14,6 / -2,1$ и $11,3^* / 5,9$; 16-20дней $-16,1 / -2,4$ и $8,6^* / 6,1$ 21-25дней $-18,6 / 7,2$ и $9,2^* / 6,3$; 26-30дней $-21,7 / 9,7$ и $9,9^* / 5,9$ мм рт. ст. (* $p < 0,05$). Были найдены значимые коэффициенты корреляции между ранней динамикой (0-5дней) и динамикой АД пп.: $r = 0,72/0,76$ $p = 0,002/0,000$ и вариабельностью «day by day» $-0,71 / -0,15$ $p = 0,002/0,07$. МКи/пп: АсТ $61,9 \pm 15,9 / 52,1 \pm 8,3$ $p = 0,02$; АсI $9,2 \pm 1,4 / 10,5 \pm 0,7$ $p = 0,01$.

Заключение:

Лечение с использованием СДП приводило к снижению ММ у части пациентов, для потенциальных респондеров исходные значения МЖП и ЗС ЛЖ определяли прогностическую значимость регрессии ММ ЛЖ. Наблюдались положительные изменения

параметров мозгового кровотока. Степень раннего снижения АД и его вариабельности имели самостоятельное прогностическое значение для эффективности СДП.

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Колесниченко О.А.

Ростовский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности артериальной гипертензии у пациентов острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в зависимости от степени тяжести острой сердечной недостаточности (ОСН).

Материал и методы:

В исследование включено 91 пациент с диагнозом ОКСпST, средний возраст $60,7 \pm 1,2$ лет, контрольную группу составили здоровые добровольцы, сопоставимы по возрасту. Диагноз ОКС подтверждался по данным клиники, электрокардиографии, оценка МВ-КФК, тропонина I. Критерии включения: артериальная гипертензия в анамнезе, ОКСпST осложненный ОСН по Killip (I-III степени) в первые 24ч заболевания, женщины в менопаузе. Критерии исключения: хроническая почечная и печеночная недостаточности, ОСН Killip IV, сахарный диабет, симптоматическая артериальная гипертензия. Оценивали: значения систолического артериального давления (САД), диастолического (ДАД), пульсового АД (ПАД) мм рт.ст., частоту сердечных сокращений (ЧСС). Статистическая обработка исследуемого материала проводилась программой Statistika 6.0.

Результаты:

Среди пациентов ОКС средние цифры САД составили $132,75 \pm 2,52$ мм рт. ст. и статистически значимо выше чем в группе здоровых добровольцев $116,67 \pm 2,11$ мм рт.ст.. В зависимости от степени прогрессирования ОСН больных ОКС отмечено увеличение САД Killip I-III: $136,15 \pm 5,25$; $129,58 \pm 3,02$; $143,5 \pm 7,38$ мм рт. ст. что достоверно выше группы контроля. Полученные данные подтверждают наличие отрицательной роли повышенного САД в развитии ОСН при ОКС, при этом значения САД не превышают первую степень повышения АД. Значения ДАД статистически не различались среди больных ОКС $78,94 \pm 0,93$ и здоровых $78,33 \pm 2,11$ мм.рт.ст, при этом получено увеличение ДАД при развитии отека легких $83,5 \pm 2,99$ мм рт.ст.. При оценки пульсового АД выявлено увеличение среди пациентов ОКСпST $53,24 \pm 1,83$ по сравнению с группой контроля $38,33 \pm 1,05$ мм рт.ст.. Значения ПАД у больных ОКСпST в зависимости от класса Killip I-III: $54,62 \pm 4,33$; $51,46 \pm 2,21$; $60,0 \pm 4,71$ мм рт. ст. отмечено увеличение, что выше средних значений среди здоровых добровольцев. Цифры ЧСС у пациентов $81,09 \pm 1,28$ уд/мин были выше, чем в группе контроля $70,33 \pm 0,33$ уд/мин, на фоне увеличения степени тяжести ОСН установлено увеличение ЧСС до $88,6 \pm 5,14$ уд/мин у больных с отеком легких, что отражает влияние симпатической нервной системы на прогрессирование ОСН в условиях ишемии миокарда, повышенного повышения потребности миокарда в кислороде.

Заключение:

У пациентов ОКСпST артериальная гипертензия вносит свое влияние в развитие ОСН. Повышение систолического и пульсового артериального давления, а также частоты сердечных сокращений при ОКСпST способствует прогрессированию острой сердечной недостаточности и усугубляет гипоксические нарушения.

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ В ДИНАМИКЕ

КОМАРОВА И.В., ЧУКАЕВА И.И.,
КРАВЧЕНКО А.В., КУШАКОВА Т.Е.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время ВИЧ – инфекция рассматривается в качестве независимого фактора риска развития ССЗ. Одним из патогенетических механизмов раннего развития ССЗ у ВИЧ – инфицированных пациентов является развитие дислипидемии на фоне ВИЧ – инфицирования. В то же время на настоящий момент большое внимание придается роли гендерного фактора в развитии нарушений углеводного обмена. Цель: Оценить роль гендерного фактора в развитии изменений липидного профиля у ВИЧ – инфицированных пациентов с естественным течением ВИЧ – инфекции.

Материал и методы:

21 пациент с естественным течением ВИЧ-инфекции в возрасте 25–40 лет (средний возраст — 31,95 ± 4,04 года), 52% мужчины, 53% пациентов курят, без сопутствующих хронических заболеваний, средний уровень CD4+–клеток — 399,05 ± 159,47 кл/мкл. Через год повторно были обследованы 16 пациентов с естественным течением ВИЧ инфекции, мужчины 50%, 38% пациентов курили, средний уровень CD 4 + клеток составил 437,38 ± 134,31 кл/мл. У всех пациентов был определен уровень ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ и АПО-В.

Результаты:

При оценке гендерных особенностей липидного профиля нами не было выявлено достоверных различий по уровню ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ и АПО – В между ВИЧ-инфицированными мужчинами и женщинами с естественным течением ВИЧ – инфекции. Нами был выявлен достоверно более высокий уровень ЛВВП у ВИЧ – инфицированных женщин с естественным течением ВИЧ – инфекции по сравнению с мужчинами [1,33 (1,23 – 1,99) против 1,04 (0,75 – 1,12) ммоль/л, $p < 0,05$]. При обследовании в динамике нами также не было выявлено достоверных различий по уровню ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ и АПО-В и выявлен достоверно более высокий уровень ЛВВП у ВИЧ – инфицированных женщин с естественным течением ВИЧ – инфекции по сравнению с мужчинами [1,63 (1,41 – 1,84) против 1,0 (0,97 – 1,10) ммоль/л, $p < 0,05$]

Заключение:

Нами выявлено сохранение в динамике протективной роли женского пола на уровень ЛВВП у ВИЧ – инфицированных пациентов с естественным течением ВИЧ – инфекции. Отсутствие сохранения протективной роли женского пола на уровень ТГ вероятно связано с повышением уровня ИФ – γ на фоне хронической персистенции ВИЧ.

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

УРАЗОВА Г.Е.

ГОУ ВПО Амурская ГМА

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время эффективный контроль АД, улучшение состояния органов-мишеней, повышение качества жизни

лучше достигается путем использования комбинированной фармакотерапии. Одной из стратегий развития РФ, является повышение конкурентоспособности отечественной фармацевтической промышленности, замещения импортных лекарственных средств отечественными, полный цикл производства которых находится на территории РФ. Цель данного обследования явилось изучение эффективности применения отечественного препарата атолл (комбинация периндоприла 4(8) мг и амлодипина 5(10) мг) у больных с АГ I-II ст.

Материал и методы:

Для изучения гипотензивной эффективности 17 больным с АГ 1-2 ст. в возрасте от 47 – 64 лет, был назначен атолл в дозе 1 таблетка в сутки однократно в утренние часы. У 10 пациентов диагностирована ИБС представленная стабильной стенокардией ФК I-II (фактором исключения являлся постинфарктный кардиосклероз). У 5 в анамнезе был сахарный диабет 2 типа. В качестве критериев оценки гипотензивного эффекта использовалось достижение целевого уровня АД (<140/90 мм рт. ст.).

Результаты:

В результате лечения нормализация уровня АД (<140/90 мм рт. ст.) при ежедневном измерении имела место у 15 больных (88%). Необходимость в удвоении доз препаратов возникла у 2 пациентов. У пациентов, имевших в анамнезе ИБС, наряду с гипотензивным, отмечался клинически значимый и сопоставимый антиангинальный эффект. Частота ангинозных приступов напряжения достоверно уменьшилась более чем в 3 раза; по результатам 6-минутного теста с ходьбой отмечено сопоставимое увеличение дистанции ходьбы на 7% и уменьшение потребности в нитроглицерине. Назначение данной гипотензивной комбинации не оказала влияния на показатели углеводного обмена у пациентов с СД 2 типа.

Заключение:

Таким образом, комбинированный препарат "Атолл" (Россия – ОЗОН), содержащий полные терапевтические дозы амлодипина и периндоприла, является высокоэффективным в лечении пациентов с АГ в сочетании с ИБС и СД 2 типа. Благодаря аддитивному действию амлодипина и периндоприла, гипотензивная эффективность препарата превышает 80% и сопровождается клинически значимым антиангинальным и антиишемическим действием.

РОЛЬ МАРКЕРОВ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В МОДИФИКАЦИИ ШКАЛЫ GRACE ACS RISK SCORE 2.0 У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ЗЫКОВ М.В., КАРЕТНИКОВА В.Н., БЫКОВА И.С.,
БАРБАРАШ О.Л., ХРЯЧКОВА О.Н., КАЛАЕВА В.В.

НИИ КПССЗ, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/ задачи):

Почечная дисфункция широко распространена во всем мире и ассоциируется с повышенным риском развития смертельных исходов у пациентов, госпитализированных с острым коронарным синдромом. Этот факт обуславливает актуальность ранней диагностики предикторов развития нарушения функции почек у этой категории пациентов при помощи поиска новых более чувствительных и специфичных маркеров. Как известно, шкала GRACE ACS risk score 2.0 учитывает в качестве показателя дисфункции почек сывороточный креатинин,

который имеет ряд существенных общеизвестных недостатков. Цель исследования: изучить эффективность модификации шкалы риска отдаленной смертности GRACE путём добавления ряда маркеров нарушения функции почек у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование включены 943 пациентов, госпитализированные в Кемеровский кардиологический диспансер по поводу инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST давностью менее 24 часов. Средний возраст больных составил 63,36 (62,61-64,12) лет, средняя оценка по шкале GRACE - 147,77 (145,54-150,01) балла. Определение концентрации сывороточных интерлейкина-18 (ИЛ-18, пг/мл), NGAL (нг/мл, s-NGAL), цистатина С (CC, мг/л) на 12-е сутки госпитализации проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа соответственно у 130, 82 и 128 пациентов, случайно выбранных из общей группы. Регистрацию результатов осуществляли на планшетном ридере «УНИПЛАН» (НПФ «ПИКОН», Россия). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы Statistica версии 10.0.1011.0 (StatSoft, Inc., USA). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

У 834 пациентов из 943 оценили прогноз (11,55% оказались недоступны контакту). 3-х летняя сердечно-сосудистая смертность составила 15,23% ($n=127$). У всех больных из группы биомаркеров оценили прогноз, 3-х летняя смертность составила в группе ИЛ-18 10,0% ($n=13$), в группе sNGAL 8,54% ($n=7$), в группе CC 10,16% ($n=13$). Медина концентрации sNGAL у больных с благоприятным и неблагоприятным прогнозом составили 1,61 (1,22-2,52) и 2,62 (2,02-2,96) нг/мл соответственно, $p=0,017$, для ИЛ-18 данные показатели составили соответственно 149,0 (103,6-271,0) и 148,3 (122,2-316,5) пг/мл, $p=0,71$, для CC - 1,51 (1,02-1,90) и 1,58 (1,07-1,90) мг/л соответственно, $p=0,72$. Значение площади под ROC-кривой у 834 больных для шкалы GRACE 2.0 при оценке 3-х летней смертности составило 0,73 (0,68-0,77), что существенно ниже данных литературы - 0,82 (Fox K.A.A, 2014). При добавлении в анализ к шкале GRACE 2.0 данные sNGAL показатель C-статистика увеличился до 0,81 (0,69-0,93), значение Хи-квадрата в регрессии Кокса составило 8,03, $p=0,018$. У пациентов низкого, среднего и высокого риска по шкале GRACE показатели 3-х летней смертности составили - 5,22% ($n=13$), 10,59% ($n=34$) и 30,30% ($n=80$) соответственно. При добавлении в анализ уровня sNGAL с пограничным значением 2,0 нг/мл получены результаты, представленные в таблице 1. Таблица 1. Частота смертности через 3 года у больных с различным риском по шкале GRACE ACS risk score 2.0 и уровнем sNGAL ($n=82$) Риск по шкале GRACE Уровень sNGAL Частота смертности в течение 3-х лет наблюдения низкий $\leq 2,0$ нг/мл, $n=10$ 0 >2,0 нг/мл, $n=8$ 1 (12,5%) средний $\leq 2,0$ нг/мл, $n=18$ 0 (0%) >2,0 нг/мл, $n=15$ 3 (20,0%) высокий $\leq 2,0$ нг/мл, $n=13$ 1 (7,69%) >2,0 нг/мл, $n=9$ 2 (22,22%)

Заключение:

Таким образом, у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST шкала GRACE 2.0, дополненная значением sNGAL имеет наиболее высокую прогностическую значимость.

РОЛЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ (КАБИНЕТАХ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Комков Д.С., ШВАБСКАЯ О.Б., Линчак Р.М.

ФГБУ «ГНИЦ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) при динамическом наблюдении пациентов в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики.

Материал и методы:

Проанализировано 524 амбулаторных карты пациентов, которые в течение 2014г. наблюдались в отделении медицинской профилактики нашего центра. Оценивались следующие факторы риска: повышенный уровень артериального давления (АД), повышенный уровень холестерина, избыточная масса тела и курение. Через год наблюдения проведена повторная оценка факторов риска у данных пациентов и оценена эффективность работы по их коррекции.

Результаты:

При первичной оценке факторов риска было выявлено 235 пациентов с повышенным уровнем АД (44,8%), 234 пациента с повышенным уровнем холестерина (44,6%), 378 пациентов с избыточной массой тела (72,1%), а также 121 курящий пациент (23,1%). Среднее время наблюдения в отделении составило $7,4 \pm 1,2$ месяца. Повторная оценка факторов риска по истечению календарного года выявила 14 пациентов с повышенным уровнем АД (6,0%), 75 пациентов с повышенным уровнем холестерина (32,1%), 19 пациентов с избыточной массой тела (3,6%) и 46 активных курильщиков (8,7%).

Заключение:

Таким образом, основываясь на результатах проведенного анализа, можно заключить, что длительное динамическое наблюдение в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики позволяет достичь высокой эффективности в отношении коррекции основных факторов риска ХНИЗ: до 95% в отношении повышенного уровня АД, до 94% в отношении избыточной массы тела, до 68% в отношении достижения целевых уровней холестерина. Результативность работы в отношении помощи при отказе от курения (38%), учитывая короткую медиану наблюдения, достоверно оценить невозможно, в связи с чем планируются дальнейшие проспективные исследования в этой области.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АД В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Кондаков В.Д., Антропова О.Н., Осипова И.В.

ГБОУ ВПО АГМУ Министерства здравоохранения РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить показатели центрального АД и его диагностическую роль у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Нами была обследована группа пациентов: 30 мужчин с предАГ (уровень офисного АД 120-130/80-89 мм рт.ст.). В группу сравнения включены 30 здоровых добровольцев. Средний возраст в

исследуемых группах составил $45,4 \pm 1,1$ и $46,8 \pm 0,9$ лет. Проводился анализ модифицируемых факторов риска, вычисление лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Жесткость артериальной стенки измерялась неинвазивным методом оценки СРПВ на каротидно-феморальном участке, расчет центрального аортального давления (ЦАД) и индекса аугментации (AIx) осуществлялся при помощи аппланационной тонометрии на приборе SphigmoCor (AtCor Medical Pty Limited, Австралия).

Результаты:

Средний уровень САД на плечевой артерии в 1-ой группе составил $122,3 \pm 6,6$ мм рт.ст., ДАД составляло $84,0 \pm 5,3$ мм рт.ст. В группе сравнения - $114,5 \pm 6,8$ мм рт.ст. и $78 \pm 4,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). САД на аорте составило $129 \pm 3,5$, показатель AIx - $24,6 \pm 2,3$ у обследованных пациентов. В группе сравнения показатели эластичности и уровень AIx соответствовали возрастной норме ($108 \pm 2,5$ мм рт.ст., $11,6 \pm 14,8$). У 40% пациентов 1-ой группы центральное САД превышало 110 мм рт.ст., у остальных 60% имелось повышение только периферического САД. Показатель СРПВ составлял $8,6 \pm 2,5$ м/с в исследуемой группе, в группе контроля - $6,3 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). СРПВ > 10 м/с имела у 25% пациентов в исследуемой группе. Признаки атеросклероза БЦС (толщина КИМ $> 0,9$ мм) наблюдались у 26%, признаки атеросклероза сосудов нижних конечностей (ПЛИ $< 0,05$) имели 4 (15%) пациентов 1-ой. Выявлены положительные корреляционные связи увеличения ЦАД, AIx с увеличением толщины КИМ ($r = 0,7$; $p < 0,05$), дислипидемией ($r = 0,4$; $p < 0,05$). Повышение периферического АД имело связи с курением ($r = 0,5$; $p < 0,05$).

Заключение:

Центральное АД показало высокую значимость в диагностике предгипертонии, позволяя оценить истинную нагрузку на органы-мишени.

РОЛЬ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Салпагарова Ф.Э., Хапаев Б.А.

Медицинский институт СевКавГГТ

Введение (цели/ задачи):

Одним из важнейших факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), лидирующих среди причин смерти в России, является артериальная гипертензия. Контроль уровня артериальной гипертензии (АГ) и длительный прием антигипертензивных препаратов являются основополагающим звеном амбулаторного ведения и лечения пациентов с АГ. Важное место в решении проблемы контроля уровня АГ и улучшения приверженности пациентов терапии занимает обучение пациентов с АГ в школе пациента. Цель: оценить частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных, проходивших обучение в школах пациента с АГ.

Материал и методы:

Наблюдались больные АГ, прошедшие полный курс обучения в школах пациентов с АГ в 11 медицинских организаций Карачаево-Черкесской Республики за 5 лет (с 2010 по 2014). Оценивалась эффективность проводимой антигипертензивной терапии по уровням АД, показателям приверженности к терапии, частоты госпитализаций в год, частоты острого коронарного синдрома, внезапной коронарной смерти, инсульта, гипертонических кризов и др. ССО. Полученные показатели сравнивали с полученными в группе больных АГ, наблюдавшихся в этих же медицинских учреждениях, но не проходивших курса обучения в школе пациента с АГ.

Результаты:

Из 18 786 больных с АГ, наблюдавшихся в 2010 году, диагноз АГ был установлен впервые. Прошли обучение в школе пациента 11 951 больной, 6835 – не проходили обучения в школе. Показатели эффективности проводимой антигипертензивной терапии (приверженность к лечению, уровни АД, частота госпитализаций в год по всем причинам и в связи с ССЗ, частота острого коронарного синдрома, внезапной коронарной смерти, инсульта, гипертонических кризов) была статистически достоверной в группе больных, обучавшихся в школах пациента с АГ по сравнению с группой больных, не посещавших школы больных с АГ.

Заключение:

Обучение в школах пациентов больных с АГ повышает эффективность проводимой антигипертензивной терапии и достоверно уменьшает частоту ССО. Необходимо дальнейшее развитие системы профилактического обучения пациентов с АГ с целью формирования здорового образа жизни и стабилизации здоровья пациентов, снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ИНДЕКС У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сушинская Т.М., Кардаш О.Ф., Рыбина Т.М.

Государственное предприятие «НПЦГ», Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В Рекомендациях ЕОАГ-ЕОК 2013г. по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) параметры, характеризующие упруго-эластические свойства сосудов включены в число тестируемых для оценки поражения органов-мишеней. Японскими исследователями предложен новый показатель – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI). Установлено, что CAVI хорошо коррелирует с аортальной скоростью распространения пульсовой волны.

Материал и методы:

Обследовано 157 пациентов (средний возраст $48,42 \pm 10,3$ лет), в том числе с АГ - 78 человек (уровень систолического артериального давления (АД) – $159,1 \pm 17,3$ мм рт.ст., диастолического АД – $98,7 \pm 0,8$ мм рт.ст.), без АГ – 79 человек (уровень систолического АД – $128,4 \pm 9,9$ мм рт.ст. диастолического АД – $81,9 \pm 7,1$ мм рт.ст.). Проанализирована величина показателя CAVI в зависимости от возраста. В каждой группе были выделены подгруппы: 1) лица 30-39 лет (n 24; n 17), 2) 40-49 лет (n 17; n 30), 3) 50 - 59 лет (n 20; n 23), 4) 60 лет и старше (n 17; n 9). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты:

Исследование упруго-эластических свойств сосудов проводилось на аппарате VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония). Одно исследование занимало по времени не более 7-10 минут. Измерялось АД на 4-х конечностях с одновременной записью ЭКГ, фонокардиограммы, пульсовых волн на артериях 4-х конечностей. В группе лиц с АГ показатель CAVI был выше и составил $7,9 \pm 1,5$ ед., в группе лиц без АГ – $7,2 \pm 0,9$ ед. ($p < 0,05$). Как у лиц с АГ, так и без АГ, с возрастом наблюдалось увеличение показателя CAVI.

Заключение:

Для оценки изменений упруго-эластических свойств сосудов целесообразно определение показателя CAVI. У пациентов с АГ, а также при старении наблюдается ухудшение упруго-эластических свойств сосудов.

СИНДРОМ КОННА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Борисова А.Р.,
Гасымов Э.Г., Арбузова Л.В., Абдулгасанова М.Р.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявить симптоматических артериальных гипертензий (АГ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы:

С 1986 по 2014 гг. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. При всестороннем обследовании больных у 71,0 % больных диагноз "ГБ" (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты:

Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм) был диагностирован у 9,8% больных. Небольшие кисты и умеренная гиперплазия надпочечника (НП) при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32,2% больных только при МРТ и КТ. При ревизии забрюшинного пространства у 22 пациентов была выявлена микро- или макронодулярная гиперплазии НП, у 10 больных венадопочечниковые единичные или множественные феохромоцитомы (ФЦ) диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 98% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдается у больных, которым было выполнено удаление опухоли, НП с над-, поддиафрагмальной СГЭ, расширенной десимпатизацией. Хирургические методы лечения при надпочечниковых АГ позволяли у 80- 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект.

Заключение:

Таким образом, широкое использование информативных диагностических методов позволяет своевременно установить диагноз НПАГ, и значительно снизить ее осложнений.

СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Дружилов М.А., Дружилова О.Ю.,
Отмахов В.В., Кузнецова Т.Ю.

МСЧ УФСБ России по Республике Карелия

Введение (цели/ задачи):

С учетом низкой специфичности существующих критериев метаболического синдрома (МС) в отношении выделения лиц высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) целью данного исследования стала оценка возможности использования показателя скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте в качестве дополнительного прогностического критерия наличия органических поражений и тем самым высокого ССР у пациентов с МС.

Материал и методы:

Обследовано 74 нормотензивных пациента с МС (77,0% мужчин, средний возраст 45,1±5,0 года), асимптомных в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, с низким или умеренным риском по шкале SCORE. Проводилась оценка липидного спектра и сахарного профиля крови, скорости клубочковой

фильтрации, альбуминурии, выполнялось триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эхокардиография, бифункциональное суточное мониторирование АД прибором BPLab с оценкой ригидности артерий по технологии Vasotens. Определяемая данным методом величина СПВ в аорте $\geq 7,9$ м/с соответствует величине каротидно-фemorальной СПВ >10 м/с. Сопоставимость сформированных групп по количественным показателям оценивали с помощью двустороннего t-критерия Стьюдента, по качественным показателям с помощью критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Органные поражения были выявлены у 44 человек (59,5%): каротидный атеросклероз (12; 16,2%), комплекс "интима-медиа" (КИМ) сонных артерий (СА) $>0,9$ мм (27; 36,5%), СПВ в аорте $\geq 7,9$ м/с (33; 44,6%), микроальбуминурия (МАУ) (8; 10,8%), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) (5; 6,8%). У 12 (16,2%) пациентов отмечались эхокардиографические признаки диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ. Пациенты с МС и СПВ в аорте $\geq 7,9$ м/с по сравнению со всей группой лиц с МС отличались более высокой частотой выявления каротидного атеросклероза (36,4% против 16,2%, $p < 0,05$) и эхокардиографических признаков ДД ЛЖ (33,3% против 16,2%, $p < 0,05$). Аналогичная тенденция прослеживалась и в отношении МАУ (24,2% против 10,8%), гипертрофии стенки СА (54,5% против 36,5%) без статистически значимого различия вследствие ограниченной по величине выборки пациентов. Использование СПВ в аорте $\geq 7,9$ м/с позволило выделить среди пациентов с МС 100% лиц с каротидным атеросклерозом и МАУ, 91,7% лиц с ДД ЛЖ, 66,7% лиц с гипертрофией стенки СА.

Заключение:

Пациентам с МС и невысоким риском по шкале SCORE в случае выявления СПВ в аорте $\geq 7,9$ м/с (каротидно-фemorальной СПВ >10 м/с) целесообразно выполнение скрининга органических поражений, в первую очередь, субклинического атеросклероза, для последующей реклассификации ССР.

СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ АОРТЫ И АДИПОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АГ

Саковская А.В., Невзорова В.А., Бродская Т.А.

ТГМУ

Материал и методы:

В исследование были включены 50 пациентов (23 мужчины и 27 женщин) с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии, с АГ I -III степени в возрасте от 25 до 60 лет и 20 практически здоровых некурящих добровольцев. Жесткость аорты оценивали методом неинвазивной артериографии с помощью артериографа TensioClinic TL1 ("TensioMed", Венгрия): скорость распространения пульсовой волны в аорте (СПВА, м/с), индекс аугментации (ИА, %), систолический и диастолический индексы площади (ИПС и ИПД, %) коронарной перфузии и их соотношение (ИПС/ИПД, %). Методом ИФА определяли содержание адипонектина и лептина в сыворотке крови.

Результаты:

СПВА у мужчин и женщин превысила показатели контрольной группы почти в 1,5 раза ($p < 0,01$). ИА также был выше контроля ($p < 0,05$), с достоверно более высокими значениями у женщин по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$). Содержание адипонектина у пациентов с ГБ снижено по сравнению со здоровыми ($5,07 \pm 1,1$

мкг/мл и $7,0 \pm 1,2$ мкг/мл, $p < 0,05$), с более низкими значениями у мужчин по сравнению с женщинами с ГБ ($p < 0,05$). Среднее значение концентрации лептина при ГБ составило $2,8 \pm 0,8$ мкг/мл, без достоверной разницы с контролем ($2,1 \pm 1,1$ мкг/мл $p > 0,05$). Комплексный корреляционный анализ показал присутствие наибольшего количества статистически значимых взаимосвязей в группе женщин с ГБ: положительных между уровнем лептина и показателями артериальной ригидности – СРВА ($r = 0,55$, $p < 0,01$), ИПС/ИПД ($r = 0,71$, $p < 0,001$), весом ($r = 0,5$, $p < 0,05$), индексом массы тела ($r = 0,85$, $p < 0,001$), окружностью талии ($r = 0,69$, $p < 0,01$), уровнем общего холестерина ($r = 0,41$, $p < 0,05$), триглицеридов ($r = 0,74$, $p < 0,01$) и ЛПНП ($r = 0,41$, $p < 0,05$); отрицательных между уровнем адипонектина и показателями артериальной ригидности – ИА ($r = -0,34$, $p < 0,05$), ИПС/ИПД ($r = -0,43$, $p < 0,05$), а также весом ($r = -0,49$, $p < 0,05$), ИМТ ($r = -0,48$, $p < 0,05$), уровнем общего холестерина ($r = -0,58$, $p < 0,05$), триглицеридов ($r = -0,46$, $p < 0,05$) и ЛПНП ($r = -0,49$, $p < 0,05$).

Заключение:

В результате проведенного исследования установлено наличие взаимосвязей между содержанием адипокинов и проявлениями избыточной жесткости артериального русла при ГБ с наиболее яркими проявлениями у женщин.

СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

САБИРЖАНОВА З.Т., РАХИМОВА Д.А.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Выявить изменения показателей легочной гемодинамики (ЛГ) и диастолической функции правого желудочка (ДФПЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС) в динамике комплексного лечения с включением озонотерапии (ОТ).

Материал и методы:

Обследовано 34 больных ХОБЛ с ХЛС (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет) с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) ≥ 25 мм рт. ст. Обследовано 3 группы больных: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) по GOLD (2006); 2 - 11 больных на фоне БТ получали амлодипин (А) (5-10 мг/сут) и ОТ; 3 - 12 больных, получавших БТ с ОТ. При доплерэхокардиографии (Эхо-КГ) оценивали: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗСДН, м/с), фракцию предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст.).

Результаты:

Установлено, что до лечения снижение ВЗСДН связано с нарушением расслабления гипертрофированного ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается ФПН. При применении А и ОТ отмечено достоверное снижение показателей: ВИР на 10,5%, ВЗСДН - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне терапии увеличился Е/А на 12,4%. ОТ на фоне БТ приводила к снижению показателей:

ВИР на 5,1 %, ВЗСДН - на 4,1 %, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А на 8,3 %. Режимы БТ без включения ОТ с А не имели достоверного влияния на изменения в показателях ДФПЖ и уровня ЛАДср.

Заключение:

Установлен вазодилатирующий эффект сочетания ОТ и А: снизилось ЛАДср и значимо улучшились показатели ДФПЖ.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДЕБЮТОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

БРЫТКОВА Я.В., СТРЮК Р.И., ГОМОВА И.С., ТАТАРИНОВА О.В., ЗАХАРОВ С. Ю.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение (цели/ задачи):

Оценить характер центральной гемодинамики (ЦГД) и активность симпатико-адреналовой системы (САС) у пациенток с дебютом артериальной гипертензии (АГ) в различные периоды жизни.

Материал и методы:

В исследование включено 228 пациенток, из них 59 женщин репродуктивного периода (1 группа), 102 - в перименопаузе (2 группа) и 67 - в постменопаузе (3 группа) с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии, 1-3 степени с длительностью заболевания $2,1 \pm 1,7$ г. Средний возраст обследуемых в 1 группе составил $38,0 \pm 2,3$ лет, во 2 группе - $51,3 \pm 2,5$ лет и в 3 группе - $60,7 \pm 1,9$ лет. Активность САС оценивали по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) методом, основанным на изменении осморезистентности эритроцитов в присутствии β -адреноблокатора набором реактивов «АРМ-АГАТ» (ООО «Агат-Мед, Москва). При ЭхоКГ оценивали толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), толщину задней стенки левого желудочка (ЗС ЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) как отношение массы миокарда левого желудочка, рассчитанной по формуле Devereux R.V., к площади поверхности тела. Оценку параметров ЦГД осуществляли по двум основным показателям - сердечный выброс (СИ) и общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Расчет СИ проводили по формуле Grollman: $СИ = МОС / ППТ$, где МОС минутный объем сердца (мл/мин). Для расчета ОПСС применяли формулу Пуазейля с модификацией для сердечно-сосудистой системы: $ОПСС = ((САД - ДАД) / 3 + ДАД) \times 80 / МОС$, где САД - систолическое артериальное давление (АД), ДАД - диастолическое АД (мм рт.ст.).

Результаты:

Величины β -АРМ у значительного числа пациенток превышали референсные значения (20 усл.ед.), свидетельствуя о гиперсимпатикотонии у 76% женщин репродуктивного периода, у 83% - в перименопаузе и у 27% - в постменопаузе. Обращает внимание, что несмотря на одинаковую длительность АГ у пациенток 3 группы по сравнению с двумя другими ИММЛЖ был достоверно выше (1 группа - Ме ИММЛЖ $78,7$ г/м² (25%;75%:70,7;94,8 г/м²), 2 группа - Ме ИММЛЖ $76,8$ г/м² (25%;75%:69,5;92,9 г/м²), 3 группа - Ме ИММЛЖ $90,7$ г/м² (25%;75%:76,4;105,9 г/м²), $p < 0,05$). Хотя СИ и ОПСС во всех группах были сопоставимы, но различные варианты ЦГД у всех пациенток встречались с различной частотой. Так гиперкинетический тип ЦГД преобладал у пациенток 2 группы и регистрировался у 40% обследованных по сравнению

с 27% - в 1 группе и 21% - в 3 группе ($p < 0,05$). В то время как гипокинетический тип ЦГД достоверно чаще регистрировали у женщин в постменопаузе (32% против 24% - в 1 и 13% - во 2 группе, $p < 0,05$). У пациенток с гиперкинетическим типом ЦГД показатели β -АРМ были самыми высокими (1 группа - Ме β -АРМ 65 усл.ед. (25%;75%:40;76 усл.ед.), 2 группа - Ме β -АРМ 55 усл.ед. (25%;75%:42;68 усл.ед.), Ме β -АРМ 34 усл.ед. (25%;75%:20;45 усл.ед.)). Напротив, гипокинетическому варианту ЦГД соответствовали наименьшие значения β -АРМ, особенно у пациенток 2-й (Ме β -АРМ 24 усл.ед. (25%;75%:20;28 усл.ед.) и 3 групп (Ме β -АРМ 20 усл.ед. (25%;75%:13;35 усл.ед.)), в 1 группе этот показатель составил 42 усл.ед. (25%;75%:40;57 усл.ед.). Корреляционный анализ по Спирмену между ИММЛЖ и величиной β -АРМ выявил умеренную прямую корреляцию ($r=0,54$, $p < 0,05$, доля объясняемой дисперсии - 29%) в 1 группе обследованных, во 2 и 3 группах корреляционные связи между рассматриваемыми показателями были слабыми.

Заключение:

У женщин с дебютом АГ в репродуктивном периоде и в перименопаузе достоверно чаще имеет место гиперсимпатикотония, которой соответствует гиперкинетический тип центральной гемодинамики. В репродуктивном периоде прослеживается связь гиперсимпатикотонии с ИММЛЖ. Несмотря на одинаковую длительность АГ у женщин в постменопаузе ИММЛЖ достоверно повышен по сравнению с пациентками репродуктивного и перименопаузального периодов и чаще регистрируется гипокинетический тип центральной гемодинамики и показатели β -АРМ, соответствующие физиологическому уровню функционирования симпатико-адреналовой системы.

СОЧЕТАНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ МАЛЬЧИКОВ

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

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/ задачи):

Целью данного исследования являлась оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии и ее факторов риска среди школьников г.Тюмени для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы:

Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников одного из округов г. Тюмени, выбранных по методу случайных чисел. Всего кардиологическим скринингом было охвачено 1308 мальчиков 7-17 лет с откликом 87,7%. Обследование проводилось с применением стандартизованных методов: анкетирование на наличие жалоб, на отношение к курению; измерение артериального давления (АД); антропометрия с определением индекса Кетле (ИК - кг/м²); определение стадии полового созревания по схеме Таннера (1962) с оценкой вторичных половых признаков (в баллах). В качестве критерия повышенного АД взяты рекомендации ВОЗ. Достоверными считались различия показателей на уровне значимости $p < 0,05$. Все школьники были разделены на группы по возрасту, возраст школьников определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты:

В результате проведенного исследования распространенность избыточной массы тела (ИМТ) в популяции школьников 7-17 лет составила 9,2%, мальчиков с ожирением выявлено 5,3%. Повышенное АД в группе мальчиков с ожирением отмечалось почти в три раза чаще, чем у мальчиков с нормальной массой тела (35,4% и 12,7%, $p < 0,001$). Наиболее высокий процент мальчиков с ИМТ и ожирением наблюдался в пред-и-пубертатном возрасте. Появление вторичных половых признаков в популяции мальчиков выявлено с 10-летнего возраста. Следует заметить, что у лиц с ожирением начало полового созревания отмечено на год позже, но протекало более высокими темпами (до +4,21 баллов в год) и к 13-15 годам в возрастных параллелях у них наблюдались более выраженные вторичные половые признаки, чем у мальчиков с нормальной массой тела. Активное курение среди подростков 12-17 лет с ИМТ отмечалось почти в 2 раза чаще, чем среди подростков с нормальной массой тела (20,0% и 10,7% соответственно), особенно в группе 16-17-летних мальчиков с ИМТ, где курил каждый второй подросток. Жалобы на головную боль, головокружение, сердцебиение, боли в сердце, раздражительность, потливость, нарушение сна, характерных для функциональной вегетативной дисфункции, и их сочетание, примерно на 10% чаще наблюдались у школьников с ожирением, чем с должностной массой тела. Ассоциативная связь между уровнем артериального давления, массой тела, ИК, половым созреванием, количеством жалоб носила прямой умеренно выраженный характер, и обратный - между САД и курением, ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, в результате одномоментного эпидемиологического исследования тюменской популяции мальчиков установлена высокая распространенность повышенного АД, ИМТ, курения, «напряженного» процесса полового развития, жалоб, характерных для дисрегуляторного нарушения вегетативной нервной системы; отмечено сочетание ИМТ с выше перечисленными ФР АГ, усугубляющее неблагоприятную ситуацию по распространенности данных ФР АГ, что указывает на необходимость проведения целенаправленных профилактических мероприятий уже с детства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

В мире мозговой инсульт развивается примерно у 6 млн. чел., в России примерно у 400 тыс. Показатели смертности от инсульта в России за последние 15 лет возросли и достигли 280 человек на 100000 населения, что вывело мозговой инсульт на 2 место в структуре общей смертности населения и на 1 место как причину инвалидизации. Цель исследования: сравнение клинической эффективности гипотензивной терапии у пациентов в раннем и позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта на фоне гипертонической болезни.

Материал и методы:

Обследованы 80 историй болезни мужчин (41-59 лет), находившихся на лечении в неврологическом отделении бюджетного муниципального учреждения «Курская областная клиническая больница».

Результаты:

Гипотензивный эффект комбинации эналаприла (20 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню систолического артериального давления (САД) – 22,2 %, по уровню диастолического артериального давления (ДАД) – 10,0 %, в позднем восстановительном периоде по уровню САД – 12,5 %, по уровню ДАД – 5,6 %. Гипотензивный эффект сочетания лозартана (100 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню САД 27,8 %, по уровню ДАД – 20,0 %, в позднем восстановительном периоде по уровню САД – 25,0 %, по уровню ДАД – 11,1 %. Ожидаемая частота развития повторного инсульта, оцененная по шкале CHADS₂, у 90% больных составила 8,5%, у 10% пациентов – 12,5%. Риск возможной смерти от сердечнососудистых осложнений по шкале SCORE у всех 100 % пациентов составил 5% и более, что позволило интерпретировать риск как высокий.

Заключение:

Таким образом гипотензивный эффект комбинации лозартан (100 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) более выражен по сравнению с сочетанием эналаприл (20 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) у пациентов как в раннем, так и в позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта. Комбинация лозартан (100 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) характеризовалась большей комплаентностью с минимум побочных эффектов.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ
ЛОКАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**

Мельникова Е.А., Гусаковская Л.И., Томашевская Ю.А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ параметров локальной ригидности сонных артерий у здоровых лиц и пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Материал и методы:

Всего обследовано 56 человек. В группу 1 вошли 34 здоровых нормотензивных лица (средний возраст 47,1±7,1 лет; САД 117,4±6,9 мм рт.ст., ДАД 74 (67,5; 80,0) мм рт.ст.). Группу 2 составили 22 пациента с АГ 1-2 степени (средний возраст 47,5±6,9 лет, САД 146,2±7,1 мм рт.ст., ДАД 93,0±6,7 мм рт.ст.). Локальную артериальную жесткость оценивали на ультразвуковом аппарате My Lab 90 («Esaote», Италия) программой эхотрекинг по показателям: локальное систолическое (Loc Psys) и диастолическое давление (Loc Pdia), коэффициент поперечной растяжимости (DC), коэффициент поперечной податливости (CC), индекс жесткости β, локальная каротидная скорость пульсовой волны (PWV).

Результаты:

По данным эхотрекинга значения локального давления Loc Psys и Loc Pdia в группе 1 составили 102,7 (96,7; 110,4) и 70 (70,0; 80,0) мм рт.ст.; в группе 2 – 123,4±8,0 и 90,0 (80,0; 95,0) мм рт.ст. (p<0,05). Показатель DC снижался с увеличением давления: у здоровых нормотензивных лиц – 0,02 (0,02; 0,03) 1/кПа, у больных АГ – 0,01 (0,01; 0,02) 1/кПа (p<0,05). Значения локальной податливости CC в группе 1 составили 0,81 (0,63; 1,17) mm2/кПа, в группе 2 – 0,55 (0,45; 0,73) mm2/кПа (p<0,05). Индекс жесткости β преобладал у больных АГ (10,5 (8,1; 12,4)) по сравнению со здоровыми лицами (7,5±2,5) (p<0,05). Обследуемые контрольной группы имели меньшие значения PWV – 6,3±1,0 м/с, у лиц с АГ параметр составил 8,8 (8,1; 9,5) м/с (p<0,05).

Заключение:

По данным эхотрекинга выявлено ухудшение большинства показателей локальной ригидности у больных АГ. Развитие ремоделирования в условиях повышенного АД сопровождается снижением амортизирующей функции сосудистой стенки, о чем свидетельствует увеличение скорости пульсовой волны, индекса жесткости, а также снижение коэффициентов податливости и растяжимости сонных артерий.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ
ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ
СИСТЕМЫ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Кудряшов Е.А., Скибицкий В.В., Городецкая Е.В.,
Фендрикова А.В.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет»

Введение (цели/ задачи):

Цель работы – оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) зофеноприлом и блокатором рецепторов ангиотензина II (БРА) валсартаном при 1- и 2-кратном режиме суточного дозирования у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Обследовано 98 мужчин (средний возраст 59,6 ± 3,5 лет) с АГ 2 степени и стенокардией I-II ФК, рандомизированных в 3 группы в зависимости от варианта получаемой терапии: 1 группа (n=33) – однократно утром зофеноприл 30 мг, 2 группа (n=34) – однократно утром валсартан 160 мг, 3 группа (n=31) – валсартан в дозе 80 мг 2 раза в день (утром и вечером). Все пациенты дополнительно получали метопролола сукцинат 50 мг, гидрохлортиазид 12,5 мг, ацетилсалициловую кислоту 125 мг, розувастатин 10 мг. Исходно и через 24 недели лечения выполняли суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты:

Через 8 недель терапии было достигнуто целевое АД у 90,9% мужчин 1 группы, 61,8% – 2 группы, 87,1% – 3 группы. По данным СМАД через 24 недели терапии во всех группах наблюдалась положительная динамика показателей. Однако у мужчин, получавших валсартан 1р/сут (2 группа) показатели вариабельности систолического АД ночью (Var САДн), вариабельность диастолического днем и ночью (Var ДАДд), скорость утреннего подъема (СУП) САД и ДАД достоверно не изменились. В группах 1 и 3 степень изменения (Δ%) показателей индекса времени (ИВ) САДд, ИВ САДн, ИВ ДАДд, Var ДАДн, СУП САД через 24 недели терапии не отличалась между этими группами, но была достоверно выше, чем в группе терапии валсартаном 1р/сут. Положительная динамика суточного профиля АД (увеличение числа больных с физиологическим профилем «dipper» и снижение с профилем «non-dipper») выявлено на терапии зофеноприлом и валсартаном 2 р/сут (группы 1 и 3, соответственно). Кроме того, только на терапии зофеноприлом сократилось число больных с профилем «night-peaker».

Заключение:

У мужчин с АГ и стабильной ИБС наибольшая антигипертензивная эффективность наблюдалась при комбинированной терапии с использованием иАПФ зофеноприла и двукратном приеме БРА валсартана.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ И СВОБОДНОЙ КОМБИНАЦИИ НЕБИВОЛОЛА И АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННОЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ПЕЧЕРИНА Т.Б., КЛИМЕНКОВА А.В., БАРБАРАШ О.Л.
НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить эффективность применения фиксированной и свободной комбинации небиволола и амлодипина у больных с умеренной и высокой степенью артериальной гипертензией.

Материал и методы:

В исследование последовательно включены 124 пациента с диагнозом первичной артериальной гипертензией. Методом простой случайной выборки пациенты были разделены на 2 равные группы. Пациенты 1-ой группы (n=62) получали фиксированную комбинацию небиволола и амлодипина. В то время как пациенты 2-ой группы (n=62) получали свободную комбинацию небиволола и амлодипина. Период наблюдения за пациентами составил 3 месяца. Комплаентности больного к назначенной антигипертензивной терапии оценивалась по шкале Мориски-Грина. Оценка качества жизни – по опроснику EQ-5D.

Результаты:

Определено, что пациенты, принимающие фиксированную комбинацию небиволола и амлодипина, имели более низкие значения как САД, так и ДАД ($p < 0,05$). Уже через две недели комбинированной двухкомпонентной терапии пациентов с АГ в 60% в 1-ой группе и 52% больных во 2-ой группе достигли целевого уровня АД. Через 3 месяца наблюдения почти у всех больных был достигнут целевой уровень АД, однако, у 1,6% пациентов 1-ой группы и у 2,3% 2-ой группы целевой уровень АД достигнут посредством дополнительного назначения тиазидного диуретика. Определено, что приверженность к лечению у пациентов обеих групп достоверно ($p < 0,05$) увеличивалась в течение всего периода наблюдения. Однако, пациенты, находившиеся на фиксированной комбинации небиволола и амлодипина, имели достоверно более высокую приверженность к лечению. По результатам анализа качества жизни по опроснику EQ-5D, определено, что у пациентов 1-й группы отмечались достоверно более высокие средние значения суммы баллов.

Заключение:

Комбинированная терапия в виде фиксированной комбинации небиволола и амлодипина является одним из эффективных подходов в лечении пациентов с умеренной и высокой степенью артериальной гипертензией.

СТРЕСС В СЕМЬЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ

ГАФАРОВ В.В., ГАФАРОВА А.В., ПАНОВ Д.О., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В.

МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФГБУ НИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СО РАМН, НОВОСИБИРСК

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние стресса в семье на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ), инфаркта миокарда (ИМ) в открытой популяции среди женщин 25-64 лет в течение 16 лет в г. Новосибирске.

Материал и методы:

В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Стресс в семье был изучен с помощью шкалы «Знание и отношение к своему здоровью». В исследование были включены лица, не имеющие ССЗ в анамнезе. При помощи программы ВОЗ «Регистр Острого Инфаркта Миокарда» в течение 16-летнего периода (1995-2010гг) были зарегистрированы все впервые возникшие случаи ИМ. Случаи АГ зарегистрированы при динамическом наблюдении за когортой (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (HR) возникновения АГ, ИМ использовалась Кокс регрессионная модель.

Результаты:

Распространенность высоких уровней стресса в семье в открытой популяции среди женщин 25-64 лет составила 20,9%. Отмечены тенденции увеличения частоты стресса в семье в самой младшей и средней возрастных группах (25-34, 45-54 лет) – 27,6% и 30,5% соответственно. HR развития ИМ у женщин, испытывающих стресс в семье в течение 16 лет был в 5.59 раз выше, в сравнении с лицами без стресса (95,0%ДИ 1.99- 15.70; $p = 0.001$). HR развития АГ у женщин со стрессом в семье в 1,39 раз выше, в сравнении с лицами без стресса (95,0%ДИ 1,08- 1,78; $p = 0.01$). Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития АГ и ИМ в группе замужних женщин с высоким уровнем стресса в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами с высоким уровнем стресса. АГ развивалась достоверно чаще у лиц с высшим и средним образованием и стрессом в семье, в сравнении с лицами, имеющих начальное образование с ($\chi^2 = 5.63$ df=1 $p < 0.05$; $\chi^2 = 4.01$ df=1 $p < 0.05$, для высшего и среднего образования, соответственно) и без стресса ($\chi^2 = 5.45$ df=1 $p < 0.05$; $\chi^2 = 4.39$ df=1 $p < 0.05$, для высшего и среднего образования, соответственно). В отношении профессиональных групп определена высокая частота АГ в категории «руководитель» ($\chi^2 = 5.94$ df=1 $p < 0.05$) и «физический труд» ($\chi^2 = 8.14$ df=1 $p < 0.01$), испытывающих стресс в семье, в сравнении с пенсионерами с и без стресса. В отношении профессиональных групп определена тенденция более высокой частоты ИМ в категории «ИТР» и «руководители», испытывающих стресс в семье.

Заключение:

В открытой популяции среди женщин 25-64 лет каждая 5 женщина имеет стресс в семье. Установлен высокий риск ИМ и АГ при высоком уровне стресса в семье за 16 лет у женщин. Частота развития ИМ и АГ выше среди замужних женщин с высоким уровнем стресса в семье, занятых в профессиональных категориях «руководитель», «физический труд».

СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

ПАНОВ Д.О., ГАФАРОВ В.В., ГАФАРОВА А.В., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В.

ФГБУ НИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СО РАМН, НОВОСИБИРСК

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние стресса на работе на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ), инфаркта миокарда (ИМ) в открытой популяции среди женщин 25-64 лет в течение 16 лет в г. Новосибирске

Материал и методы:

В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет ($n=870$) одного из районов г. Новосибирска. Стресс на работе был изучен с помощью шкалы Каразека. В исследование были включены лица, не имеющие ССЗ в анамнезе. При помощи программы ВОЗ «Регистр Острого Инфаркта Миокарда» в течение 16-летнего периода (1995-2010гг) были зарегистрированы все впервые возникшие случаи ИМ. Случаи АГ зарегистрированы при динамическом наблюдении за когортой (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (НР) возникновения АГ, ИМ использовалась Кокс регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2

Результаты:

Распространенность высоких уровней стресса на работе в открытой популяции женщин 25-64 лет составила 31,6%. НР развития АГ у женщин с высоким уровнем стресса на работе в течение 16 лет был в 1,28 раз выше, в сравнении с лицами с более низкими уровнями стресса (95,0%ДИ 1,02- 1,60; $p < 0,05$). Риск развития ИМ 16 лет был в 3,22 раз выше (95,0%ДИ 1,15- 9,04; $p < 0,05$). Наблюдались тенденции в увеличении частот развития АГ и ИМ в группе замужних женщин со стрессом в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами. Женщины, испытывающие стресс на работе, имели более высокую частоту АГ в группах с высшим и средним специальным и средним образованием в сравнении с начальным ($p < 0,05$). В отношении профессиональных групп определено, что работницы физического труда и стрессом на работе имели более высокую частоту АГ в сравнении с пенсионерами со стрессом ($\chi^2=5,47$ $df=1$ $p < 0,05$). Отмечена тенденция в увеличении частоты развития ИМ в категории работниц инженерно-технических специальностей (ИТР) и стрессом на работе.

Заключение:

В открытой популяции среди женщин 25-64 лет каждая 3 женщина имеет высокий стресс на работе. В течение 16-летнего периода женщины со стрессом на работе имеют более высокий риск гипертензии и инфаркта миокарда. АГ, ИМ чаще развивались среди замужних женщин с образованием выше начального, испытывающих стресс на работе, занятых в профессиональной категории «физический труд», «ИТР».

СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ

АКИМОВА Е.В., КАЮМОВ Р.Х.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение структуры метаболического синдрома (МС) в открытой популяции у мужчин 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы:

Эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени, среди мужчин в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетних жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет), респонс 85,2%. Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома NCEP ATP III (2004): три и более из нижеперечисленных компонентов: ОТ > 102 см для мужчин, содержание ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, содержание ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л для мужчин, АД $\geq 130/85$ мм рт. ст., гликемия $\geq 5,6$ ммоль/л.

Результаты:

Три компонента МС в тюменской популяции имели место в 10,9% случаев, четыре компонента МС – в 2,0% случаев, пять компонентов – в 0,1% случаев. При сочетании трех компонентов МС наиболее частыми формами МС явились комбинации: артериальная гипертензия (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) и гипергликемией (гиперГЛ) (5,6%), АГ с гипертриглицеридемией (ГТГ) и гиперГЛ (3,0%), АГ с ГТГ и АО (2,9%). При этом, первый из трех кластеров МС (АО+АГ+ гиперГЛ), в тюменской популяции встречался существенно чаще, чем сочетания АО+ГТГ+гипоХС ЛПВП (0,4% – 5,6%, $p < 0,001$), АО+ГТГ+гиперГЛ (1,5% – 5,6%, $p < 0,001$), АО+гипоХС ЛПВП+АГ (1,3% – 5,6%, $p < 0,001$), АО+гипоХС ЛПВП + гиперГЛ (0,4% – 5,6%, $p < 0,001$), ГТГ+гипоХС ЛПВП+АГ (0,5% – 5,6%, $p < 0,001$), ГТГ+гипоХС ЛПВП+гиперГЛ (0,2% – 5,6%, $p < 0,001$), гипоХС ЛПВП+АГ+гиперГЛ (0,6% – 5,6%, $p < 0,001$). Второй из кластеров МС (ГТГ+АГ+ гиперГЛ), в популяции встречался существенно чаще сочетаний АО+ГТГ+гипоХС ЛПВП (0,4% – 3,0%, $p < 0,001$), АО+гипоХС ЛПВП + гиперГЛ (0,4% – 3,0%, $p < 0,001$), ГТГ+гипоХС ЛПВП+АГ (0,5% – 3,0%, $p < 0,01$), ГТГ+гипоХС ЛПВП+гиперГЛ (0,2% – 3,0%, $p < 0,001$), гипоХС ЛПВП+АГ+гиперГЛ (0,6% – 3,0%, $p < 0,01$). При сочетании четырех компонентов МС в популяции превалировал кластер АО+ГТГ+АГ+гиперГЛ, такое сочетание компонентов МС было установлено у 1,5% мужчин, встречалось чаще, чем в прочих кластерах МС по четырем компонентам и имело существенные различия с кластерами: АО+ГТГ+гипоХС ЛПВП+АГ (0,2% – 1,5%, $p < 0,05$), АГ+ГТГ+гипоХС ЛПВП+гиперГЛ (0,1% – 1,5%, $p < 0,05$), ГТГ+гипоХС ЛПВП+АГ+гиперГЛ (0,2% – 1,5%, $p < 0,05$). Кластер из пяти компонентов МС в популяции (МС16 – АО+ГТГ+гипоХС ЛПВП +АГ+ гиперГЛ) встречался в минимальном количестве случаев – 0,1%.

Заключение:

Наиболее частыми формами метаболического синдрома по критериям NCEP ATP III в тюменской популяции у мужчин 25-64 лет при сочетании трех компонентов явилась комбинация распространенности АГ, АО и гипергликемии, при сочетании четырех компонентов МС – комбинация распространенности тех же компонентов и ГТГ.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ С ВАЛСАРТАНОМ

Запесочная И.Л., Автандилов А.Г.

ГБОУ ДПО РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**Введение (цели/ задачи):**

Цель: оценить эффективность комбинированной 6-ти месячной терапии со старта амлодипином с валсартаном на структурно-функциональное состояние миокарда, динамику регресса ГЛЖ у больных с АГ, работающих на Крайнем Севере с различными видами трудового графика.

Материал и методы:

137 больным с АГ, проживающим на Тюменском Севере и выделенным в две группы в зависимости от трудового графика их работы (1-ая – 70 человек, работающие в дневную смену, 2-ая – 67 человек, работающие посменно), была назначена комбинированная терапия амлодипином с валсартаном со старта, в среднесуточной дозе амлодипина/валсартана: в 1-ой группе – $8,2 \pm 2,1/144,8 \pm 1,8$ мг/сут., во 2-ой – $9,4 \pm 2,2/193,8 \pm 3,5$ мг/сут. ЭхоКГ исследовали исходно, через 12 недель и через 6 месяцев терапии.

Результаты:

В 1-ой группе больных с АГ при 6-ти месячной терапии амлодипином с валсартаном констатировано уменьшение ИММЛЖ на 17,29% ($p < 0,05$), снижение абсолютного значения ММЛЖ на 48,44 г (на 17,20%; $p < 0,05$). Уменьшились: КДР – на 5,0%, КСР – на 6,25%, толщина МЖП и ЗС ЛЖ – на 8,53 и 7,64%, соответственно, ОТС – на 8,17% ($p < 0,05$). Выявлено улучшение сократительной функции ЛЖ – ФВ увеличилась на 6,16% ($p > 0,05$). Отмечалось увеличение количества пациентов с нормальной геометрией ЛЖ до 52,2% человек (против 37,1% исходно) и с концентрическим ремоделированием до 16,4% пациентов (против 12,9% исходно). Уменьшилось число пациентов с ГЛЖ (с эксцентрической ГЛЖ – до 16,5% человек (против 20% исходно) и с концентрической ГЛЖ – до 14,9% лиц (против 30% исходно)). Во 2-ой группе к 6-му месяцу терапии отмечалось уменьшение КДР и КСР, соответственно, на 9,64 и 7,23% ($p < 0,05$); толщины МЖП и ЗС ЛЖ – на 8,34 и 7,47%, соответственно, ($p < 0,05$), ОТС – на 17,25% ($p < 0,05$), ИММЛЖ – на 25,27% ($p < 0,01$). Абсолютное значение ММЛЖ снизилось на 75,94 г, что составило 25,66% ($p < 0,01$). Выявлено улучшение систолической функции ЛЖ: КДО и КСО уменьшились на 11,70 и 9,09%, соответственно, ($p < 0,05$). Наблюдалось уменьшение на 5,11% размера ЛП ($p < 0,05$). К концу наблюдения увеличилось количество пациентов с нормальной геометрией ЛЖ до 43,5% пациентов (против 25,4% исходно) и с концентрическим ремоделированием до 17,8% человек (против 12,0% исходно); снизилось – с концентрической и с эксцентрической ГЛЖ, соответственно, до 22,5 и 16,2% пациентов (против 44,8 и 17,8%, соответственно, исходно).

Заключение:

6-ти месячная комбинированная терапия амлодипином с валсартаном оказывала достаточное корригирующее воздействие на нарушенную внутрисердечную гемодинамику, способствовала регрессу ГЛЖ в обеих группах наблюдения. Обратное развитие ГЛЖ произошло как за счет снижения КДР и КСР, так и уменьшения толщины стенок миокарда ЛЖ. Отмечалось улучшение систолической функции ЛЖ. Констати-

рован большой процент нормализации ММЛЖ. Произошло изменение типа ремоделирования ЛЖ: уменьшение количества пациентов с концентрической и эксцентрической ГЛЖ. У больных с «северной» АГ целесообразно использовать комбинацию амлодипин/валсартан со старта, которая оказывает позитивное влияние на структурно-функциональное состояние ЛЖ, в среднесуточных дозах: у работающих в дневную смену – $8,2 \pm 2,1/144,8 \pm 1,8$ мг/сут., у работающих посменно – $9,4 \pm 2,2/193,8 \pm 3,5$ мг/сут.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Нилова О.В.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА

Материал и методы:

Обследовано 130 больных артериальной гипертонией (АГ). В зависимости от наличия метаболического синдрома (МС) больные были разделены на две группы: 1-я группа - 89 больных АГ с МС; 2-я группа – 41 больной с АГ без МС. Средний возраст - $55,2 \pm 1,2$ лет. МС диагностировали согласно Международной Диабетической федерации (2009 г.). Проведена эхокардиография (Эхо-КГ) с оценкой фракции выброса (ФВ), конечного диастолического (КДР) и систолического размера (КСР), конечного систолического (КСО) и диастолического объема (КДО), ударного объема сердца (УО), толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ). Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали по общепринятым формулам.

Результаты:

ФВ у больных АГ обеих групп составила $66,88 \pm 2,7\%$ и $67,1 \pm 3,3\%$ ($p > 0,05$), соответственно, что соответствовало нормальной систолической функции ЛЖ. КДО в 1-й группе ($127,8 \pm 22,9$ мл) превышал КДО во 2-й группе ($89,5 \pm 10,5$ мл; $p < 0,05$). У 45,4% больных АГ КДО превышал нормальные значения и составил в среднем $146,98 \pm 17,2$ мл. Наблюдалось утолщение МЖП ($14 \pm 0,146$ мм) в 1-й группе и $12 \pm 0,074$ мм во 2-й группе, утолщение ЗСЛЖ: $11 \pm 0,2$ мм в 1-й группе и $10 \pm 0,14$ мм во 2-й группе, соответственно. ММЛЖ у больных АГ с МС в 2 раза превышала аналогичные показатели у больных АГ без МС ($151,8 \pm 43,6$ г и $96,4 \pm 5,7$ г; $p < 0,05$) и у 75% больных АГ была больше нормы (146 ± 5 г.). При доплеровском исследовании нарушение диастолической функции ЛЖ (соотношение максимальной скорости раннего и позднего наполнения ЛЖ Е/А, время замедления раннего наполнения DT и изоволюмическое расслабление IVRT) чаще выявлялось в 1 группе и соответствовало нарушению релаксации.

Заключение:

При МС у больных АГ увеличиваются размеры левых отделов сердца – объем, толщина стенок, масса миокарда. Наблюдается нарушение геометрии ЛЖ в виде концентрического ремоделирования, а также преобладает диастолическая дисфункция 1 типа в виде нарушения релаксации, что необходимо учитывать при подборе гипотензивной терапии.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Смиянова Ю.О., Демикова Н.В.

Сумский государственный университет,
медицинский институт**Введение (цели/ задачи):**

Вариабельность артериального давления (АД) рассматривают как сильный, независимый от абсолютных среднесуточных значений АД предиктор сердечно-сосудистого риска. Цель: изучить показатели суточного мониторирования АД и связь с дисфункцией эндотелия у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 102 больных с АГ (65 мужчин и 37 женщин). Критерии включения больных в исследование: АГ 2-3 степени; возраст до 60 лет; фракция выброса не менее 50%. Суточный мониторинг АД проводили с помощью системы АВРМ-02 (Венгрия) в течение 24 часов. Пробу с эндотелийзависимой вазодилатацией (ЭЗВД) проводили утром натощак, используя ультразвук (линейный датчик 7,5 МГц).

Результаты:

Суточный профиль систолического АД: при II степени АГ non-dipper составило 47,6%, dipper - 35,0%, over-dipper - 6,8% и night-peaker 10,7%; диастолического АД: при II степени АГ изменения типа non-dipper в 46,6%, dipper - 28,2%, over-dipper - 13,6% и night-peaker - 11,7%. При III степени АГ частота систолического АД non-dipper составила 42,9%, dipper - 40,5%, over-dipper - 2,4% и night-peaker - 14,3%; суточный профиль диастолического АД: типа non-dipper составил 50,0%, dipper - 23,8%, over-dipper - 19,0% и night-peaker - 7,1%. Анализ сосудодвигательной функции показал, что диаметр плечевой артерии был самым у больных с профилем АД типа night-peaker, составлял 4,25 (3,80; 5,00) мм, затем у больных non-dipper 4,20 (3,70; 4,60) мм, dipper - 4,10 (3,50; 4,65) мм и уменьшен в наибольшей степени у больных over-dipper при этом скорость движения крови достоверно снижена была у больных с night-peaker - 0,60 (0,53; 0,84) м/с, что достоверно указывало на снижение интенсивности кровотока по артерии. Вазодилаторная реакция при декомпрессии была также выражена в меньшей степени у больных с night-peaker и составила 5,47 (3,04; 11,72)% (p < 0,00014 по сравнению с другими группами), в группе больных non-dipper составила 11,63 (7,76; 18,92)%, dipper 8,94 (7,04; 15,46)% и over-dipper 7,24 (5,82; 13,32)%.

Заключение:

Дисфункция эндотелия чаще сочетается с изменением суточного профиля АД типа night-peaker у больных при АГ. Интенсивность вазодилаторной реакции на гипоксию наиболее значительно уменьшена в группе больных night-peaker.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТАЛямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н.,
Котельникова Е.В., Липчанская Т.П.

НИИ кардиологии СГМУ

им. В.И.Разумовского Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности суточного профиля АД при маскированной артериальной гипертензии (АГ) у работающих женщин среднего возраста.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 46 женщин (сотрудницы промышленного предприятия без регламентированных факторов профессиональной вредности) в возрасте от 31 до 58 лет с диагностированной маскированной АГ, имеющих офисное АД менее 140/90 мм рт. ст. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось в течении 24-25 часов прибором A&D TM-2430 (класс точности прибора по протоколу BHS ESH 2002 - A/A). Результаты СМАД: среднее значение АД и вариабельность АД за сутки, среднее значение систолического АД и диастолического АД в дневные и ночные часы, среднее значение вариабельности систолического и диастолического АД - анализировались с учетом образа жизни (курение, физическая активность, стрессорное напряжение, режим дня) при правильно выполненном измерении АД не менее 80% от всех проведенных измерений за период мониторинга.

Результаты:

По данным офисного измерения АД, проведенного во время скринингового обследования работающих женщин среднего возраста во временном интервале с 7.30 до 9.00 часов, 59,7% обследуемых имели оптимальное и нормальное значения АД и 40,3% - высокое нормальное АД. По данным СМАД у всех пациенток выявлено превышение пороговых значений усреднённого АД, вариабельности АД, показателей нагрузки АД, что подтверждало наличие у них АГ. У 41,3% (19) пациенток регистрировалось недостаточное ночное снижение АД, из них у 19,5% (9) легкий "диппинг" и у 17,4% (8) просто "диппинг" и чрезвычайно выраженный "диппинг" определялся у 4,3% (2) пациенток. У 58,7% (27) обследованных определялся суточный профиль «диппер», из них у 2/3 пациенток с максимальным утренним подъемом АД в период с 5.00-7.00 часов, а у 1/3 в период после 9.00 часов.

Заключение:

У женщин среднего возраста, имеющих маскированную АГ, регистрируются изменения циркадных ритмов АД: низкая скорость утреннего подъема АД, повышенные цифры АД в ночные часы, смещение времени максимального утреннего подъема АД.

СЫВОРОТОЧНЫЕ УРОВНИ МАРКЕРОВ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

УСМАНОВА З.А.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение (цели/ задачи):

Изучить концентрацию матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и его тканевого ингибитора-1 (ТИМП-1) в сыворотке у пациентов с атеросклерозом сонных артерий.

Материал и методы:

В исследование включено 73 участника (55 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 46 до 88 лет (средний возраст $66 \pm 1,07$ лет) с атеросклеротическими бляшками (АСБ) сонных артерий. 10 практически здоровые добровольцы сопоставимого возраста и пола выбраны в качестве контрольной группы. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от стабильности АСБ по данным предварительного дуплексного сканирования. Первую группу составили 45 пациентов со стабильными АСБ и во вторую группу вошли 28 больных с нестабильными АСБ. Критериями исключения были: острый инфаркт миокарда, кардиомиопатии, острый миокардит, перикардит, острое нарушение мозгового кровообращения, злокачественные опухоли, диффузные заболевания соединительной ткани, острые инфекционные заболевания, пневмофиброз и тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, больные с фракцией выброса левого желудочка менее 45%. Цветовое дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий выполнено на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). Все обнаруженные АСБ были оценены как стабильные (кальцинированные, гомогенные и гетерогенные) и нестабильные (с шероховатой поверхностью, с изъязвлением и/или кровоизлиянием). Концентрацию ММП-9 и ТИМП-1 в сыворотке определяли с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (Bender Medsystems, Австрия). Измерение проводился на планшетном спектрофотометре (Hospitex Diagnostics, Италия).

Результаты:

Уровень ММП-9 была выше во второй группе, чем в первой группе ($539,03 \pm 57,1$ нг/мл и $200,9 \pm 8,5$ нг/мл, соответственно, $p < 0,001$). В контрольной группе концентрация ММП-9 была $197,42 \pm 10,4$ нг/мл, что существенно отличается по сравнению с второй группой ($p < 0,001$). Но не обнаружено статистически значимого различия между первой и контрольной группой ($p > 0,05$). Уровень ТИМП-1 была выше во второй группе, чем в первой группе ($2410,2 \pm 123,8$ нг/мл и $1180,98 \pm 47,98$ нг/мл, соответственно, $p < 0,001$). Кроме того, уровни ТИМП-1 во второй группе были выше, при сравнении с контрольной группой ($1192,5 \pm 61,5$ нг/мл) ($p < 0,001$). Однако между первой и контрольной группой не выявлено статистически значимого различия ($p > 0,05$). Индекс ММП-9/ТИМП-1 был выше во второй группе ($0,24 \pm 0,03$), чем в контрольной группе ($0,15 \pm 0,02$) ($p < 0,02$). Но при сравнении первой группы ($0,18 \pm 0,009$) с контрольной группой и между первой и второй группами не обнаружены статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Заключение:

У больных с нестабильными АСБ сонной артерии наблюдается увеличение концентрации ММП-9 и ТИМП-1, также нарушается баланс между этими маркерами, активность ММП-9 превалирует над уровнем ТИМП-1.

УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У КУРЯЩИХ МУЖЧИН

АБДУРАХИМОВ Ф.А., РОЗЫХОДЖАЕВА Г.А., РОЗЫХОДЖАЕВА Д.А.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ, ТАШКЕНТСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА 1 МСО

Введение (цели/ задачи):

Цель настоящего исследования изучение влияния курения на показатели артериального давления и функцию эндотелия плечевой артерии (ПА) у мужчин 20-35 лет

Материал и методы:

В исследование включили 30 здоровых мужчин, отобранных методом анкетирования (1 группа) Критериями включения в 1 группу явились мужской пол; возраст 20 - 35 лет; курение не менее 10 сигарет в день в течение не менее 2 лет; ИМТ < 27 кг/м²; общий холестерин < 240 мг / дл; письменное согласие на проведение исследования. Критериями исключения явились прием медикаментов, витаминов, алкоголя, наркотиков; артериальная гипертензия; сахарный диабет; тяжелые заболевания; особые пищевые привычки; отклонения в анализах крови. Контрольная группа (2 группа) состояла из 30 здоровых некурящих мужчин сопоставимого возраста. Артериальное давление измеряли трижды на каждой руке по методу Короткова. Диаметр плечевой артерии (ПА) и доплерографические показатели кровотока в ней измеряли с использованием УЗ системы «Mindray DR 6900 по стандартной методике D.Celermajer и соавт (1993) с использованием мультисигментного датчика линейного формата 7,0-11,0 МГц. Диаметр артерии измеряли за 30 секунд до освобождения воздуха из манжеты и через 30, 60, 90, 180 секунд после момента декомпрессии. В эти же отрезки времени фиксировали пиковую систолическую скорость кровотока

Результаты:

Результаты. У 66% мужчин ОГ обнаружено нарушение функции эндотелия. При исходном диаметре ПА в среднем 2,97мм и 2,94 мм ($p > 0,05$), ЭЗВД ПА составила $7,6 \pm 3,9$ и $13,3 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Исходная и пиковая скорости кровотока при этом существенно не различались ($p > 0,05$). Нарушение функции эндотелия обнаружено у 66% мужчин ОГ. Исходная и пиковая скорости кровотока при этом существенно не различались ($p > 0,05$). Показатели систолического и диастолического АД в 1 группе были выше, чем во 2 - ой группе ($134,8 \pm 87,3$ мм рт ст против $124,6 \pm 76,7$ мм рт ст) ($p < 0,05$)

Заключение:

Результаты исследования подтвердили негативное влияние курения на функцию эндотелия и уровень артериального давления у длительно курящих мужчин от 20 до 35 лет. Проведенное исследование подтверждает, что курение табака - один из наиболее важных факторов риска для сердечно-сосудистых осложнений. Необходимо дальнейшее изучение механизмов влияния курения на формирование нарушений сердечно-сосудистой системы и выявление этих нарушений на доклиническом уровне.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖИТЕЛЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Найденова Н.Е.

ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», г. Томск, РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования — выявление частоты факторов риска артериальной гипертонии среди взрослого населения Томской области.

Материал и методы:

Исследование проводилось в 2013 г. методом анонимного анкетирования среди участников Дней здоровья в муниципальных образованиях Томской области, проведенных на базах 3-х районных больниц: в г.Асино, в г.Колпашево и в поселке Молчаново. В анкетировании приняли участие 261 человек, из них 40 мужчин (15%) и 221 женщина (85%). Средний возраст опрошенных лиц - 47 (35-57). Высшее образование имели 34 % респондентов, неполное среднее - 11%, начальное образование - 2%, у большей части респондентов 53% - среднее образование или среднее специальное. Распределение респондентов по возрастным группам: 18 до 29 лет - 10,3%, от 30 до 39 лет - 24%, в возрасте от 40 до 49 лет - 18,6%, в возрасте от 50 до 59 лет - 27,9%, от 60 до 79 лет - 19,2%. Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 8.0.

Результаты:

Большинство респондентов были информированы о показателях артериального давления (88%), меньше - об уровне холестерина в крови (44%). О наличии артериальной гипертонии сообщили 36% респондентов. Регулярно принимают гипотензивные препараты 69%. Курят 27% респондентов. Большинство опрошенных страдают избыточной массой тела и ожирением - 62,7%. Более половины респондентов не соблюдают принципы здорового питания. Установлено, что наиболее частым нарушением пищевых привычек по результатам анкетирования оказалось недостаточное употребление овощей и фруктов (у 59% респондентов), избыточное употребление соли (у 49 % респондентов). Привычка досаливать пищу, не пробуя ее, выявлена у 7% опрошенных. Избыточное употребление продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами - у 37% респондентов. Не обращают внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке или при приготовлении пищи - 72% опрошенных лиц. Указали на двигательную активность менее 30 мин в день, включая дорогу до места работы и обратно, что было принято условно в качестве критерия низкой физической активности, - 27% респондентов. При этом не собираются менять состояние физической активности в ближайшие 6 месяцев - 28% респондентов, 27% пытаются приступить к повышению уровня своей физической активности до умеренного или интенсивного, но делают это нерегулярно.

Заключение:

1. Проведенное исследование выявило высокую частоту факторов риска артериальной гипертонии у жителей муниципальных образований Томской области. 2. Наиболее часто встречаемые факторы риска — избыточная масса тела и ожирение (62,7%), недостаточное употребление овощей и фруктов (59%), чрезмерное потребление соли (49%). 3. Высокая частота факторов риска артериальной гипертонии среди взрослого населения Томской области требует совершенствования оказания профилактической медицинской помощи в районных больницах. 4. Полученные в исследовании данные о частоте факторов риска сопоставимы с общепопуляционными данными (ЭССЕ-РФ 2012-2013 гг.) по частоте курения 27% - ЭССЕ-РФ, по частоте избыточного

употребления соли 49% и 50%, соответственно; по частоте недостаточного потребления овощей и фруктов - 59%. Частота низкой физической активности в исследовании была ниже, чем в представительской выборке по Томской области и РФ - 27%, 40,8% и 38,8 %, соответственно, что, вероятнее всего, может быть объяснено различием контингентов.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

Хаханова М.А., Гоголь К.В., Поварова Т.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница»
ОАО «РЖД», г. САРАТОВ**Введение (цели/ задачи):**

Актуальность: пациенты с впервые выявленной артериальной гипертонией (АГ) нуждаются в комплексном обследовании с целью выявления факторов риска (ФР) и поражения органов мишеней (ПОМ) для определения правильной стратегии лечения.

Материал и методы:

Анализ результатов общего врачебного осмотра, измерения артериального давления, индекса массы тела и абдоминального ожирения, измерения сахара крови натощак, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии (МАУ), липидограммы, электрокардиограммы, эхокардиографии, толщины комплекса интима-медиа у пациентов с впервые выявленной артериальной АГ молодого возраста по данным историй болезни.

Результаты:

Обследовано 26 пациентов молодого возраста (21-44 года, средний возраст 33,8 лет) с впервые выявленной АГ: 3 женщины, 23 мужчины. Из обследованных 11 пациентов имели АГ I степени (42,3%), 11 пациентов - АГ II степени (42,3%), у 4 пациентов зарегистрирована АГ III степени (16%) . Курение выявлено у 10 пациентов (38%). Отягощенную наследственность по сердечнососудистым заболеваниям имели 12 пациентов (46%). Признаки дислипидемии выявлены у 13 человек (50%), у 7 из них (53%) выявлено повышение уровня триглицеридов от 1,8 до 4,06 ммоль/л. Избыточная масса тела зафиксирована у 15 человек (58%), ожирение I степени у 8 человек (30%), ожирение II степени у 1 (4%), III степени у 1 пациента (4%). Только 1 пациент из группы обследованных имел нормальный индекс массы тела (4%). У 1 пациента выявлено нарушение углеводного обмена (4%). Комбинацию двух ФР имели 11 человек (42%), комбинацию трех ФР- 6 человек (23%), четыре ФР - 2 человека (8%). При инструментальном обследовании у 8 пациентов (30%) обнаружена гипертрофия левого желудочка, у 3 (11%) - утолщение комплекса интима-медиа, у 7 пациентов (27%) диагностический для поражения органов мишеней уровень МАУ. Повышения уровня креатинина и снижения СКФ не выявлено. У 3 пациентов (11%) имелись сочетанные поражения 2-х органов мишеней.

Заключение:

Среди обследованных пациентов с впервые выявленной АГ молодого возраста наиболее распространены избыточная масса тела, дислипидемия, курение, отягощенная наследственность. У значительной части (42%) выявлена комбинация ФР, при этом сочетание трех и более ФР зарегистрировано у 30% обследованных. 18 человек (69,2%) имели поражение органов мишеней, у 3(11%) из них - сочетанное. Пациенты с впервые выявленной АГ

молодого возраста нуждаются в тщательном обследовании ФР, ПОМ с целью установления стадии заболевания и выбора правильной стратегии лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

ЛЕУШИНА Е.А., МАЗУНИНА О.Н., ГААР И.А.,
ГААР Т.В., ПОПОВ С.Д.

ГБОУ ВПО КИРОВСКАЯ ГМА МИНЗДРАВА РОССИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние профессиональных факторов риска работников железной дороги на развитие у них гипертонической болезни.

Материал и методы:

Изучен анамнез и проведена оценка сердечно-сосудистой системы у 45 рабочих Российских железных дорог, находящихся в кардиологическом отделении.

Результаты:

Было установлено, что из 45 обследуемых, гипертоническая болезнь I степени имеется у 22(49%) человек, II степени – у 19(42%), III степени – у 4(9%). Профессиональным факторам риска, таким как шум были подвержены 33(73%) обследуемых, вибрации 33(73%), а воздействию электромагнитных полей – 36(80%). Среди обследуемых, имеющих I степень гипертонической болезни 77% были подвержены влиянию профессиональных факторов; II степени – 63%; III степени – 100%. Гипертоническую болезнь сопровождало ожирение, которое выявлено у 37(82%) обследуемых, хотя гиподинамия в трудовой деятельности выявлена лишь у 12(27%). Повышение холестерина в крови было выявлено у 15(33%) обследуемых, которое сопровождало ожирение в 93% случаев. У 80% женщин объем талии превышал 88см; мужчин, с превышением объема в 102см – 40%. Употребление алкоголя обнаружено в 47% случаев; курение в 42%. Повышенное употребление соли выявлено в 44% случаях; употребление кофе более 2 чашек в день – 31%. Рассчитывался индекс функциональных изменений (ИФИ), отображающий адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы. Оценка результатов дала следующие показатели: у 4(9%) обследуемых наблюдается напряжение механизмов адаптации, неудовлетворительная адаптация у 19(42%), срыв адаптации у 22(49%).

Заключение:

Таким образом, одними из главных факторов развития гипертонической болезни у пациентов железнодорожного транспорта можно считать регулярное воздействие вибрации, шума, электромагнитных полей и частый срыв механизмов адаптации, наличие ожирения. В связи с чем необходимо проводить мероприятия по снижению влияния данных факторов на работников Российских железных дорог.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШУШУНОВА О.В., СУМИН А.Н., АРХИПОВ О.Г.

ФБУ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФСС РФ «ТОПАЗ»

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) может сопровождаться нарушением диастолической функции правого желудочка (ПЖ), однако

неясно, с какими факторами это может быть связано. Целью исследования было изучение клинко-эхокардиографические корреляции при диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 127 пациентов с АГ (средний возраст 58 [55-61] лет; 85 мужчин, 42 женщины). У всех пациентов, включенных в исследование, были проведены инструментальные исследования, включавшие в себя электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭХОКГ), цветное дуплексное сканирование сонных артерий и артерий подвздошно-бедренного сегмента. Всем исследуемым проведена кардиоинтервалография с помощью диагностической системы ORTO expert, которая автоматически оценивала тонус вегетативной нервной системы (ВНС), степень напряжения регуляторных систем. Исследуемые были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту: 1-я группа с сохраненной диастолической функцией правого желудочка (n=85), 2-я группа исследуемых - с нарушением последней (n=42; 33%).

Результаты:

Среди пациентов с диастолической дисфункцией ПЖ было в 2,5 раза больше курящих (p=0,02), у них была значимо большей толщина комплекса интима-медия на общих бедренных артериях (p=0,01). Анализ данных кардиоинтервалоритмограммы показал, что в группе больных АГ с диастолической дисфункцией правого желудочка было значительно больше пациентов с повышенным тонусом симпатического отдела ВНС которых было 90,5% против 72,9% в группе сравнения (p=0,024). Среди больных АГ с диастолической дисфункцией ПЖ было вдвое больше лиц с очень высоким напряжением систем регуляции, обусловленных падением тонуса как симпатического, так и парасимпатического отдела ВНС и централизации регуляции (p=0,007). В группе пациентов с нарушением диастолической функции ПЖ наблюдалось увеличение времени изоволюмической релаксации ЛЖ (ВИР) на 9% (p=0,002), снижение скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка на 13% (p=0,029), отношения E/A трансмитрального потока на 9% (p=0,044). Показатель скорости распространения раннедиастолического потока наполнения ЛЖ (СРМП) у больных этой группы был на 13% меньше, чем в группе сравнения (p=0,018). При проведении множественной логистической регрессии факторами, влияющими на развитие диастолической дисфункции ПЖ, явились курение (ОШ 6,54; 95% ДИ 1,5-28,5; p=0,01), ВИР ЛЖ (ОШ 3,25; 95% ДИ 2,18-9,09; p=0,002), повышение индекса общей производительности ЛЖ>0,55 (ОШ 4,61; 95% ДИ 1,31-16,25; p=0,016), повышение индекса общей производительности ПЖ>0,50 (ОШ 4,2; 95% ДИ 1,18-15,6; p=0,025), а также наличие симпатикотомии (ОШ 4,4; 95% ДИ 1,17-16,3; p=0,025).

Заключение:

Встречаемость диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ составила 33%. У больных АГ с наличием диастолической дисфункции ПЖ было более распространено табакокурение, выше была толщина КИМ, индекс гипертрофии ПЖ, чаще выявлялись стенозы каротидных артерий, гипертрофия ПЖ, симпатикотомия при анализе ВРС. Необходимо дальнейшее изучение показателей наполнения правого желудочка у больных АГ для уточнения механизмов ее развития, клинического и прогностического значения.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КРАСЮКОВ П.А., ПЕШЕХОНОВ Д.В., ПЕШЕХОНОВА Л.К.

НУЗ Дорожная клиническая больница
на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД»

Введение (цели/ задачи):

Оптимизировать назначение гипотензивных препаратов у больных подагрой при наличии гиперурикемического синдрома.

Материал и методы:

В исследовании наблюдались 100 пациентов с верифицированной подагрой, наличием гиперурикемического синдрома и артериальной гипертензии. Средний возраст составлял $38,4 \pm 2,63$, преобладали мужчины ($n=76$). Больные были разделены на 2 группы наблюдения, принимавших аллопуринол. В контрольной группе наблюдения ($n=50$) назначалась гипотензивная терапия, не включавшая мочегонные средства, в группе наблюдения ($n=50$) эти медикаменты использовались.

Результаты:

При проведении лечения в контрольной группе удалось достигнуть уменьшения болевого синдрома на $21,42 \pm 6,31$ мм ВАШ (визуально-аналоговой шкалы) с достоверным снижением уровня мочевой кислоты на $253,77 \pm 24,12$ ммоль/л, причем у 28 пациентов этот уровень нормализовался на фоне стабильных параметров артериального давления (АД). В группе наблюдения при использовании мочегонных препаратов уровень мочевой кислоты достоверно не снизился, при этом у 19 пациентов повысился на $166,24 \pm 19,08$ ммоль/л. Параметры АД достоверно улучшились, однако клиническая симптоматика подагрического полиартрита нарастала.

Заключение:

При лечении больных подагрой, сопровождающейся гиперурикемическим синдромом и артериальной гипертензией, необходима осторожность при назначении мочегонных препаратов, способных повышать концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, ухудшая клиническое течение подагрического полиартрита.

ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Борисова А.Р.,
Гасымов Э.Г., Арбузова Л.В., Абдулгасанова М.Р.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявить феохромоцитомы (ФЦ) надпочечников (НП) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

С 1986 по 2014 гг. обследовали 1600 больных артериальной гипертензией (АГ). ФЦ надпочечников была причиной АГ у 1,8% больных. Вненадпочечниковые формы ФЦ сердца, парааортального пространства со злокачественным течением АГ выявлена у 3,0% больных.

Результаты:

У 97,9% больных после операции наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через 5 лет произошел рецидив. После радикальной операции наступила нормотензия. У другого больного ФЦ сердца больших размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная ФЦ

с отдаленными метастазами была диагностирована у 4 больных только при КТ и МРТ. К сожалению, из-за несвоевременной диагностики из признаков злокачественного роста информативными оказались только метастазы. Небольшие ФЦ при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32% больных только при МРТ и КТ. У 10 пациентов была выявлена вненадпочечниковые единичные или множественные ФЦ диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 97,9% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление опухоли со спланхниканглионэктомией (СГЭ), расширенной десимпатизацией.

Заключение:

Таким образом, широкое использование КТ, МРТ позволяет своевременно установить диагноз ФЦ, и значительно снизить ее осложнений.

ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Романова Н.А., Суслова Т.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ имени В.И.
Разумовского» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Клиника феохромоцитомы (ФХ) не всегда проявляется симпато-адреналовыми кризами (как в представленном случае).

Материал и методы:

Анализ истории болезни пациентки с ФХ.

Результаты:

Больная А., 51 года, в течение 2 лет отмечает головную боль, повышение артериального давления (АД) до 170/100 - 200/100 мм рт. ст. Прием гипотензивных препаратов – без особого эффекта. В начале болезни УЗИ надпочечников (НП): очаговое образование правого НП 2 см в диаметре, спустя 1 год – 7 см. Общий анализ крови: эритроцитов – $4,33 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 134 г/л, тромбоцитов – $198,0 \cdot 10^9/л$, лейкоцитов – $4,8 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 109,5 мкмоль/л; калий 3,76 ммоль/л; натрий 132,9 ммоль/л. Гормональный профиль крови: альдостерон 66,1 пг/мл; ренин 9,3 мМЕ/мл; кортизол 277 нмоль/л; тестостерон 0,05 нмоль/л. Кортизол в моче 497 нмоль/сут. Катехоламины в моче: адреналин 0,2 мкг/сут, норадреналин 29 мкг/сут, дофамин 26 мкг/сут. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 97 в 1 мин; горизонтальное положение электрической оси сердца. Доплерэхокардиография: гипертрофия левого желудочка выраженной степени с нарушением диастолической функции миокарда. Осмотр окулиста: ангиопатия сетчатки обоих глаз. Компьютерная томография забрюшинного пространства без контрастного усиления: в проекции правого НП визуализируется гиподенсное образование овальной формы, с четкими ровными контурами, размерами 60*61*67 мм, однородной структуры. Диагноз: опухоль правого надпочечника, гормонально неактивная. Выполнена лапароскопическая адреналэктомия справа. Гистологическое заключение: ФХ надпочечника, трабекулярный вариант. В послеоперационном периоде АД 130-140/80 мм рт. ст. без приема гипотензивных препаратов.

Заключение:

У пациентов с артериальной гипертензией необходимо исклю-

чать симптоматическую гипертензию, в частности, ФХ надпочечников даже при отсутствии симпатоадреналовых кризов с целью своевременного оказания помощи больному.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Попова А.А., Яковлева И.В.,
БЕРЕЗИКОВА Е.Н., КРЫЛОВА В.Б.

ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить состояние эндотелиальной функции у мужчин с артериальной гипертензией в различных возрастных группах и с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы:

В исследование включили 39 мужчин (средний возраст $62,3 \pm 4,5$ г.) с артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующей ИБС стенокардией напряжения II – III ФК; 35 мужчин (средний возраст $59,4 \pm 3,8$ г.) с АГ и сахарным диабетом 2-го типа; 58 мужчин (средний возраст $68,6 \pm 4,9$ г.) с АГ и диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I – II ФК (НУНА). Программа обследования включала: СМАД; ЭКГ; ЭхоКГ; доплерометрическое измерение диаметра плечевой артерии (ПА) в покое и во время пробы с реактивной гиперемией (РГ); оценку толщины комплекса интима/медиа (КИМ), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ); определение сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота (NO) по количеству его метаболитов; определение уровня эндотелина-1, MAU и оценку состояния системы про- и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови.

Результаты:

Сравнивая характеристики функционального состояния эндотелия сосудов у пациентов с АГ и сопутствующей патологией установлено, что в покое средний диаметр ПА у пациентов с АГ в сочетании с ИБС составил $2,7 \pm 0,22$ мм, что меньше, чем у пациентов с АГ и СД – $2,9 \pm 0,23$ мм и у больных с АГ и диастолической ХСН – $2,9 \pm 0,23$ мм. В фазу РГ отмечалось увеличение диаметра ПА до 2,9 мм у пациентов с АГ и ИБС, до 3,0 мм у больных с АГ и СД, и до 3,5 мм у больных с АГ и ХСН, что в 1,2 раза больше по сравнению с первой и второй группами ($p < 0,05$). Самый большой прирост диаметра ПА в фазу реактивной гиперемии был получен у больных с АГ и ХСН – 20,69 %. Самый маленький прирост диаметра оказался у пациентов с АГ и СД – 3,4 %. Уровень продукции NO у больных с гипертензией, осложненной ХСН – $13,8 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$), что выше, чем у пациентов с АГ в сочетании с ИБС и СД ($11,6 \pm 1,2$ мкмоль/л и $8,5 \pm 0,6$ мкмоль/л соответственно). Измерение концентрации МДА показало, что наибольшие ее значения у больных с АГ и ХСН – $22,3 \pm 0,48$ ммоль/л, а наименьшие – $17,2 \pm 0,28$ ммоль/л – у больных с АГ и СД. Самая высокая АОА достоверно оказалась у пациентов с СД ($3,8 \pm 0,12$ Е/м), а наименьшая ($2,3 \pm 0,13$ Е/м) – у исследуемых с АГ и ХСН ($p < 0,05$).

Заключение:

При этом была выявлена достоверная положительная коррелятивная связь между показателями дисфункции эндотелия сосудов, маркерами окислительного стресса и степенью тяжести артериальной гипертензии.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Осетрова Н.Б., Шапран М.В., Бурмистров Н.Ю.,
Власова О.В., Подойницына Е.В., Старосоцкая Т.В.,
Дебелый Ю.А., Козачук М.В., Ковалева Ю.В.,
Коваленко А.О., Ляшенко А.А., Ушакова М.В.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный
медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту и структуру хронической болезни почек (ХБП) на примере сельских жителей Красноярского края в возрасте старше 50 лет.

Материал и методы:

В 3-х районах Красноярского края проведено обследование 170 человек в возрасте старше 50 лет, (121 женщина и 49 мужчин, средний возраст – $63,8 \pm 9,8$ лет). Всем обследуемым проводилось анкетирование с целью выявления факторов риска, наличия сахарного диабета (СД), гипертонической болезни (ГБ), неблагоприятного сердечно-сосудистого анамнеза (ИБС, наследственность), проводилось Эхо-КГ, осмотр глазного дна. Всем проводилось исследование уровня глюкозы крови натощак, HbA1c, сывороточного креатинина, цистатина С, С-реактивного белка (СРБ), в моче отношение альбумин/креатинин, молекулы почечного повреждения КИМ-1 (у 120 человек). С помощью формулы СКД-EPI рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и определяли стадию ХБП. На этапе анкетирования 60 больных имели диагноз СД 2 типа, 144 гипертоническую болезнь. У пациентов без диагноза СД использовали опросник FINDRISC. В результате проведенного обследования дополнительно у 25 человек выявлен СД 2 типа, причем все эти пациенты имели гипертоническую болезнь, что позволило окончательно выделить 3 группы. 1-я группа 85 больных с СД и ГБ (средний возраст $61[53;78]$ год, средний уровень HbA1c – $7,5[6,4; 8,9]\%$, глюкоза крови натощак $8,8[6,5; 12,5]$ ммоль/л), 2-я группа – 59 больных с ГБ, преимущественно 2-й стадии (средний возраст $62[54;78]$ года) и контрольная группа из лиц старше 50 лет без ГБ и СД – 30 человек (средний возраст $58[51;70]$ лет).

Результаты:

Медиана цистатина С в 1-ой группе с СД и АГ $0,88 [0,72;1,1]$ мг/л, креатинина крови $83 [73;94]$ мкмоль/л, альбумин/креатинина $12,35 [8,85; 17,52]$ мг/моль, КИМ-1 $1,32 [0,38; 3,1]$ нг/мл; СКФ по формуле СКД-EPI $71[60; 81]$ мл/минуту, соответственно в данной группе все 100 % пациентов имели ХБП, преимущественно 2 стадии (12,9% – 1 стадии, 62,4% – 2 стадии, 22,4% – 3а стадии, 6,5% – 3Б стадии, 1,2% – 4 стадии). Медиана во 2-ой группе пациентов с ГБ без СД: цистатин С $0,90 [0,74; 1,29]$ мг/л, креатинина крови $87 [77;97]$ мкмоль/л, альбумин/креатинина $12,5 [9,85; 17,35]$ мг/моль, КИМ-1 $1,51 [1,0; 2,7]$ нг/мл; СКФ по формуле СКД-EPI $63 [54; 74]$ мл/минуту, соответственно в данной группе также все 100 % пациентов имели ХБП, преимущественно 2 стадии (8,5% – 1 стадии, 52,5% – 2 стадии, 28,8% – 3а стадии, 8,5% – 3Б стадии, 1,7% – 4 стадии). У пациентов без ГБ и СД медиана цистатина С $0,78 [0,65; 0,88]$ мг/л, креатинина крови $84 [71;87]$ мкмоль/л, альбумин/креатинина $8,24 [7,85; 12,45]$ мг/моль, КИМ-1 $1,58 [1,03; 3,7]$ нг/мл; СКФ по формуле СКД-EPI $95 [64; 105]$ мл/минуту. В данной группе 55 % пациентов имели ХБП, преимущественно 1 стадии, у 10 пациентов установлена 2 стадия, у 6-ти – 3а стадия ХБП. При сравнении данных показателей статистически значимые различия выявлены только между контрольной и основными 1-ой и 2-ой группами по уровню СКФ, стадиям ХБП ($p=0,043$).

Заключение:

Таким образом, данное обследование людей в возрасте старше 50 лет, позволяет судить о достаточно высокой распространенности ХБП у пациентов данной возрастной категории, которая достигает 100% при наличии у них таких заболеваний, как СД и ГБ. Даже при отсутствии данной патологии, у 55% людей в этом возрасте выявляется ХБП, причем у 20% - 3а стадии, когда СКФ снижается ниже 60 мл/минуту, что не только свидетельствует о склерозировании 50% клубочков, но и определяет развитие высокого кардиоваскулярного риска.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

СЕРГАЦКАЯ Н.В., ГУСАКОВСКАЯ Л.И., НАГАПЕТЯН Н.Т.

ФГБОУ ВПО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительную оценку показателей центрального (аортального) давления и сосудистой ригидности у больных сахарным диабетом у типа (СД) 2 типа и лиц с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Материал и методы:

Обследован 91 человек. Группу 1 составили 46 больных СД, в группу 2 вошли 45 пациентов с МС. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, росту, ИМТ, офисным значениям АД. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий измеряли технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения центрального (аортального) давления: САДао, ДАДао, ПАДао; скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWVao), времени распространения отраженной волны (RWTT).

Результаты:

При сопоставимом уровне офисного АД больные СД и МС по данным суточного мониторинга отличались по уровню ДАДао и ПАДао. У лиц с СД значения ДАДао были достоверно ниже – $80,9 \pm 8,8$ мм рт.ст., в группе сравнения – $88,5 \pm 7,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Уровень ПАДао в исследуемых группах составил 46 (41; 53) и 40 (37; 43) мм рт.ст., соответственно ($p < 0,01$). Сравнимые группы не отличались по уровню САДао: в группе 1 – 126 (119; 139) мм рт.ст., в группе 2 – $129,2 \pm 8,9$ мм рт.ст. (нд). Параметр RWTT у больных СД составил $128,7 \pm 11,0$ мс, у лиц с МС – $138,5$ (132; 149) мс ($p < 0,01$). Среднесуточные значения PWVao в группе 2 были достоверно ниже ($8,2 \pm 0,8$ м/с), по сравнению с группой 1 ($9,03 \pm 0,9$) ($p < 0,01$).

Заключение:

По показателям амбулаторного суточного мониторинга аортального давления и сосудистой ригидности больные с сахарным диабетом в сочетании с артериальной гипертензией достоверно отличались от лиц с метаболическим синдромом, что, вероятно, обусловлено ускорением атеросклеротического процесса в магистральных сосудах на фоне гипергликемии.

ЧАСТОТА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АБДУЛГАСАНОВ Р.А., БОРИСОВА А.Р.,
АБДУЛГАСАНОВА М.Р., АРБУЗОВА Л.В.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. БАКУЛЕВА

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявить вазоренальную гипертензию (ВРГ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

С 1986 по 2014 гг. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 1200 больных в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом "гипертоническая болезнь" (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты:

Гемодинамические АГ были диагностированы у 116 (9,7%) больных. ВРГ была выявлена у 64 (5,3%) пациентов. У 20 больных из-за окклюзии почечной артерии (ПА) и длительной АГ имелось сморщивание почек и снижение морфометрических показателей почек, которым была выполнена нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная (спланникганглионэктомия) СГЭ. Стенозы ПА были выявлены у 54 больных. После пластики ПА у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 98%. У больных с длительностью АГ более 10 лет из-за необратимых изменений в почках нормализация АД произошло только у 65%. Расслаивающая аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии была обнаружена у 10 (0,8%) пациентов. Из 10 операбельными оказались только 4 (40,0%) больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение:

Применение высокоинформативных методов диагностики, повышение квалификации специалистов могут способствовать уменьшению серьезных осложнений, количество больных с ЭАГ, улучшению результатов лечения больных. Несвоевременные операции при ВРГ у 25- 35 % больных не приводят к устранению АГ. Своевременное восстановление кровотока в 85-95 % случаев приводит к нормализацию АД.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ И ДЕПРЕССИИ У МУЖЧИН С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

ТРЕТЬЯКОВ С.В.

НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и степень выраженности алекситимии и депрессии у мужчин с гипертонической болезнью в зависимости от наличия выраженности ожирения.

Материал и методы:

Обследовано 36 мужчин пожилого и старческого возраста с артериальной (АГ) гипертензией (стадия 3, риск 4). В зависимости от степени выраженности ожирения группа была разделена на подгруппы: с легкой степенью ожирения, средней и тяжелой. Наличие алекситимии выявляли с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной С. Taylor (1985г.) и адапти-

рованной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994г.). Депрессивные расстройства выявлялись с помощью шкалы CED-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).

Результаты:

В целом по группе, алекситимия выявлена у 44,4% лиц, депрессия – у 33,3%. Сочетание алекситимии и депрессии отмечается в 66,6% случаев. В целом, в группе лиц с ожирением, средний балл по алекситимической шкале соответствовал среднему баллу в группе лиц без ожирения. В целом, средний балл по шкале CED-D, в группе лиц с ожирением был на 32% ниже, чем в группе без ожирения. В зависимости от степени ожирения анализ данных показал, что средний балл по алекситимии наибольший в группе с первой степенью ожирения и уменьшается с повышением степени ожирения (при первой степени на 10,1% ($p < 0,05$) выше, чем у лиц со второй степенью ожирения, а у лиц со второй степенью на 11,2% ($p < 0,05$) выше, чем у лиц с третьей). Вместе с тем, средний балл по депрессии был наибольшим при второй степени ожирения. У лиц с первой степенью, в отличие от лиц со второй, средний балл на 13,4% ($p < 0,05$) ниже. Однако, при третьей степени ожирения средний балл был в 2,16 раза ($p < 0,05$) меньше по сравнению с группой лиц с первой степенью ожирения и в 2,5 раза ($p < 0,05$) – по сравнению со второй.

Заключение:

С увеличением степени ожирения уменьшается степень выраженности алекситимии. Степень выраженности депрессии у лиц с ожирением меньше, чем у лиц без ожирения. При этом наименьший балл отмечается в группе с третьей степенью ожирения. Полученные данные необходимо учитывать при построении комплексных реабилитационных программ данной категории больных.

ЧАСТОТА СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В РОССИИ

Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Борисова А.Р., Гасымов Э.Г., Арбузова Л.В., Абдулгасанова М.Р.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования выявить симптоматических артериальных гипертензий (АГ) среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) "гипертонической болезни (ГБ)".

Материал и методы:

С 1986 по 2014 г. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила 5+18 лет. При всестороннем обследовании больных у 71,0 % больных диагноз "ГБ" (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты:

Нефрогенная АГ (хронический пиелонефрит, нефролитиаз, ги-пернефрома и т.д.) была диагностирована у 42,0 %, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринного АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитомы надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, синдром Конна у 9,8%, синдром Иценко- Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%.

Заключение:

Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выявить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ ("ГБ"). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80- 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ РАБОТНИКОВ

Пырикова Н.В., Осипова И.В., Зальцман А.Г., Антропова О.Н., Курбатова И.И.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить динамику факторов риска и состояния здоровья работников железнодорожного транспорта на фоне реализации современных профилактических технологий в течение трех лет.

Материал и методы:

Машинисты и помощники машинистов 20-55 лет ст.Барнаул. В 1-й группе (n=224) с 2010 по 2012гг. проводились Школа здоровья на рабочем месте и углубленное индивидуальное профилактическое консультирование в поликлинике и физкультурно-оздоровительном центре локомотивного депо; 2-я группа (n=128) находилась под регулярным медицинским наблюдением (пред-рейсовые осмотры, диспансеризация и медицинская комиссия). Группы были сопоставимы по профессиональным признакам и факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Проводилась оценка динамики факторов риска, временной нетрудоспособности (ВН), первичной заболеваемости, отстранений от работы и профессиональной непригодности работников в 2010 и 2012гг. (в расчете на 100 работников).

Результаты:

Через три года выявлена положительная динамика в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой, в отношении снижения частоты факторов риска: курение реже на 24,8% ($\chi^2 = 19,2$; $p < 0,001$), избыточная масса тела на 10,2% ($\chi^2 = 3,7$; $p < 0,05$), абдоминальное ожирение на 12,0% ($\chi^2 = 3,9$; $p < 0,05$), гиперхолестеринемия на 24,6% ($\chi^2 = 19,9$; $p < 0,001$), гиподинамия на 46,0% ($\chi^2 = 67,1$; $p < 0,001$), чрезмерное употребление алкоголя на 25,3% ($\chi^2 = 25,4$; $p < 0,001$), недостаточное употребление овощей и фруктов на 66,9% ($\chi^2 = 135,7$; $p < 0,001$). В группе, где в течение трех лет дополнительно проводились Школа здоровья на рабочем месте и углубленное индивидуальное профилактическое консультирование, по сравнению с контрольной группой, было меньше случаев ВН по артериальной гипертензии (АГ) в 1,7 раза, дней ВН и госпитализации по АГ в 1,4 раза, число амбулаторных обращений в 2,7 раза, случаев первичной заболеваемости АГ в 5,8 раза, отстранений от поездной работы по причине повышения АД в 4 раза; не выявлено случаев профнепригодности работников по причине ССЗ.

Заключение:

Таким образом, реализация современных профилактических технологий в коллективе машинистов и помощников машинистов позволяет взять под контроль сердечно-сосудистые факторы риска и сохранить профессиональное долголетие работников.

ШКОЛА КОМБИНИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

КРАВЦОВА Т.Ю., ЩЕКОТОВ В.В.,
АЛЕЕВА Н.Г., ВАЧЕГИНА О.М.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. АКАД. Е.А. ВАГНЕРА, ПЕРМЬ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение динамики системы гемостаза у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) под влиянием обучения в школе комбинированной патологии.

Материал и методы:

Исследование имело параллельный дизайн, было простым, открытым, контролируемым. Основную группу составили 25 пациентов с АГ в сочетании с ЯБ ДПК, осложненной острым желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) (средний возраст $48,43 \pm 12,29$ лет), прошедших обучение в школе комбинированной патологии. Группа сравнения состояла из 26 больных (средний возраст $49,50 \pm 10,43$ лет) с той же патологией, но не прошедших мотивированное обучение. Всем больным осуществляли унифицированную антигипертензивную терапию, включавшую эналаприл (ренитек; MSD, Нидерланды) в дозе 10-20 мг/сут внутрь в 2 приема. Монотерапия была обусловлена высоким риском развития гипотонии в условиях возможного рецидива ЖКК. При недостижении целевых уровней артериального давления после завершения протокола в терапию включали индапамид-ретард в дозе 1,5 мг/сут. Программа обучения в школе комбинированной патологии предусматривала девятидневный цикл обучения по 3 часа еженедельно (9 недель). Оценивали сосудисто-тромбоцитарное, коагуляционное, антикоагулянтное и фибринолитическое звенья системы гемостаза.

Результаты:

У пациентов, не прошедших обучение в школе комбинированной патологии через 3 месяца от кровопотери отмечено нарастание количества тромбоцитов с $236,44 \pm 34,75$ до $282,45 \pm 20,77$ 109/л ($p=0,007$) и удлинение активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) с $31,82 \pm 1,82$ до $36,36 \pm 3,61$ с ($p<0,001$). Через 6 месяцев от острой кровопотери у необученных гипертензивных пациентов отмечено нарастание количества тромбоцитов с $236,44 \pm 34,75$ до $295,54 \pm 35,41$ 109/л ($p<0,001$), удлинение АПТВ с $31,82 \pm 1,82$ до $36,32 \pm 1,48$ с ($p<0,001$) и снижение адгезивной функции тромбоцитов с $27,35 \pm 2,40$ до $25,18 \pm 2,67\%$ ($p=0,04$), уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) с $4,85 \pm 0,79$ до $3,54 \pm 0,52$ мг/100 мл ($p<0,001$), Хагеман-зависимого фибринолиза (ХЗФ) с $13,78 \pm 1,63$ до $9,95 \pm 0,90$ ($p<0,001$). У обученных пациентов уже к концу 3 месяца от начала исследования нарастало количество тромбоцитов, времени АПТВ и протромбинового времени (ПТВ), снижался уровень РФМК, активизировался ХЗФ. А через полгода дополнительно к выше описанным изменениям, выявлено уменьшение времени АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов с $20,60 \pm 2,16$ до $19,0 \pm 1,28$ с ($p=0,007$). В

сравнении с обученными пациентами через 3 месяца от начала исследования у необученных пациентов отсутствовала нормализация показателей РФМК, ПТВ и ХЗФ.

Заключение:

Динамика гемостаза у больных, прошедших обучение в школе комбинированной патологии, характеризуется более быстрой нормализацией системы коагуляции и нивелированием признаков паракоагуляции, а также улучшением функции тромбоцитов, что может способствовать предотвращению рецидивов кровотечений у пациентов с АГ.

ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 И ЕЕ ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА В СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

НЕВЗОРОВА В.А., ЗАХАРЧУК Н.В.,
РОДИОНОВА Л.В., ГОНЧАР Е.Ю.

ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель: проанализировать экспрессию металлопротеиназы-9 (MMP-9) и ее тканевого ингибитора (TIMP-1) в сосудах головного мозга при моделировании артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Материалом исследования послужили крысы линии Вистар. В 1-й группе животных ($n=6$) для формирования АГ была воспроизведена модель дефицита NO *in vivo*. Животным ежедневно вместе с питьевой водой вводили блокатор NO-синтазы - метиловый эфир N-нитро-L-аргинина (L-NAME, Sigma) из расчета дозы 50 мг/кг/сут. 2-ю или контрольную группу составили здоровые крысы ($n=4$), находившиеся в стандартных условиях содержания. Развитие АГ контролировали путем еженедельного измерения АД на хвостовой артерии. Через 8 недель от начала эксперимента после эвтаназии и декапитации животных были изготовлены гистологические препараты головного мозга. Локализация и интенсивность экспрессии MMP-9 и TIMP-1 изучены методом иммуногистохимии с использованием иммунопероксидазной реакции с моно- и поликлональными антителами против MMP-9 и TIMP-1 в единицах оптической плотности (ЕОП). Подсчет результатов произведен с помощью видеокомпьютерной системы Panasonic, смонтированной на микроденситометре Jenaval Carlzeiss Jena, Германия. Результаты обрабатывали в программах Adobe Photoshop 7.0 и ImageJ. Достоверность оценивали с помощью коэффициента Манна-Уитни.

Результаты:

Через 8 недель после начала эксперимента у крыс 1-й группы зарегистрировано повышение АД, которое статистически значимо отличалось от группы контроля ($182,13 \pm 13,4$ и $111,9 \pm 4,4$ мм рт. ст. и $123,9 \pm 9,9$ и $76,8 \pm 5,6$ мм рт. ст. соответственно; при $p<0,05$). Локализация преципитата MMP-9 и TIMP-1 установлена в сосудах головного мозга с достоверным повышением его плотности в 1-й группе животных до $15,95 \pm 5,8$ ЕОП и $27,6 \pm 5,1$ ЕОП против $2,69 \pm 6,2$ ЕОП и $2,01 \pm 2,7$ ЕОП во 2-й группе при $p<0,05$.

Заключение:

При экспериментальной АГ установлено увеличение интенсивности экспрессии MMP-9 и TIMP-1 в стенках сосудов головного мозга, что может свидетельствовать об участии соединительнотканного дисметаболизма в патогенезе ремоделирования данного сосудистого бассейна.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АНТИДЕПРЕССАНТ, У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Скибицкий А.В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии, включающей антидепрессант, у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ) и депрессивными расстройствами (ДР).

Материал и методы:

Обследовано 78 больных с НКАГ (38 женщин и 40 мужчин) и ДР. Медиана возраста составила 57,5 (53–63,5) лет. Все пациенты получали комбинированную терапию, включавшую ингибитор АПФ периндоприл 10 мг/сут., диуретик индапамид SR 1,5 мг/сут. и антидепрессант (эсциталопрам 5–10 мг/сут). Исходно и через 6 месяцев наблюдения всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты:

Через 6 месяцев наблюдения у 64 (82%) пациентов отмечалось достижение целевого уровня АД ($p < 0,05$). У больных, получавших антидепрессант, отмечалось значимое позитивное изменение показателей СМАД: снижение среднего дневного систолического АД (САДд) на 18,5%, среднего дневного диастолического АД (ДАДд) на 16,5%, индекса вариабельности САДд (ИВ САДд) на 52,6%, индекса вариабельности ДАДд (ИВ ДАДд) на 48,4%, вариабельности САДд (ВарСАДд) на 33,2%, вариабельности ДАДд (ВарДАДд) на 40,8%, среднего ночного САД (САДн) на 21,9%, среднего ночного ДАД (ДАДн) на 22,2%, ИВ САДн на 44,5%, ИВ ДАДн на 52,3%, ВарСАДн на 30,7%, ВарДАДн на 41%, высоты утреннего подъема САД на 27,7%, высоты утреннего подъема ДАД на 27,7%, скорости утреннего подъема САД на 31,4%, скорости утреннего подъема ДАД на 26,2% (для всех показателей $p < 0,01$). Позитивная динамика показателей СМАД сопровождалась достоверным увеличением числа больных (с 17% до 85%) с нормальным суточным профилем АД («dipper»). Побочных эффектов при приеме антидепрессанта не зарегистрировано.

Заключение:

1. Включение антидепрессанта в состав комбинированной антигипертензивной терапии обеспечивает достижение целевого уровня АД у большинства больных с ДР. 2. На фоне комбинированной антигипертензивной терапии, включающей антидепрессант, имеет место достоверное улучшение всех основных показателей СМАД и частоты нормализации суточного профиля АД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА (АЛИСКИРЕН) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жмуров Д.В., Жмуров В.А.,

Якова В.Г., Ковальчук Д.Е.

Тюменская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Почки являются наиболее часто поражаемым органом при АГ. По данным M.Gorostidi et al. [4, 180], у 36,9% пациентов с АГ имеется поражение почек. Алискирен (Расилез, Novartis) в настоящее

время является единственным селективным прямым ингибитором ренина. Алискирен, блокируя активный центр молекулы ренина, препятствует превращению ангиотензиногена в ангиотензин I (АТ I). Молекула алискирена является устойчивой, имеет непептидную структуру и высокое сродство к ренину человека. Алискирен, действуя в начальной точке активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), уменьшая активность ренина плазмы и предотвращая образование АТ I из ангиотензиногена, порочный каскад не запускается, и механизм обратной связи не активируется. исследовать эффективность алискирена в коррекции артериальной гипертензии (АГ) у больных с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы:

Работа выполнена на базе нефрологического отделения ГБУЗ ОКБ № 1 г. Тюмени и терапевтического отделения железнодорской больницы на ст.Тюмень (НУЗ ОАО РЖД). ХБП диагностировали при наличии повреждения почек, определенного как структурные или функциональные нарушения (по данным лабораторно-инструментальных методов исследования) с наличием или без снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) или снижения СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² в течении 3 месяцев и более (K/DOQI, 2002) с разделением третьей стадии на 3а и 3б (K/DOQI, 2009). Всего под наблюдением находилось 50 больных с ХБП и АГ. Средний возраст составил 43,5 ± 3,2 года, мужчин было 23, женщин – 27. СКФ оценивали по формуле MDRD. В нозологической структуре ХБП доминировали хронический пиелонефрит (40 больных – 80,0%), мочекаменная болезнь (6 больных – 12%), хронический гломерулонефрит (4 больных – 8%). Все больные получали в качестве гипотензивной терапии алискирен (Расилез, Novartis) в дозе 150 – 300 мг/сутки.

Результаты:

По данным офисного измерения АД у больных в результате лечения алискиреном наблюдалось снижение систолического АД (САД) со 165,4 ± 1,3 до 141,2 ± 2,4 мм.рт.ст. ($p < 0,001$); диастолического АД (ДАД) со 105,7 ± 3,8 до 85,1 ± 4,0 мм рт.ст. ($p < 0,01$) Целевой уровень АД (140/90 мм рт.ст.) был достигнут у 17 больных (68%). У больных достоверно уменьшились ($p < 0,05$) показатели толщины задней стенки левого желудочка (ЛЖ) с 1,12 ± 0,02 до 1,05 ± 0,02 см. и межжелудочковой перегородки с 1,27 ± 0,03 до 1,16 ± 0,02 см., а также отмечено уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка со 136,12 ± 4,21 до 123,07 ± 4,28 г/мл. Наблюдалось уменьшение размеров ЛЖ: конечного систолического размера (КСР) с 2,89 ± 0,08 до 2,77 ± 0,05 ($p < 0,05$) и конечного диастолического размера (КДР) с 4,70 ± 0,07 до 4,52 ± 0,05 ($p < 0,01$). Отмечено увеличение фракции выброса (ФВ) ЛЖ с 67,32 ± 0,89 до 75,12 ± 0,85 ($p < 0,001$).

Заключение:

Проведенные исследования показали, что алискирен в дозе 150–300 мг/сутки через 8 недель лечения оказывает выраженный гипотензивный эффект, что приводит к снижению как систолического, так и диастолического АД. По данным эхокардиографии у больных с ХБП и АГ наблюдалось уменьшение размеров ЛЖ, уменьшение толщины стенок ЛЖ и снижение массы миокарда левого желудочка, а также увеличение глобальной сократительной функции ЛЖ. Переносимость препарата была хорошая, побочных явлений нами отмечено не было.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А				
АБДУЛГАСАНОВА М.Р.	22, 37, 45, 76, 87, 89, 90		БЕРДОВСКАЯ А.Н.	42
АБДУЛГАСАНОВ Р.А.	22, 37, 76, 87, 89, 90		БЕРЕЗИКОВА Е.Н.	88
АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.	8		БЕРЕНДЕЕВ А.В.	47
АБДУЛЛАЕВ Ш.С.	32, 33		БЕРНС С.А.	12
АБДУРАХИМОВ Ф.А.	84		БИЧАН Н.А.	34, 57
АВТАНДИЛОВ А.Г.	82		БОБРОННИКОВА Л.Р.	13, 24
АГЕЕВА О.В.	45		БОГДАНОВ Д.В.	47
АГЗАМОВА Ш.А.	56		БОГОМОЛОВА И.И.	55
АКИМОВА Е.В.	40, 70, 78, 81		БОЙЦОВ С.А.	68
АКИМОВ А.М.	54, 55		БОРЕЛЬ К.Н.	16, 48
АКСЕНОВА Т.А.	9		БОРИСОВА А.Р.	22, 37, 45, 76, 87, 89, 90
АКУЛОВСКИХ О.В.	43		БОРОНЕНКО К.В.	43
АЛЕЕВА Н.Г.	91		БОЧАРОВА О.Г.	45
АЛЕКСЕЕВА О.В.	45		БРЕДИХИНА Е.Ю.	33
АЛЯВИ А.Л.	10		БРОДСКАЯ Т.А.	62, 76
АНДИНА Л.А.	35		БРЫТКОВА Я.В.	77
АНДРЕЕВА Г.Ф.	11		БРЯНЦЕВА Е.Н.	44
АНДРЕЕВА Е.С.	14		БУБНОВА В.С.	45
АНИСИМОВА Е.А.	55		БУЛКИНА О.С.	38
АНТИПОВА И.И.	52		БУРДИНА Н.С.	71
АНТРОПОВА О.Н.	68, 74, 90		БУРМИСТРОВ Н.Ю.	88
АРАБЛИНСКИЙ А.В.	63		БЫКОВА И.С.	36, 73
АРБУЗОВА Л.В.	22, 37, 45, 76, 87, 89, 90		В	
АРЖЕВИТИНА Н.О.	45		ВАЛЕЕВ И.Г.	31
АРТАМОНОВА Г.В.	70		ВАРДУГИНА К.С.	45
АРХИПОВ О.Г.	21, 23, 86		ВАРТАНОВ А.В.	19
АСКАРОВ А.Р.	43		ВАСИЛЕЦ Л.М.	56
АФТАНАС Л.И.	64		ВАСИЛЬЕВА Л.В.	71
АХМЕДОВА Ф.М.	56		ВАЧЕГИНА О.М.	91
АХМЕРОВА Е.В.	49		ВЕРГАЗОВА А.Н.	59
Б			ВЕТОШКИН А.С.	21, 64
БАЕВ А.Е.	20, 31, 47		ВИШНЕВСКИЙ В.И.	26
БАКУЧЕВА М.В.	44		ВЛАСОВА О.В.	88
БАЛАНОВА Ю.А.	68		ВОЕВОДА М.И.	61
БАНИКОВ И.Р.	24		ВОЛКОВА С.Ю.	56
БАРБАРАШ О.Л.	12, 22, 23, 27, 36, 65, 73, 80		ВОРОБЬЕВА А.А.	40
БАРБАШИНА Т.А.	31		ВОРОНОВА А.Д.	14
БАРЛАМОВ П.Н.	40		ВЫГОДИН В.А.	57
БАРТ Б.Я.	37		Г	
БЕЗЗУБИК Е.Г.	19		ГААР И.А.	86
БЕЗЗУБЦЕВА М.В.	31		ГААР Т.В.	86
БЕЛОВ ОЛ. А.Н.	13, 24		ГАГУЛИН И.В.	80, 81
БЕЛОВ П.С.	62		ГАЙДАРОВА Х.М.	7
БЕЛОЗЕРОВА Н.В.	21		ГАЙДУК В.Н.	40
БЕЛЯКОВА Н.А.	7, 36		ГАКОВА Е.И.	78
БЕРГ А.Г.	31		ГАЛЕЕВ А.А.	15
			ГАЛЬЦОВА О.А.	9
			ГАЛЯВИЧ А.С.	15
			ГАПОН Л.И.	21, 64
			ГАРГАНЕЕВА А.А.	16, 48
			ГАРКУША Е.С.	16
			ГАСЫМОВ Э.Г.	22, 45, 76, 87, 90
			ГАФАРОВА А.В.	80, 81
			ГАФАРОВ В.В.	55, 70, 80, 81
			ГВОЗДЕВА А.В.	35
			ГОГОЛЬ К.В.	85
			ГОЛОДЮК Д.И.	45
			ГОМОВА И.С.	77
			ГОНЧАР Е.Ю.	91
			ГОРБАТ Т.В.	34
			ГОРБУНОВ В.В.	9
			ГОРБУНОВ В.М.	11
			ГОРДЕЕВА Л.А.	65
			ГОРДИЕНКО А.В.	29
			ГОРОДЕЦКАЯ Е.В.	79
			ГРИНШТЕЙН И.Ю.	35
			ГРИНШТЕЙН Ю.И.	35
			ГРОМНАЦКИЙ Н.И.	16
			ГРОМОВА Е.А.	80, 81
			ГУБИН Д.Г.	21, 64
			ГУБИЧ Т.С.	18
			ГУЗЕВ К.В.	62
			ГУСАКОВСКАЯ Л.И.	17, 50, 79, 89
			Д	
			ДАНИЛЬЧЕНКО Я.В.	18
			ДЕБЕЛЬНЫЙ Ю.А.	88
			ДЕЕВ А.Д.	11, 68
			ДЕМИДОВ А.А.	7, 30
			ДЕМИХОВА Н.В.	83
			ДЕМКО А.П.	42
			ДЕМКО И.В.	45
			ДЕРГАЧЕВА И.М.	40
			ДМИТРИЕВ А.И.	15, 34, 65
			ДОБРЫНИНА М.А.	45
			ДОЛГОВА Е.В.	49
			ДРАЛОВА О.В.	15, 30, 34, 65
			ДРУЖИЛОВА О.Ю.	76
			ДРУЖИЛОВ М.А.	76
			Е	
			ЕВСЕЕВА М.В.	67
			ЕВСТИФЕЕВА С.Е.	68
			ЕВСТРАТОВА Е.Ф.	71
			ЕРМОЛАЕВА А.С.	15, 30, 34, 65
			ЕРМОЛАЕВА Ю.А.	60
			ЕФИМОВА Л.П.	11
			ЕФИМОВА Т.П.	45
			ЕФРЕМУШКИН Г.Г.	8, 58

Ж		Киселёв А.А.	53	Линчак Р.М.	74
ЖЕРЕБЕНКО Е.В.	58	Кислицына Н.Д.	48	Липатова Т.Е.	20
ЖЕРНАКОВА Ю.В.	60, 68	Клименкова А.В.	80	Липчанская Т.П.	51, 83
ЖМУРОВ В.А.	92	Ковалев А.В.	35	Литвишкова А.Ю.	11
ЖМУРОВ Д.В.	92	Ковалева Ю.В.	88	Локтев К.В.	64
З		Коваленко А.В.	9, 13	Лукинов А.В.	43
ЗАГОРОДНЫХ Е.Ю.	40	Коваленко А.О.	88	Лущик А.И.	26
ЗАИРОВА А.Р.	60	Ковальчук Д.Е.	92	Люберцева Е.И.	15
ЗАЛЬЦМАН А.Г.	68, 90	Козачук М.В.	88	Люсин Д.В.	11
ЗАПЕСОЧНАЯ И.Л.	82	Колесниченко О.А.	72	Лямина Н.П.	51, 83
ЗАРИПОВА Т.Н.	52	Коломыцева И.С.	27	Лясникова М.Б.	36
ЗАХАРОВ С. Ю.	77	Комарова И.В.	73	Ляшенко А.А.	88
ЗАХАРЧУК Н.В.	91	Комков Д.С.	74	М	
ЗВЕРЕВА Т.Н.	12	Кондаков В.Д.	74	Мазунина О.Н.	86
ЗИНАТУЛЛИНА Д.С.	50, 62	Конюх Е.А.	39	Макаревич Е.В.	63
ЗОРИНА Е.В.	63	Корнева В.А.	14	Максимов В.Н.	61
ЗЫКОВ М.В.	27, 36, 73	Коробко И.Ю.	34	Максимов М.Л.	15, 30, 34, 65
И		Коротенко О.Ю.	14	Максимов С.А.	17, 28
ИБРАГИМОВА И.Р.	45	Корягина Н.А.	56	Малинова Л.И.	51
ИВАНОВ А.В.	22, 45, 76, 87, 90	Костылев А.А.	44	Маль Г.С.	78
ИВАНОВА М.П.	58	Котельникова Е.В.	83	Мамаджанова Г.Ю.	57
ИВАНОВ С.Н.	60	Кочурина Л.А.	45	Маматкулов Х.А.	46
ИВАХНЕНКО О.А.	69	Кравцова Т.Ю.	91	Мамедов М.Н.	26
ИВЛЕВА Т.А.	58	Кравченко А.В.	73	Манкевич Н.В.	40
ИГИШЕВА Л.Н.	35	Кравченко В.Н.	45	Мартыненко И.М.	59
ИЛЬЧЕНКО И.А.	13, 24	Красюков П.А.	38, 87	Мартынюк В.К.	43
ИЛЬЯМАКОВА Н.А.	9	Криулькина О.И.	57	Мартынюк Т.В.	49
ИНДУКАЕВА Е.В.	17, 18, 70, 71	Крылова В.Б.	88	Маслова И.Г.	44
ИНОЗЕМЦЕВА А.А.	65	Крылов А.Л.	31	Мельникова Е.А.	79
ИОНОВА Б.Б.	43	Крылов В.П.	40	Мельчинская Е.Н.	16
ИСАЕВА Е.Н.	15	Кувшинова Ю.А.	78	Мененкова Е.Ю.	19
ИСАЕЕВА М.П.	62	Кудряшов Е.А.	79	Миляя Н.О.	36
ИСАКОВА Ю.А.	19	Кужелева Е.А.	16, 48	Миллер Д.А.	7
К		Кузнецова Г.С.	34, 57	Минаев В.В.	19
КАВЕШНИКОВ В.С.	57, 60	Кузнецов А.С.	24	Мирзаева Б.М.	32, 33
КАЗАЕВА Н.А.	18	Кузнецова Т.Ю.	14, 76	Мирошникова П.В.	64
КАЛАЕВА В.В.	36, 67, 73	Кузнецов В.А.	55, 70, 78	Мирошниченко А.И.	68
КАЛИНИНА А.М.	57	Кузьмина А.А.	61	Мокшина М.В.	24, 59
КАНТИМИРОВА Е.А.	45	Кулакова Н.В.	24, 59	Молодцова Е.В.	46
КАПУСТИНА А.В.	68	Курбанова Д.Р.	8	Молодцов Р.Н.	46
КАРАМНОВА Н.С.	57	Курбатова И.И.	90	Молчанова О.В.	11
КАРДАШ О.Ф.	75	Кухталев В.В.	29	Мордвинова Е.В.	41
КАРЕТНИКОВА В.Н.	36, 67, 73	Кушакова Т.Е.	73	Мордовин В.Ф.	20, 31, 47, 55, 72
КАРПОВ Р.С.	55, 60	Л		Мориловцев В.Н.	45
КАРПОВ Ю.А.	38	ЛАВРУШЕВА О.Н.	45	Мочула О.В.	31
КАУКОВА А.Н.	7	Ларина В.Н.	37	Мудрова Л.А.	63
КАШТАЛАП В.В.	22, 27, 36, 65	Лебедева Н.Б.	23	Мулерова Т.А.	10, 17, 61, 69
КАЮМОВА М.М.	40, 54	Левецкая Т.Е.	15	Муромцева Г.А.	68
КАЮМОВ Р.Х.	81	Леонычева Л.М.	43	Н	
КЕРЦМАН Я.И.	21	Лерман О.В.	11	Нагапетян Н.Т.	89
		Леушина Е.А.	29, 86	Нагирняк О.А.	12
		Лещанкина Н.Ю.	52		

Терапия, достигающая цели

- Простациклин с селективным действием для эффективного лечения легочной гипертензии^{1,3,4}
- Выраженное улучшение при монотерапии у пациентов, не получавших лечение ранее^{2,3,4}
- Минимальный риск системных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий^{3,4}



Вентавис. Международное непатентованное название: илопрост. **Лекарственная форма и состав:** раствор для ингаляций, 10 мкг/мл, в ампулах по 2 мл. **Показания.** Лечение среднетяжелой и тяжелой стадии легочной гипертензии в следующих случаях: идиопатическая (первичная) артериальная легочная гипертензия, семейная артериальная легочная гипертензия; артериальная легочная гипертензия, обусловленная заболеванием соединительной ткани или действием лекарственных средств или токсинов; легочная гипертензия вследствие хронических тромбозов и/или эмболий легочной артерии при отсутствии возможности хирургического лечения. **Противопоказания.** Патологические состояния, при которых воздействие препарата Вентавис на тромбоциты может повысить риск кровотечения (в т.ч. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, травма, внутричерепное кровоизлияние). Тяжелая ишемическая болезнь сердца или нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в предыдущие 6 месяцев. Декомпенсированная сердечная недостаточность при отсутствии надлежащего врачебного контроля. Тяжелые аритмии. Подозрение на застой крови в легких. Цереброваскулярные осложнения (в т.ч. транзиторная ишемическая атака, инсульт) в предыдущие 3 месяца. Легочная гипертензия вследствие легочной вено-окклюзионной болезни. Врожденные или приобретенные пороки клапанов сердца с клинически значимыми нарушениями функции миокарда, которые не обусловлены легочной гипертензией. Повышенная чувствительность к илопросту или другим компонентам препарата. Дети и подростки до 18 лет (в связи с тем, что опыт применения ограничен). **С осторожностью:** Нарушение функции печени и почечная недостаточность у пациентов, нуждающихся в проведении диализа, артериальная гипотензия, ХОБЛ, тяжелая бронхиальная астма. **Побочное действие.** Кровотечения (главным образом в виде носовых кровотечений и кровохарканья), головная боль, головокружение, вазодилатация, гипотензия, обморок, тахикардия, ощущение сердцебиения, боль в грудной клетке, кашель, одышка, фаринголарингеальная боль, раздражение в горле, тошнота, диарея, рвота, раздражение слизистой оболочки рта и языка, сыпь, боль в челюсти/тризм, боль в спине, периферические отеки. Отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛСР-005775/10. Актуальная версия инструкции по медицинскому применению от 29.08.2013. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия, произведено Берлимед С.А., Испания. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению.

Дополнительную информацию можно получить по адресу: ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: + 7 (495) 231 1200, факс: + 7 (495) 231 1202. www.bayerpharma.ru. Для получения подробной информации по механизму действия, побочным эффектам и другим разделам вы можете обратиться к полной инструкции по медицинскому применению препарата Вентавис.

Информация представлена в соответствии с результатами рандомизированных контролируемых клинических исследований. Термин «Выраженное улучшение» подразумевает статистически достоверное улучшение переносимости физической нагрузки и параметров гемодинамики, наблюдавшееся в клинических исследованиях ингаляционного илопроста. В частности, в исследовании AIR у пациентов с легочной гипертензией увеличение пройденной дистанции в тесте 6-ти минутной ходьбы составило в среднем +40 метров и +37 метров для пациентов с III и IV ФК, соответственно (результаты приведены с поправкой на плацебо). В исследовании AIR-2, в подгруппе пациентов с идиопатической легочной гипертензией, получавших терапию ингаляционным илопростом в течение 2 лет, общая выживаемость составила 91%, по сравнению с ожидаемой расчетной выживаемостью на уровне 63%.

Источники: 1. Регистрационное удостоверение №ЛСР-005775/10 от 23.06.2010 г. 2. ESC-ERS guidelines, European Heart J 2009;30:2493-2537. 3. Olschewski H, et al. Aerosolized prostacyclin and iloprost in severe pulmonary hypertension. Ann Intern Med 1996 May 1; 124(9):820-4. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Вентавис.

ЭКВАТОР®

амлодипин + лизиноприл

Табл., 5+10 мг, 5+20 мг, 10+20 мг № 30



В два раза больше аргументов!



- ✓ Первая в России фиксированная комбинация амлодипина и ингибитора АПФ
- ✓ Эффективный контроль АД и защита органов-мишеней
- ✓ Более безопасное лечение



ГЕДЕОН РИХТЕР