



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ

РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ЕВРОПЕЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СОМНОЛОГОВ»

XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

**«АРТЕРИАЛЬНАЯ
ГИПЕРТОНИЯ 2018:
НА ПЕРЕКРЕСТКЕ
МНЕНИЙ»**

ТЕЗИСЫ

14-15 марта 2018 года
г. Москва

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ЕВРОПЕЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА
ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СОМНОЛОГОВ»

XIV Всероссийский конгресс

«АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ 2018: НА ПЕРЕКРЕСТКЕ МНЕНИЙ»

ТЕЗИСЫ

14-15 марта 2018 года

г. Москва

ISBN 978-5-9909887-3-6



9 785990 988736

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА

ПОЧЕТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Евгений Иванович Академик РАН, почётный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазова Ирина Евгеньевна Президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, академик РАН, директор института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава России

Бойцов Сергей Анатольевич Директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

Наконечников Сергей Николаевич Директор Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ КОНГРЕССА:

Блинова Наталия Владимировна К.м.н., секретарь Российского медицинского общества по артериальной гипертензии

Гончарова Екатерина Анатольевна Руководитель группы по организации конференций Российского медицинского общества по артериальной гипертензии

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Агеев Ф.Т. (Москва)
Барбараш О.Л. (Кемерово)
Галявич А.С. (Казань)
Гринштейн Ю.И. (Красноярск)
Данилов Н.М. (Москва)
Демидов А.А. (Астрахань)
Довгалецкий П.Я. (Саратов)
Ежов М.В. (Москва)
Ерёгин С.Я. (Ярославль)
Жернакова Ю.В. (Москва)
Карпов Ю.А. (Москва)
Карпов Р.С. (Томск)

Кисляк О.А. (Москва)
Кобалава Ж.Д. (Москва)
Кухарчук В.В. (Москва)
Литвин А.Ю. (Москва)
Мартынов А.И. (Москва)
Мартынюк Т.В. (Москва)
Медведева И.В. (Тюмень)
Небиеридзе Д.В. (Москва)
Невзорова В.А. (Владивосток)
Недогода С.В. (Волгоград)
Николаева И.Е. (Уфа)
Огарков М.Ю. (Кемерово)

Ощепкова Е.В. (Москва)
Остроумова О.Д. (Москва)
Перепеч Н.Б. (С.-Петербург)
Подзолков В.И. (Москва)
Рогоза А.Н. (Москва)
Скибицкий В.В. (Краснодар)
Терещенко С.Н. (Москва)
Ткачёва О.Н. (Москва)
Чихладзе Н.М. (Москва)
Шалаев С.В. (Тюмень)
Шутёмова Е.А. (Иваново)
Яхонтов Д.А. (Новосибирск)

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

Генеральные партнёры:



ГЕДЕОН РИХТЕР



Главные партнёры:



Партнёры:

**ЗАО «ФармФирма «Сотекс»
ООО «Берлин-Хеми/А.
Менарини»**

**АКРИХИН
ООО «Эгис-Рус»
ООО «МЕДИКОМ»**

**OMRON
Петр Телегин
ООО «Швабе-Москва»**

Информационные партнёры:

Журнал «Поликлиника»
Журнал «Медицинский Алфавит»
ООО «ММА «МедиаМедика»
Агентство медицинской
информации «Медфорум»

ГК Ремедиум
Журнал «РМЖ»
Журнал «Рациональная
Фармакотерапия
в кардиологии»

Медицинский портал Medego
ИД «Русский Врач»

ДЕФЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГРУЗИИ

Цинамдзгвришвили Б.В., Трапаидзе Д.Д., Абесадзе Т.Г.
Кардиологический центр им. Акад. М.Д. Цинамдзгвришвили,
г. Тбилиси, Грузия

Введение (цели/ задачи):

В Грузинской популяции артериальная гипертензия (АГ) является основной причиной обращаемости в учреждениях первичного звена здравоохранения. Низкая эффективность лечения АГ в свою очередь предопределяет частоту внеплановой госпитализации пациентов. Целевые показатели страны относительного снижения распространенности высокого кровяного давления составляют 25% (ежегодное снижение на 5%), а также подразумевают обеспечение превентивного медикаментозного лечения по меньшей мере 50% лиц с риском развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта. При анализе ряда недостатков ведения АГ должен учитываться также фактор гипертонического криза, отчасти обусловленного неэффективностью лечения гипертензии. Цель исследования: Оценка эффективности ведения АГ в Грузинской популяции в 2006-2016 годах выключая медикаментозное лечение неотложных и urgentных состояний.

Материал и методы:

Проведены исследования качественного дизайна в учреждениях первичного и госпитального звеньев системы здравоохранения. Инструменты: Опросники для врачей, пациентов и оценки медицинской документации разработанные Обществом Гипертензии. Размер выборки: 360 лиц с диагнозом АГ, отобранных методом случайной выборки в двух пилотных регионах, 180 врачей и 201 случай гипертонического криза.

Результаты:

Все опрошенные пациенты (100% случаев), определяя понятие «нормальное артериальное давление» ссылались на т.н. возрастные, индивидуальные и т.д. показатели. В 87% случаев была отмечена прерываемость процесса лечения, частая замена препаратов (наиболее частыми причинами вышеизложенного являлись неэффективность назначенного препарата, негативное отношение к лекарствам, забывчивость, финансовые проблемы). Врачи основной причиной низкой приверженности к лечению считают финансовую проблему. Использование недоказательных антигипертензивных препаратов уменьшилось (раунатин, адельфан...). Догоспитальное и госпитальное ведение гипертонического криза не соответствует современным алгоритмам лечения.

Заключение:

Основным гарантом эффективного контроля АГ являются адекватные партнерские взаимоотношения высококвалифицированного врача и осведомленного, мотивированного к лечению пациента. Своевременная имплементация современных рекомендаций введения гипертонического криза на всех уровнях предоставления медицинских сервисов.

ПРИМЕНЕНИЕ НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф.

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

В период климактерия происходит возрастная нейроэндокринная перестройка, отражающаяся на соматическом и психическом состоянии женщины. Симптомы эстрогендефицита:

вазомоторные (приливы, повышенная потливость) и психологические (депрессия, раздражительность, возбудимость, расстройство сна, слабость, сниженная память и концентрация внимания) доставляют большой дискомфорт пациенткам. Вышеперечисленные симптомы способствует активации симпатико-адреналовой системы, повышая уровень артериального давления. Цель работы: оценка эффективности комплексной терапии, включавшей ноотропный препарат D,L-гопантеновой кислоты (Пантогам актив), обладающего нейровегетотропным, анксиолитическим и нейропротективным свойствами, для лечения артериальной гипертензии у женщин в менопаузе.

Материал и методы:

Обследовано 26 женщины с артериальной гипертензией (АГ), средний возраст пациенток составил 50,9±1,3 лет. Контрольная группа включала 10 женщин с АГ, сопоставимых по возрасту и значениям АД. Пациенткам, помимо стандартного обследования (суточное мониторирование АД, ЭХО – КГ, ЭКГ), было проведено тестирование на наличие депрессии по опроснику Бека и шкале Цунга, а также признаки вегето-сосудистой дисфункции по А.М.Вейну. У всех пациенток, согласно тестам, имела легкая или умеренная депрессия, признаки нарушения вегето-сосудистой регуляции. Обе группы пациенток получали менопаузальную гормональную терапию (МГТ) и гипотензивную терапию ингибиторами ангиотензин-превращающего фактора. Пациенткам основной группы дополнительно был назначен ноотропный препарат Пантогам актив в дозе 600 мг в сутки перорально в течение 2 месяцев, контрольная группа получала только гипотензивную и менопаузальную гормонотерапию.

Результаты:

В результате проведенного лечения, пациентки основной группы отмечали значительное улучшение эмоционального состояния, снижение уровня тревоги, депрессивных тенденций, уменьшения вегетативного дисбаланса. У 17 пациенток (65,3%) на фоне применения Пантогам-актива удалось уменьшить дозу применяемых гипотензивных препаратов. У пациенток контрольной группы, согласно анкетированию, эмоциональный фон остался прежним.

Заключение:

Применение ноотропного препарата позволяет не только улучшить качество жизни, эмоциональное состояние у женщин с АГ в периоде климактерия, но и повысить эффективность применяемой гипотензивной терапии. Это дает основание рекомендовать более широкое внедрение ноотропного препарата Пантогам-актив для ведения пациенток с артериальной гипертензией в менопаузе.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ АГ

Маль Г.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время наиболее широко распространена система взглядов на развитие ИБС как мультифакториального заболевания, обусловленного сложным взаимодействием генетических и средовых факторов, от взаимодействия которых зависят длительность латентного периода, сроки клинической манифестации, течение и прогноз заболевания. Сложный механизм формирования клинического фенотипа ИБС обусловлен большим количеством генов, вовлеченных в патогенез. Из 40000 генов, представленных в геноме человека, более половины (>25000)

лежат в основе функционирования сердечно-сосудистой системы. Целью настоящего исследования, стало изучение влияния ингибиторов синтеза и абсорбции холестерина на выраженность гиполипидемического эффекта у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения I-II ФК в сочетании с первичной изолированной или сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) с учетом полиморфизмов генов, ответственных за синтез белка, переносчика эфиров холестерина (СЕТР), липопротеинлипазы (LPL), NO – синтазы (NOS3) и ангиотензин-превращающего фермента (АСЕ).

Материал и методы:

Под наблюдением находились 80 мужчин с ИБС и первичными атерогенными ГЛП (изолированной и сочетанной), относящихся к группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в возрасте от 41 до 60 лет из них 10 пациентов составили контрольную группу. Лабораторно-инструментальное исследование проводилось до начала фармакологического вмешательства, через 4, 8, 24 и 48 недель терапии и включало: исследование антропометрических данных, сбор анамнестических данных, определение липидного спектра крови (ХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, ТГ, холестерина, не связанного с липопротеидами высокой плотности (ХС не ЛВП), атерогенного индекса (АИ); общелабораторные методы обследования; определение уровня печеночных трансаминаз АЛТ, АСТ, креатинина, КФК; регистрация электрокардиограммы; проведение суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрии с целью определения толерантности к физической нагрузке и ФК ИБС; фармакогенетическое тестирование – определение носительства аллельных вариантов генов LPL, ACE, СЕТР, NOS3.

Результаты:

Было проведено генотипирование полиморфизмов следующих генов: белка-переносчика ЭХ – СЕТР Taq1B (+279G>A) (rs708272) (генотипы +279GG, +279GA, +279AA), липопротеинлипазы – LPLHindIII (T+495G) (rs320) (генотипы +495TT, +495TG, +495GG), эндотелиальной NO-синтазы – NOS3-786T>C (rs2070744) (генотипы -786TT, -786TC, -786CC), ангиотензин-превращающего фермента – ACEI/D (rs4646994) (генотипы: II, ID, DD). Выявлено, что гомозиготы +279AA по данному полиморфизму имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена, а именно общего ОХС, ХС ЛНП, ХС не связанного с ЛВП и АИ, а также больший базальный уровень ХС ЛВП, участвующего в обратном транспорте ХС, и обладающего атеропротективными свойствами. Динамика изменений показателя ХС ЛВП терапии розувастатином также отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами СЕТР. Так, на фоне гиполипидемической терапии розувастатином у гомозигот +279AA отмечалось преобладание уровня ХС ЛВП (+27,3%), сравнительно с носителями других генотипов (+16,7%) к 48 неделе. Наибольший интерес представляет обсуждение механизмов, лежащих в основе высокой антиатерогенной направленности терапии розувастатином у гомозигот +279AA, так как в целом статины в низких и средних дозах повышают уровень ХС ЛВП на 10-12%. Функция СЕТР заключается в переносе ЭХ от ХС ЛВП к атерогенным ЛП (ХС ЛПП, ХС ЛОНП, ХС ЛНП), что ведет к снижению уровня ХС ЛВП. Полученные нами данные о меньшей эффективности терапии розувастатином у носителей +279G согласуются с исследованием, проведенным Regielietal. (2008). Не было обнаружено влияния генотипов СЕТР Taq1B на комбинированную гиполипидемическую терапию. При анализе эффективности проводимой гиполипидемической терапии у пациентов, страдающих ИБС с атерогенными ГЛП, в зависимости от генотипа, обнаружено, что гомозиготы по +495T аллелю проявляли большую резистентность на фоне коррекции нарушений

липидного обмена розувастатином, однако генотипы LPL не показали влияния на эффективность комбинированной терапии.

Заключение:

Таким образом, носительство генотипа +279AA по полиморфизму СЕТР Taq1B ассоциируется с большой эффективностью розувастатина, в то время как носительство генотипов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII и NOS3-786T>C соответственно могут определять резистентность к проводимой терапии.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Шавлохова Э.А., Басиева З.К., Тадтаева Н.Е.

ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Минздрава России, г. Владикавказ, Россия

Введение (цели/ задачи):

В мировой литературе имеются много работ по изучению дисфункции эндотелия у больных СД и АГ, однако вопросы взаимосвязи ее с уровнем артериального давления освещены недостаточно. В связи с чем, целью нашей работы было изучение выраженности нарушений функциональной активности эндотелия у больных СД 2 типа сочетанного с АГ, а также выявление изменений структурнофункциональных параметров миокарда у данной категории больных.

Материал и методы:

В исследование было включено 48 больных, 34 из них (первая группа) составили больные СД 2 типа с АГ, средний возраст $48,29 \pm 1,06$ лет. Продолжительность СД составила $5,3 \pm 0,4$ года, а длительность АГ — $4,8 \pm 0,2$ года соответственно. Во вторую группу вошли 14 больных с изолированной АГ, средний возраст которых составил $48,53 \pm 1,75$ лет. Длительность АГ $4,8 \pm 0,4$ года. Все больные были поделены на подгруппы. В первой группе из 34 больных 1 степень АГ была у 9 человек (26 %), 2 степень — у 20 (59 %) и 3 степень — у 5 (15 %) больных. Во второй группе соответственно из 14 больных 1 степень АГ была у 3 человек (20 %), 2 степень — у 9 (67 %) и 3 — у 2 (13 %). 18 клинически здоровых людей составили группу контроля, средний возраст $46,56 \pm 1,66$ года. Критериями исключения являлись: декомпенсированная сердечная недостаточность, тяжелая неконтролируемая артериальная гипертензия, нестабильная стенокардия, больные. Клинико-лабораторные обследования включали в себя определение циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), оксида азота (NO). Для увеличения достоверности полученных результатов за 4 дня до проведения анализа всем больным рекомендовали определенный образ жизни: исключались продукты, содержащие нитраты или нитриты, эпизоды инсоляции интенсивные физические нагрузки. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel, 2007. Для сравнения данных использовали парный критерий Стьюдента (t-критерий).

Результаты:

Признаки эндотелиальной дисфункции отмечались в обеих группах, однако у обследованных больных первой группы наблюдались более выраженные нарушения NO-продуцирующей функции эндотелия сосудов, по сравнению со второй группой. Уровень NO в первой группе составил $18,44 \pm 0,23$ мкмоль/л, а во второй — $24,57 \pm 0,52$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о достоверном уменьшении уровня NO в зависимости от степени АГ в обеих группах. Самый низкий уровень NO определялся при 3 степени АГ, самый высокий уровень в подгруппе с 1 степенью АГ. Эти данные демонстрируют, что по мере умень-

шения содержания NO вследствие снижения высвобождения NO эндотелием сосудистой стенки, отмечается увеличение уровня АД. В первой группе отмечается более выраженное повышение количества ЦЭК в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой (КГ) и со второй группой ($M \pm m = 25,1 \pm 2,31 * 104 / л$; $M \pm m = 17,3 \pm 2,79 * 10^4 / л$; соответственно КГ $4,5 \pm 0,14 * 10^4 / л$, $p < 0,001$). В обеих группах уже при 1 степени АГ ($7,33 \pm 0,91 * 10^4 / л$ и $6,33 \pm 1,45 * 10^4 / л$ соответственно, $p < 0,01$) отмечается достоверное повышение содержания ЦЭК в периферической крови. Значительное повышение циркулирующих эндотелиальных клеток выявлено у больных со 2 и 3 степенью АГ. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о влиянии выраженности ЭД на уровень АД, которая остается одним из наиболее изучаемых факторов сердечно-сосудистых осложнений и в то же время наименее исследованных разделов клинической медицины.

Заключение:

1. Наиболее выраженные признаки эндотелиальной дисфункции были выявлены у больных СД 2 типа и АГ в сравнении с группой с изолированной АГ. 2. В зависимости от степени АГ установлены достоверные различия содержания NO и ЦЭК.

THE CITY AMBULANCE STATION'S EXPERIENCE OF USING THE REMOTE ELECTROCARDIOGRAPHY

ALMUNAMBETOV M.K., ALMUKHAMBETOVA E.F., MUKATAYEVA M.
ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY,
ALMATY, KAZAKHSTAN

Введение (цели/ задачи):

Introduction Development of computer technologies, communication networks and the Internet let register electrocardiograms (ECG) anywhere and send them on long distances. Remote support in making diagnostic and clinical decisions based on the results of the ECG interpretation helps to use the experience of highly qualified specialists where it is most needed. We summed up two years of experience in using the remote transmission and ECG analysis on the basis of Almaty city ambulance station with help of a program named «Poly-Spectrum» and there was shown that the work has been intensified which caused by high efficiency of automatic system with direct qualified consultation. In addition, there was observed direct economic effect from implementation of the remote ECG devices, number of visits of specialized intensive care teams on the call of the medical team has been reduced. The aim of the study is to analyze effectiveness of the remote monitoring of electrocardiograms on the base of Almaty city ambulance station.

Материал и методы:

The system of the remote transmission and analysis of electrocardiograms «Poly-Spectrum» has been implemented on the basis of the ambulance station in Almaty since 2015. The survey protocol included: (1) examination of patients in emergency cases, (2) dynamic observation of patients before and after treatment. There was recorded during the survey: date, first name, surname, age and address of a patient, a reason for recording the ECG and a result of its automated analysis.

Результаты:

Results As a rule, in order to record the ECG, the patient must get to the polyclinic or hospital where the ECG is recorded and analyzed. All this requires efforts, time and resources of the patient and most importantly, there are delays in providing emergency medical care. In addition, there is a need to acquire a certain material outlays as fuel, depreciation of vehicles. The implementation of the remote ECG analysis system with all its problems were automatically removed, now it is possible to obtain the highly qualified diagnostic

assistance at the prehospital stage. Intensification of the work is due to effectiveness of automatic ECG diagnostics and obtaining immediate qualified consultation.

Заключение:

Conclusion Two years of experience in using the system of remote transmission and analysis of electrocardiograms with the help of the program «Poly Spectrum» showed that: 1. The intensification was due to high efficiency of the automatic syndrome diagnostics and immediate qualified consultation. 2. There was the direct economic efficiency from implementation of the devices for the remote transmission for ECG because the number of visits of specialized intensive care teams on the call has been reduced.

ПОКАЗАТЕЛИ СКОРОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И МИКРОАЛЬБУМИУРИИ ПРИ РАННИХ ПРИЗНАКАХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

СЫЧЕВА Е.И., ОСИПОВА М.Е., КИРИЕНКО Л.И.
САНАТОРИЙ «РУСЬ», г. Сочи, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить частоту встречаемости МАУ и отклонений СКФ среди пациентов с артериальной гипертензией начальных стадий.

Материал и методы:

Проведено обследование 275 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 стадии, из них: женщины составили 132 чел (48,0%), мужчины – 143 чел (52,0%). В группу сравнения вошли 77 человек, сопоставимые с пациентами с АГ по полу, возрасту, ИМТ, показателям липидного спектра. Средний возраст пациентов с АГ составил $54,3 \pm 2,13$ года; средний возраст лиц группы сравнения – $49,8 \pm 2,02$ лет. Из обязательных методов исследования проводились: биохимический анализ крови – креатинин, липидный профиль; общий анализ мочи; измерение АД, веса, роста, индекса массы тела. Кроме того, у пациентов определялась протеинурия. Определение микроальбуминурии проводили количественным методом *in vitro*. Измерение проводилось на биохимическом анализаторе Сапфир-400 с использованием нижеприведенной адаптации: пробу добавляют к буферу и реактиву, содержащему антитела к человеческому сывороточному альбумину. Абсорбция при 340 нм получившегося в результате реакции мутного раствора пропорциональна концентрации альбумина в образце мочи. Кроме этого, рассчитывали клиренс креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которые определяют функциональное состояние почек. Использовались формулу Кокрофта – Гаулта. На основании этой формулы определялась стадия хронической болезни почек (ХБП). В случае подтверждения ХБП проводились дополнительные исследования, в основном биохимические анализы для выявления факторов риска.

Результаты:

В результате проведенного исследования в основной группе пациентов с АГ в 36% (99 чел) случаев отмечалось снижение СКФ. Средние показатели СКФ у лиц с отклонением от нормы составили: у женщин – 69,8 мл/мин; у мужчин – 83,6 мл/мин. У данной категории пациентов удалось проанализировать динамику этого показателя в начале и по завершению пребывания в санатории. При выявлении пациентов со сниженной СКФ назначалась гипотензивная лекарственная терапия с ренопротективными свойствами. Кроме правильно подобранной терапии, пересматривалась диета с ограничением соли, оптимальным сочетанием белков, жиров, углеводов, исключался алкоголь и курение. В результате лечения и правильного назначения гипотензивных препаратов отмеча-

лось улучшение показателей СКФ у женщин – на 6,2% и у мужчин – на 5,9%. Выявленная тенденция с улучшению показателя СКФ даже в такие короткие сроки пребывания в санатории позволяет предполагать эффективность проведения профилактических мероприятий на ранних стадиях выявления почечной патологии. Правильно подобранная гипотензивная терапия позволяет достичь целевых показателей АД, ЧСС, улучшить СКФ. Такой комплекс профилактических и лечебных мероприятий обладает как кардио, так и нефропротективными свойствами, что позволяет сохранить качество жизни, трудоспособность и социальную активность пациента. У 65 чел (30%) группы пациентов с АГ проводилось исследование на МАУ. Положительный тест на МАУ был выявлен у мужчин – в 4,6% случаев; у женщин – в 1,5% случаев. В работе получены не высокие цифры выявления МАУ. Это можно объяснить тем фактом, что под наблюдением находились преимущественно лица трудоспособного возраста с длительностью заболевания или возникновением симптоматики с давностью до 5 лет – 167 чел (60,7%), начальных стадий артериальной гипертензии, с незначительным «грузом» сопутствующих заболеваний, что представлялось актуальным для превентивной терапии. При анализе частоты выявления МАУ оказалось, что у 95,4% обследованных обнаружена нормоальбинурия (МАУ менее 30 мг/л). Среди пациентов с положительным тестом на МАУ 66,7% составили лица с АГ. Выявление МАУ у лиц еще на стадии доклинических изменений сможет существенно повлиять на кардиоваскулярный риск, уменьшить заболеваемость и смертность. Прежде всего, это чрезвычайно важно для лиц, страдающих АГ и СД, у которых патология сосудов и связанные с ней поражения органов-мишеней развиваются особенно быстро.

Заключение:

Такая стратегия ранней диагностики и превентивной терапии является простой, дешевой, надежной и выгодной для здравоохранения и общества в целом как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Алейникова Т.В.

Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является совершенствование подходов к диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии (АГ). Характерным признаком патологического процесса, ассоциирующимся, прежде всего с развитием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) при АГ является ремоделирование миокарда. Наиболее часто используемым критерием ГЛЖ является индекс массы левого желудочка (иММЛЖ) более 110 г/м² для мужчин и 96 г/м² для женщин. Одним из независимых предикторов риска смерти и сердечно – сосудистых осложнений при АГ в настоящее время является турбулентность сердечного ритма (ТСР). Наиболее эффективно использование ТСР у пациентов с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка больше 30%. Целью нашего исследования явился анализ взаимосвязи структурно-геометрических изменений миокарда левого желудочка и турбулентности сердечного ритма у пациентов с АГ II степени.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 214 пациентов с АГ II степени

в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст 57,7±7,6 года). Диагноз АГ был установлен на основании клинического обследования, а также исключения симптоматической АГ. ГЛЖ уточнялась при проведении электрокардиографии и эхокардиографии (ЭхоКГ), тип ремоделирования миокарда — при проведении ЭхоКГ. Холтеровское мониторирование (ХМ) было выполнено для уточнения характера предполагаемых аритмических событий, анализа variability и турбулентности сердечного ритма. У 173 (80,8 %) пациентов были зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭ), позволяющие рассчитать и оценить параметры ТСР. Оценивались параметры ТО («onset»-«начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» -«наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

Выявлено, что в возрасте старше 40 лет уменьшается количество пациентов с АГ II степени (преимущественно мужчин), имеющих нормальную геометрию миокарда левого желудочка. Наиболее частыми типами ремоделирования миокарда у пациентов с АГ II степени, как мужчин, так и женщин, являются эксцентрическая и концентрическая ГЛЖ. Оценивая сократительную способность миокарда левого желудочка, необходимо отметить отсутствие достоверных различий между ФВ при выявленных геометрических моделях, что позволяет сделать вывод о компенсаторном характере ремоделирования и гипертрофии миокарда, направленных на поддержание адекватного сердечного выброса. У 52,8% пациентов выявлены нормальные значения параметров ТСР. Патологические изменения представлены преимущественно редукцией ТО. Изолированная редукция TS или тотальная редукция параметров регистрируются значительно реже, однако, с увеличением возраста пациентов, как мужчин, так и женщин, отмечается повышение ТО и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного параметра или тотальную редукцию параметров ТСР. Выявлена статистически значимая корреляция величины параметра ТО с индексом массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) ($r=0,22$; $p=0,003$). Получена достоверная отрицательная корреляция TS с иММЛЖ ($r=-0,21$; $p=0,005$). Получены достоверные отрицательные корреляции TS с количеством ЖЭ ($r=-0,21$; $p=0,005$), средней ЧСС ($r=-0,28$; $p=0,0002$). Выявлена статистически значимая корреляция между TS и ФВ ($r=0,2$; $p=0,008$).

Заключение:

Проведен анализ показателей ремоделирования и сократительной способности миокарда левого желудочка у пациентов с АГ II степени. Выявлены значимые корреляции параметров ТО и TS с показателями ремоделирования миокарда левого желудочка, таким образом, подтверждена взаимосвязь структурно-геометрических изменений миокарда и турбулентности сердечного ритма.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Акабаева В.К.

Медицинский центр «Бета и К», г. Алматы, Казахстан

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) признана наиболее значимым фактором риска целого спектра сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на несомненный успех в медицине, достигнутый в последние годы в лечении больных

АГ, имеется целый ряд нерешенных проблем, среди которых особое внимание заслуживает вопрос частоты развития заболеваний среди лиц молодого возраста. Последние относятся к наиболее работоспособной категории граждан и не застрахованы от сердечно-сосудистых осложнений. АГ в сочетании с ИБС приводит к ранней инвалидизации молодых лиц или смерти, что не позволяет отнести их статистически в группу с высоким коронарным риском. Оценить результаты исследования для раннего выявления развития АГ у лиц молодого возраста с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материал и методы:

Обследовано 309 пациентов в НИИКиВБ г. Алматы в период с 2010-2012гг, рандомизированы соответственно возрасту. Из них лица молодого возраста в диапазоне {40-49}лет – 39 (из них с ПИКС -11), преобладало лиц пожилого возраста {50-59} лет – 103, старше пожилого возраста {60-69}лет – 99 пациентов и престарелого возраста {80-89}лет- 3 соответственно. Критериями включения был установленный диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз. Определялся возраст пациентов и его частота при ИБС. Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel «статистика 6.0» по критерию Пирсона X²(многокомпонентный метод) с распределением в зависимости от возрастной группы.

Результаты:

Манифестация АГ проявляется в молодом возрасте в диапазоне 40-49 лет, в престарелом возрасте частота АГ резко снижается в результате прогрессирования АГ, его осложнений, вследствие снижения продолжительности жизни. Активно АГ проявляется в диапазоне 50-69 лет. Число фактических случаев у молодых лиц с АГ (отягощенным анамнезом) составило 28 человек.

Заключение:

При сопоставлении различий по частоте лиц молодого и пожилого возраста выявлено, что АГ является одним из важных факторов развития ИБС, повышающие коронарный риск. Таким образом, риск развития осложнений и летальности от инфаркта миокарда у лиц молодого возраста напрямую зависит от уровня АД, гиперхолестеринемии. Несвоевременная диагностика на выявление АГ у молодых запаздывает, поэтому постинфарктный кардиосклероз явился основной причиной госпитализации пациентов в стационар.

АНАЛИЗ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Крючкова О.Н., Бубнова М.А., Ицкова Е.А., Жукова Н.В.
ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Полиморбидность является одной из наиболее сложных проблем в клинике внутренних болезней. Достаточно часто встречается сочетание у пациентов кардиоваскулярной и бронхолегочной патологии. Артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остаются наиболее распространенными заболеваниями взрослого населения развитых стран, а наличие коморбидности у больного значительно усложняет задачу контроля эффективности лечения. Одним из главных прогностических критериев высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у таких пациентов являются индивидуальные особенности суточного профиля артериального давления. Цель исследования: проанализировать особенности показателей суточного профиля артериального давления (АД) у больных арте-

риальной гипертензией и коморбидных пациентов (АГ и ХОБЛ).

Материал и методы:

Пятидесяти четырем пациентам (средний возраст 60,9±1,24 г) выполнено суточное мониторирование артериального давления. Больные разделены на 2 группы: 1 группа (n=32) – лица с артериальной гипертензией, 2 группа (n=22) – с коморбидной патологией (АГ и ХОБЛ). Исследование проводилось с использованием аппарата АВРМ – 04 «Cardiospy» фирмы Labtech (Венгрия) в течение 24 часов. Измерение АД начинали в 9 часов, интервалы между измерениями составляли 30 минут в дневные часы и 40 минут в ночные часы.

Результаты:

При анализе показателей суточного мониторирования артериального давления у обследуемых больных выявлены следующие закономерности: по данным систолического артериального давления (САД) в группе 2 (коморбидные пациенты) отмечалось четкое преобладание профилей non-dipper (53%) и night peaker (47,6%). в группе пациентов 1 (с артериальной гипертензией) преобладали типы dipper и non-dipper (34 и 39% соответственно). Выявлено достоверное (p=0,03) увеличение индекса нагрузки давлением (ИНД) САД в ночной период у больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы (средние значения ИНД САД, %: 68,9±4,5 и 47,8±5,4 соответственно). При изучении показателей variability артериального давления (StD), которая является важным предиктором поражения органов-мишеней, выявлены достоверные отличия между группами пациентов: средняя StD САД за сутки у пациентов 1 группы составила 12,7±0,74, у больных 2 группы – 15,6±1,1 (достоверность различий p=0,05), средняя StD диастолического артериального давления (ДАД) за сутки составила 8,8±0,6 и 10,8±0,74 соответственно (p=0,03), средняя StD ДАД в дневное время: 7,8±0,55 и 10,9±0,91 соответственно (p=0,006).

Заключение:

Артериальная гипертензия у больных ХОБЛ характеризуется преобладанием патологических типов суточной кривой АД (недостаточным снижением и чрезмерным повышением АД в ночные часы), выраженным увеличением индекса нагрузки САД в ночные часы, более высокой variability артериального давления, по сравнению с пациентами, страдающими только артериальной гипертензией. Все это значительно увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных. Поэтому при выборе тактики лечения необходимо учитывать клинические особенности течения коморбидных заболеваний с акцентом на коррекцию патологических типов суточных кривых АД для снижения вероятности сердечно-сосудистых осложнений, особенно в ночные часы, у данных пациентов.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ ТРОЙНОЙ КОМБИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Д.,
Хафизова Л.Ш., Шакирова Н.Ш.

Специализированный научно-практический
медицинский центр кардиологии МЗ Республики
Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить антигипертензивную эффективность индапамида, периндоприла и амлодипина в виде фиксированного трёхкомпонентного антигипертензивного препарата (АГП) Трипликсам у больных артериальной гипертензией (АГ), резистентных к начальной терапии.

Материал и методы:

В исследование включены 26 больных АГ, резистентных к ранее проведенной 2-х и 3-х компонентной комбинированной терапии. Средний возраст больных 53,07±11,9 лет, средняя длительность АГ 11,9±4,5 лет. Офисное артериальное давление (АД) измеряли по методу Короткова, проводили суточное мониторирование АД (СМАД) регистратором BR-102 plus (SCHILLER, Switzerland). Всем больным назначался трёхкомпонентный фиксированный АГП Трипликсам (Servier, Франция), состоящий из периндоприла 5 мг, индапамида 1,25 мг и амлодипина 5 мг в начальной дозе. Антигипертензивную эффективность Трипликсама оценивали по динамике офисного АД и данным СМАД на этапах 3 месяца и 6 месяцев.

Результаты:

Исходный уровень САД 168,11±15,27 мм рт.ст., ДАД 100,77±9,34 мм рт.ст. На фоне 6-ти месячной терапии Трипликсамом отмечено достоверное снижение офисных САД, ДАД до 123,0±5,71 мм рт.ст. и 77,8±5,94 мм рт.ст. соответственно. Целевые уровни по САД и ДАД к концу 3-х месячной терапии достигли 80,8% и 84,6% пациентов, к концу 6-ти месячной терапии 100% и 96,2% пациентов. По результатам СМАД уже к 3-му месяцу терапии отмечено достижение целевого уровня среднесуточного и среднедневного САД и ДАД, достоверное снижение индекса нагрузки дневным и ночным САД и ДАД, который указывает на истинную нагрузку АД на органы мишени, нормализация дневной вариабельности САД. Положительная динамика показателей СМАД сохранялась на этапе 6 месяцев.

Заключение:

Длительная терапия больных АГ фиксированным препаратом Трипликсам показала высокую антигипертензивную эффективность с достоверным улучшением суточного профиля АД. На фоне 6-ти месячной терапии отмечено достижение целевого уровня САД у 100% и ДАД у 96,2% больных АГ, резистентных к начальной антигипертензивной терапии.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Жмуров В.А.¹, Жмуров Д.В.¹, Устинова С.В.¹, Яркова В.Г.¹, Толстоухова Н.В.²

¹Тюменский медицинский университет,

²Тюменская областная клиническая больница, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

Условия работы на железнодорожном транспорте предполагают влияние неблагоприятных факторов: шум, вибрация, перепады температур, нервно-психические перегрузки, граничащие со стрессами, которые связаны с ответственностью за безопасность движения поездов, что может приводить к возникновению различных заболеваний, в том числе хронической болезни почек (ХБП), протекающей с артериальной гипертензией (АГ). Установить распространенность и особенность проявлений ХБП у работников локомотивных бригад Свердловской железной дороги.

Материал и методы:

Обследовано 967 работников локомотивных бригад (машинисты и их помощники). Обследование включало сбор жалоб, анамнеза, физикальное исследование по органам и системам, измерение артериального давления, лабораторные исследования (определение микроальбуминурии - МАУ - полуколичественным методом, креатинина крови, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД - EPI.

Результаты:

Как показали проведенные исследования, ХБП была выявлена у 100 человек, что составило 10,34%. Распределение по стадиям ХБП (NKF/KDOQI) составило: С1 - 33 человека (3,40%), С2 - 24 (2,48%), С3 - 42 (4,34%), С4 - 1 (0,10%) и С5 - 0 человек. Средний возраст составил 43±10 лет. По стажу работы больные распределились следующим образом: 1-5 лет - 4 человека, 6-10 лет - 6 человек, 11-15 лет - 11 человек, 16-20 лет - 15 человек, 21-25 лет - 16 человек, 26-30 лет - 24 человека и 31 и более лет - 24 человека. Клинические проявления ХБП характеризовались жалобами на утомляемость (83%), снижение работоспособности (67%), головные боли (44%), учащенное мочеиспускание (54%), никтурию (35%). Артериальная гипертензия (АГ более 140/90 мм.рт.ст.) выявлена у 65% больных ХБП (1 стадия - 58%, 2 стадия - 42%), МАУ выше 15 мг/сутки на 1 г. креатинина - у 100% больных.

Заключение:

ХБП выявлена у 10,34% работников локомотивных бригад, у большинства больных (66%) диагностирована стадия С2 - С3. С увеличением стажа работы на железнодорожном транспорте прогрессивно увеличивается количество больных с ХБП. У большинства больных с ХБП (65%) выявлена артериальная гипертензия 1 - 2 стадии по классификации ВОЗ - МОГ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КОМОРБИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Шатрова Н.В.¹, Протасова Т.В.¹, Вавилов А.М.¹, Лебедева Н.И.¹, Щетинина А.А.¹, Дружинина С.О.¹, Рюмшин А.Н.², Карманов М.С.²

¹ФГБОУ ВО «КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,

²ГБУЗ КО «КГКБ №2», г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) - один из важнейших компонентов метаболического синдрома (МС). Необходимость изучения возникновения и прогрессирования заболеваний, ассоциированных с метаболическими нарушениями, определяется распространенностью МС среди населения всех стран, особенно с высоким уровнем индустриальных технологий, а также значительной агрессивностью этого состояния, провоцирующей развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, ранней манифестацией осложнений, и, как следствие всего перечисленного, - высоким уровнем инвалидности и смертности. Цель исследования заключалась в изучении особенностей АГ у полиморбидных пожилых женщин с МС.

Материал и методы:

Обследованы 116 женщин в возрасте 60-75 лет (средний возраст 70 лет). Сформированы 2 группы: основная - 78 больных с верифицированным МС, контрольная - 38 женщин без признаков МС. Верификацию МС проводили согласно Рекомендациям по диагностике и лечению метаболического синдрома ВНОК (2013). Оценивали окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), уровень артериального давления (АД), факторы риска развития МС. Специальные методы исследования включали определение уровня глюкозы, триглицеридов (ТГ), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, а также креатинина в сыворотке крови. СКФ рассчитывали по формуле СКД-EPI. Сведения о наличии хронических заболеваний получены анамнестически и при анализе амбулаторных карт пациентов. При обработке полученных результатов использовали методы описательной статистики.

Результаты:

Выявлено увеличение частоты встречаемости ряда хронических заболеваний у женщин с МС по сравнению с контрольной группой. Так, у пациенток основной группы среднее количество заболеваний составило 6,7 на 1 человека, у пациенток группы сравнения – 4,5. АГ на момент обследования отмечалась у всех пациенток. В основной группе у каждой десятой (10,3%) была зарегистрирована АГ 1 степени, у половины (40 женщин – 51,3%) – АГ 2 степени, у 30 (38,6%) – АГ 3 степени. В контрольной группе распространенность АГ различной степени составила, соответственно 14 (36,8%), 16 (42,1%) и 8 (21%). В обеих группах у 95% пациентов верифицирована ГБ. В основной группе у 48 (61,5%) пациенток выявлена ГБ III стадии, у 28 (35,6%) – II стадии, у 2 женщин (2,6%) – I стадии; в контрольной группе распространенность различных стадий ГБ составила, соответственно, 16 (42,1%), 20 (52,6%) и 2 (5%). У большинства пациенток с ГБ выявлялась гипертрофия левого желудочка: у 72 (92%) в основной и 34 пациенток (89%) в контрольной группе. Независимо от наличия МС снижение СКФ выявлено у четверти обследованных пациенток. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в виде стенокардии отмечена у 42 больных (54%) в основной группе и у 28 (74%) – в группе сравнения, нарушения ритма у 44 (62%) и 22 пациенток (63%), постинфарктного кардиосклероза у 8 пациентов (10%) и 4 (11%), соответственно. В основной группе 48 человек (62%) имели клинически выраженную хроническую сердечную недостаточность (ХСН), тогда как в контрольной – только 18 (47%). Признаки хронической ишемии головного мозга отмечены у пациенток обеих групп в 67%: 52 обследованных в основной и 26 – в группе сравнения. У женщин с МС в 2 раза чаще выявлялся калькулезный холецистит: 18 (25%) и 6 (13%), соответственно; хронический панкреатит (16 женщин – 20% в основной и 4 пациентки – 11% в контрольной), заболевания желудка (32 чел. – 41% и 8 чел. – 21%), сахарный диабет 2 типа (22 – 28% и 6 – 15%, соответственно). В основной группе в 1,5 раза чаще выявлены хронический пиелонефрит (26 чел. – 33% и 8 чел. – 21%), МКБ (12 чел. – 15% и 4 чел. – 10%). В обеих группах заболевания эндокринной системы (наряду с СД и ожирением) выявлялись у каждой десятой пациентки.

Заключение:

АГ при МС на фоне полиморбидности у женщин пожилого возраста является распространенным синдромом и в 95% случаев дает основание диагностировать ГБ. Выявлено увеличение в 1,5-2 раза частоты возникновения ряда хронических заболеваний, связанных преимущественно с нарушениями обмена холестерина, у женщин с МС по сравнению с контрольной группой. Высокая распространенность АГ у полиморбидных пациентов с МС позволяет отнести их в группу высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых событий.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ, КАК ПОВОД ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кудрявцева Е.Н.¹, Баев В.М.¹, Данилов И.Б.²

¹ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, ²ГБМУЗ Пермская городская станция скорой медицинской помощи, г. Пермь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипотензия у молодых ассоциируется с неблагоприятным исходом в отношении здоровья. Это связано как с многочисленными жалобами пациентов, снижением трудоспособности, так и со структурно-функциональными изменениями сердца и сосудов. Частота регистрации артериальной гипотензии

у молодых пациентов днем в амбулаторных условиях колеблется от 1,1 у мужчин до 7% у женщин. При суточном мониторинговании АД у женщин гипотензию регистрируют в 56% случаев, и чаще во сне. Однако нет данных об артериальной гипотензии у молодых пациентов, обратившихся с проблемами здоровья в службу скорой медицинской помощи (СМП). Цель исследования – изучение структуры и частоты вызовов СМП с диагнозом «артериальная гипотензия» у пациентов молодого возраста.

Материал и методы:

Проанализированы 381418 вызовов городской станции скорой медицинской помощи г. Перми за 2016 год. Предмет исследования – артериальная гипотензия, как диагноз, установленный бригадой СМП. Объект исследования – карта вызова к пациентам 16-35 лет. Оценивали как частоту случаев артериальной гипотензии, так и их причины.

Результаты:

Среди данной когорты пациентов случаев артериальной гипотензии, как диагноза, было зафиксировано 764 случая (0,2%). 86521 вызов был выполнен к пациентам 16-36 лет (22,6%), среди них случаев гипотензии было 21 (0,006%). Всего случаев ортостатической гипотензии за 2016 год зафиксировано 56 случаев, из них 4 у молодых пациентов. Гипотензия медикаментозная отмечена в 521 случае, из них 9 у молодых. Гипотензия не уточненная выявлена у 187 пациентов, у молодых в 8 случаях.

Заключение:

Ранее существовало ошибочное мнение, что пациенты артериальной гипотензией, особенно молодого возраста, хотя и предъявляют многочисленные жалобы, но имеют минимальные риски развития сердечнососудистых осложнений. Однако благодаря исследованиям академика Молчанова Н.С., Ванач М., Барсукова А.В., Оуэпса Р.Е., Шардиной Л.А., Вишневого В.И. и других ученых, было доказано, что артериальная гипотензия является фактором риска неблагоприятного прогноза в отношении здоровья и жизни. Гипотензия в молодом возрасте, как мужчин, так и женщин, в наименьшей степени изучена по причине того, что имеется неспецифическая клиническая симптоматика, как и уровень регистрируемого АД, имеют волнообразное течение. Молодые пациенты, в большинстве случаев, активно не обращаются за медицинской помощью, так как еще могут адаптироваться к окружающей среде и нагрузкам. При более тяжелых случаях, т.е. при высоких нагрузках и срывах адаптации, пациентов вынуждены госпитализировать в неврологические стационары с вегетативными кризами. Одной из причин дезадаптации и неблагоприятных исходов у молодых женщин с гипотензией являются беременности и роды, когда на фоне усугубления гипоксии органов и тканей увеличивается частота перинатальных осложнений у матери и плода, вплоть до их смерти. Таким образом, полученные нами результаты указывают, что артериальная гипотензия у молодых пациентов может проявляться ургентным течением. По данной причине пациенты вынуждены обращаться за экстренной медицинской помощью.

АССОЦИИИ КЛИНИЧЕСКОГО И АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПАРАМЕТРАМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Труханова М.А.¹, Орлов А.В.², Толкачева В.В.¹, Виллевалде С.В.¹, Кобалава Ж.Д.¹

¹Российский университет дружбы народов,

²Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сопоставить параметры клинического АД в перидиализный период с показателями 44-час мониторинга центрального аортального и периферического АД в междиализный период и параметрами эхокардиографии.

Материал и методы:

У 68 пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) программным гемодиализом (ГД) (медиана возраста 58,3 лет, [IQR 54,6; 61,6], мужчин 45%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%), было выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час параллельное амбулаторное мониторирование АД в плечевой артерии и аорте в междиализный период при помощи валидированного осциллометрического прибора BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород) и эхокардиография. Результаты анализировали с использованием пакета программ Statistica 10.0. Результаты считали статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты:

Достоверных связей между значениями АД (клинического до и после сеанса ГД, по данным 44-час СМАД) и следующими параметрами - рост, вес, возраст, ИМТ не установлено. Повышение САД до сеанса ГД было ассоциировано с большей длительностью терапии программным ГД. Степень повышения клинического ДАД до и после сеанса ГД была ассоциирована с меньшим возрастом пациентов (Spearman -0,37 и -0,42 соответственно, $p < 0,05$). При проведении однофакторного корреляционного анализа у пациентов с ТПН были выявлены прямые зависимости между уровнем клинического САД до сеанса ГД и средним САД ($r = 0,81$, $p < 0,001$), САД в дневные ($r = 0,82$, $p < 0,001$) и САД в ночные часы ($r = 0,75$, $p < 0,001$) при 44-час СМАД, а также средним цСАД ($r = 0,81$, $p < 0,001$), цСАД в дневные ($r = 0,82$, $p < 0,001$) и цСАД в ночные часы ($r = 0,74$, $p < 0,001$) и средним цПАД ($r = 0,67$, $p < 0,001$), цПАД в дневные ($r = 0,68$, $p < 0,001$), цПАД в ночные часы ($r = 0,59$, $p < 0,001$), размером левого предсердия (ЛП) ($r = 0,29$, $p < 0,005$) и объемом ЛП ($r = 0,29$, $p < 0,005$), диастолической толщиной межжелудочковой перегородки (МЖП) ($r = 0,43$, $p < 0,001$) и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) ($r = 0,44$, $p < 0,001$) и обратная ассоциация с фракцией выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) (-0,27, $p < 0,05$). Аналогичные прямые зависимости установлены между уровнем клинического САД после сеанса ГД и средним САД ($r = 0,74$, $p < 0,001$), САД в дневные ($r = 0,77$, $p < 0,001$) и САД в ночные часы (0,68, $p < 0,001$) при 44-час СМАД, а также средним цСАД ($r = 0,73$, $p < 0,001$), цСАД в дневные ($r = 0,77$, $p < 0,001$) и цСАД в ночные часы ($r = 0,73$, $p < 0,001$) и средним цПАД ($r = 0,62$, $p < 0,001$), цПАД в дневные ($r = 0,65$, $p < 0,001$), цПАД в ночные часы ($r = 0,56$, $p < 0,001$), размером ЛП ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и объемом ЛП ($r = 0,34$, $p < 0,05$), диастолической толщиной МЖП ($r = 0,41$, $p < 0,05$) и ЗСЛЖ ($r = 0,38$, $p < 0,05$), конечным диастолическим и систолическим объемами ЛЖ ($r = 0,42$ и $r = 0,52$ соответственно, $p < 0,001$), объемом правого предсердия (ПП) ($r = 0,31$, $p < 0,05$), и обратные ассоциации с ФВ ЛЖ (-0,34, $p < 0,05$). Уровень клинического ДАД до сеанса ГД имел прямую взаимосвязь с уровнем среднего ДАД ($r = 0,74$, $p < 0,001$), ДАД в дневные ($r = 0,76$, $p < 0,001$) и ДАД в ночные часы (0,66, $p < 0,001$) при 44-час СМАД; КДО ($r = 0,32$, $p < 0,05$) и КСО ЛЖ ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и обратные ассоциации с кальцинозами аортального (АК) ($r = -0,26$, $p < 0,05$) и митрального клапанов (МК) ($r = -0,32$, $p < 0,05$). Уровень клинического ДАД после сеанса ГД имел прямую зависимость с уровнем

среднего ДАД ($r = 0,82$, $p < 0,05$), ДАД в дневные ($r = 0,83$, $p < 0,05$) и ДАД в ночные часы (0,73, $p < 0,05$) при 44-час СМАД; КДО ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и КСО ЛЖ ($r = 0,24$, $p < 0,05$) и обратные ассоциации с кальцинозами АК ($r = -0,24$, $p < 0,05$) и МК ($r = -0,23$, $p < 0,05$).

Заключение:

Клиническое САД имеет большую взаимосвязь с параметрами 44-час мониторинга центрального и периферического АД, нежели клиническое ДАД. Уровень клинического ДАД может быть предиктором развития кальциноза клапанов сердца и формирования сердечной недостаточности.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМой

БАРАНОВА Н.А.¹, Овчинников Ю.В.²,

Афанасков О.В.¹, Куроедов А.В.¹

¹ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ,

²Главное военно-медицинское управление

МО РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Определить особенности вариабельности показателей артериального давления и глазного перфузионного давления у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Материал и методы:

В работу были включены данные 80 пациентов с различными стадиями ПОУГ (80 глаз; 20 женщин и 60 мужчин), разделенных на 2 группы (основная и контрольная) на основании наличия в анамнезе эссенциальной АГ. Дополнительное деление было произведено с учетом наличия в анамнезе начальной или развитой и далеко зашедшей стадий глаукомы. Средний возраст всех пациентов составлял $73,12 \pm 7,75$ лет. Всем больным было выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и сопоставимое по времени исследование уровней внутриглазного давления (ВГД) с помощью прибора ICare TA01i (Tiolat, Финляндия). Для оценки степени компенсации офтальмотонуса были использованы оригинальные производные величины, такие как средняя скорость офтальмотонуса в течение суток, скорость «подъема» и «спуска», а также продолжительность «плато» в точке минимального понижения уровня ВГД.

Результаты:

АГ у больных основной группы носила преимущественно систолический характер, данные параметры были достоверно выше, чем аналогичные значения у группы контроля. Так же выявлены достоверные отличия для среднего пульсового давления, вариабельности систолического АД у больных с начальной стадией глаукомы. Пациенты обеих групп имели нормальный тип кривой, с максимальными значениями уровней ВГД в утренние часы. Не было установлено достоверного отличия при анализе показателя «средняя скорость» офтальмотонуса во всех подгруппах ($p > 0,05$). Было установлено достоверное отличие продолжительности «плато» у пациентов с АГ с начальной стадией глаукомы (продолжительность составила 180 минут), по сравнению с остальными подгруппами ($p < 0,05$), что свидетельствует о благоприятном влиянии АГ на течение ПОУГ. У больных с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ и АГ прямая сильная корреляция между САД и уровнем офтальмотонуса была установлена однократно в 22-00 ($r = 0,94$). В то же время между ДАД и ВГД было выявлено несколько временных значений, при кото-

рых присутствовала сильная прямая взаимосвязь: ночь и утро - 00-00, 03-00, 06-30, 06-45, 07-00 и 07-45 часов, день - 12-45 и 13-00, вечер - 20-30 часов ($r = 0,81$ до $0,94$). У пациентов контрольной группы с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ было обнаружено наибольшее число «пиковых» колебаний уровня ВГД и минимальная продолжительность «плато» (не более 15 минут, $p < 0,05$). Для этих же лиц была определена умеренная и сильная отрицательные корреляции между САД и ВГД (в 12-15 и 03-30 часов, $r = -0,64$ и $r = -0,63$) и ДАД и ВГД (в 23-00, $r = -0,72$). У пациентов с начальной глаукомой был установлен аналогичный характер связи корреляция между уровнями САД и ВГД утром и в дневные часы (05-00, 13-45, 17-30, 17-45, 18-15 и 18-30, от $r = -0,63$ до $r = -0,78$), а единственная достоверная взаимосвязь между ДАД и ВГД была сильной прямой по состоянию на 15-30 часов ($r = -0,68$). Были выявлены нарушения глазной перфузии у всех пациентов развитой и далекозашедшей стадиями стадиями имеются нарушения перфузии. У больных без АГ с данными стадиями ПОУГ перфузионное давление страдало преимущественно в ночное время с 12 и до утра, и начинало улучшаться после пробуждения пациентов, что обусловлено неустойчивостью колебаний офтальмотонуса. А у больных с АГ эти нарушения происходят за счет повышенной вариабельности АД, а также связано с приемом антигипертензивных препаратов, приводящих к снижению АД, ведущему к ухудшению перфузии.

Заключение:

Приведенные выше данные подтверждают необходимость изучения колебаний уровней АД и ВГД в течение суток, в том числе и с учетом лекарственных препаратов, которые получает пациент, для оптимизации назначения системной и местной гипотензивной терапии. В то же время недостаточно определять только колебания уровней АД и ВГД, так как их взаимосвязь между уровнем АД и ВГД остается до сих пор дискуссионной, а агрессивное снижение уровня АД путем назначения большого количества гипотензивных препаратов быстрое снижение глазной перфузии и повышает риск развития глаукомы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Назарова О.А., Назарова А.В.

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Иваново, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сопоставить характер микроциркуляторных нарушений и параметры центральной гемодинамики при ГБ II-III стадий.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 70 пациентов ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова (38 мужчин и 32 женщины, средний возраст $49,5 \pm 1,3$ года. Контрольная группа - 30 практически здоровых лиц. Состояние центральной гемодинамики оценивалось по данным ЭхоКГ (LOGIQ-500, USA), состояние микроциркуляции - методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием компьютеризированного одноканального лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-02». Показатели микроциркуляции рассчитывались исходно в покое, а также по результатам функциональных проб (окклюзионной, постуральной, пробы с задержкой дыхания) согласно общепринятой методике.

Результаты:

В контрольной группе здоровых людей значения параметров ЛДФ свидетельствовали о сбалансированности механизмов

регуляции микрокровотока с преобладанием активных модуляторов. У пациентов с ГБ отмечено ухудшение тканевой перфузии и возможностей адаптации системы микроциркуляции к меняющимся потребностям тканей, о чем свидетельствовало достоверное снижение показателя микроциркуляции (ПМ) коэффициента вариации (K_v) у больных ГБ по сравнению с контролем, прогрессирующее по мере увеличения стадии ГБ. При исследовании структуры ритмов колебаний кровотока у пациентов с ГБ II и III стадий отмечено снижение абсолютных значений амплитуд флуктуаций в нейрогенном и миогенном диапазонах ($A_{max N}$ и $A_{max M}$). Вместе с тем выявлено нарастание амплитуд респираторного и кардиального ритмов колебаний ($A_{max R}$ и $A_{max C}$) при ГБ II стадии. Вклад амплитуды эндотелиального ритма ($A_{max E}$) в общую мощность спектра не менялся по сравнению с контролем, что свидетельствует о сохраненной вазодилатирующей способности эндотелия микрососудов. Внутрисосудистое сопротивление микроциркуляторного звена достоверно увеличивалось у пациентов с ГБ. Индекс эффективности микроциркуляции, являющийся интегральной характеристикой соотношения механизмов активной и пассивной модуляции тканевой перфузии, достоверно снижался у больных ГБ III стадии по сравнению с пациентами с ГБ II стадии. Комплексная оценка результатов исследования с учетом показателей окклюзионной пробы позволила выявить у пациентов с ГБ гетерогенность гемодинамических типов микроциркуляции (ГТМ). Нормоциркуляторный ГТМ отмечен только у 23% больных ГБ II стадии и у 13% ГБ III стадии (в контроле - 50%). Доля патологических ГТМ существенно нарастала у больных ГБ по сравнению с контролем. Так, спастический ГТМ встречался у 32% больных ГБ II стадии, застойно-стазический - в 25% случаев в этой группе (в контроле - 3%, $p < 0,05$). Среди пациентов с ГБ III стадии частота встречаемости застойно-стазического ГТМ увеличивалась до 57%. Состояние центральной гемодинамики у пациентов с ГБ характеризовалось повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) на фоне нормального или сниженного минутного объема крови (МОК), что было отмечено нами у 77% обследованных с ГБ II стадии и у 89% - с ГБ III ($p < 0,05$). У 51% лиц с гиперемическим типом микроциркуляции (характеризующимся высокими резервными возможностями системы микроциркуляции) наблюдалось повышение МОК при «нормальном» ОПСС, а у 29% - снижение ОПСС при увеличенном МОК. У большинства лиц со спастическим типом микроциркуляции (59%) регистрировалось повышение ОПСС на фоне нормального МОК. Застойно-стазический тип микроциркуляции в 72% случаев сочетался со значительным возрастанием ОПСС на фоне сниженного МОК.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с ГБ II-III стадий наблюдаются существенные изменения в состоянии макро- и микроциркуляции - уменьшение кровенаполнения и скорости кровотока в капиллярном русле, преобладание пассивных механизмов регуляции тканевой перфузии, снижение реактивности сосудов в ответ на функциональные воздействия; возрастает частота патологических гемодинамических типов микроциркуляции. Нарушения центральной гемодинамики развиваются параллельно с расстройствами микрокровотока, при этом преобладает повышение общего периферического сосудистого сопротивления на фоне нормального или сниженного МОК. У больных ГБ III стадии указанные изменения носят более выраженный характер, увеличивается число больных с застойно-стазическим гемодинамическим типом микроциркуляции, отмечается прогрессирующее повышение внутрисосудистого сопротивления микро-

циркуляторного русла и ОПСС. Полученные данные отражают закономерности эволюции макро- и микроциркуляции при ГБ и могут быть полезны для совершенствования подходов к диагностике и лечению этой нозологической формы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бурко Н.В., Салямова Л.И., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить корреляционные взаимосвязи между параметрами локальной сосудистой жесткости и данными эхокардиографии у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) моложе 55 лет.

Материал и методы:

В исследование включено 69 больных STEMI в возрасте от 35 до 55 лет, средний возраст $47,4 \pm 7,1$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $26,9 \pm 3,7$ кг/м², уровень офисного систолического артериального давления (АД) – 120 (110; 130) мм рт.ст., диастолического АД – 80 (70; 80) мм рт.ст. Критерии включения: подтвержденный STEMI по данным ЭКГ, уровню тропонина I, КФК-MB, наличие по результатам коронароангиографии гемодинамически значимого стеноза инфаркт - связанной артерии при условии окклюзии других коронарных артерий не более 50%, ствола левой венечной артерии – не более 30%, а также отсутствие стенокардии в анамнезе. На 7-9 сутки от начала заболевания проводили ультразвуковое исследование общих сонных артерий (ОСА) технологией высокочастотного сигнала RF на аппарате MyLab («Esaote», Италия). Регистрировали показатели: толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ), локальная скорость пульсовой волны (PWV), индексы жесткости α и β , коэффициент поперечной податливости (CC) и растяжимости (DC), индекс прироста (Aix). Эхокардиографию выполняли на аппарате MyLab («Esaote», Италия). Анализировали конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), фракцию выброса левого желудочка (ФВ). Обследование пациентов проводили на фоне фармакотерапии по поводу STEMI.

Результаты:

По результатам анализа отмечалась статистически значимая положительная корреляция между возрастом и ультразвуковыми параметрами ОСА: ТКИМ ($r=0,25$, $p<0,05$), PWV ($r=0,25$, $p<0,05$), Aix ($r=0,43$, $p<0,01$), индексами α и β ($r=0,30$, $p<0,01$ и $r=0,29$, $p<0,01$, соответственно), а также отрицательная взаимосвязь с коэффициентами CC и DC ($r=-0,25$, $p<0,05$ и $r=-0,26$, $p<0,05$, соответственно). При анализе корреляций показателей локальной жесткости ОСА и данных эхокардиографии увеличение ТКИМ ОСА оказалось связано с приростом КДО ($r=0,24$, $p<0,05$), КСО ($r=0,25$, $p<0,05$) и КДР ($r=0,28$, $p<0,05$). ФВ положительно коррелировала с коэффициентами CC и DC ($r=0,33$, $p<0,01$ и $r=0,32$, $p<0,01$, соответственно); отрицательно – с PWV ($r=-0,36$, $p<0,01$), индексами жесткости α и β ($r=-0,37$, $p<0,01$ и $r=-0,36$, $p<0,01$, соответственно).

Заключение:

У больных STEMI молодого и среднего возраста увеличение ТКИМ и жесткости, а также потеря эластичности ОСА были сопряжены с ухудшением структурных показателей и сократительной функции левого желудочка.

ВЛИЯНИЕ АНОРЕКСИГЕННОЙ ТЕРАПИИ НА МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

РНМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить динамику интерлейкина (ИЛ) 8 и ИЛ-10 на фоне терапии редуксином

Материал и методы:

Были обследованы 30 пациентов женского пола в возрасте от 35 до 60 лет с абдоминальным ожирением (объем талии (ОТ) >80 см) и артериальной гипертензией 1-2 ст. В исследование не включались пациенты с диагностируемой ишемической болезнью и сопутствующими заболеваниями, которые могли повлиять на изучаемые показатели: злокачественными новообразованиями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, легких и почек в стадии обострения. Все пациенты прошли стандартное обследование: общий анализ крови, биохимические показатели крови: креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ, мочевины, глюкоза, К, Na, Ca, холестерин, триглицериды ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, индекс атерогенности, АРОА1, АРОВ, АРОВ/АРОА1) коагулограмма, толерантность к глюкозе. Проводилась регистрация ЭКГ, оценка индекса массы тела (ИМТ), изучались уровни ИЛ-8 и ИЛ-10. Пациентам с ожирением 1-2 степени и АГ 1 степени, назначался редуксин в дозе 10 мг на 3 месяца.

Результаты:

На фоне терапии редуксином наблюдалось снижение ИМТ и ОТ. Выявлено достоверное снижение ИЛ-10: 11,8 (10,4-13,28) (пг/мл) до лечения и 4,95 (3,4-14) (пг/мл) после лечения, $p<0,05$. Выявлено повышение уровня ИЛ-8: 10,7 (3,68-15,5) (пг/мл) до лечения и 16,7 (9,3- 32,8) (пг/мл) после лечения, $p<0,05$. Повышение уровня ИЛ-8, по-видимому, связано с активацией липолиза на фоне проводимого лечения. В то же время, на фоне лечения редуксином выявлено достоверное снижение главного маркера воспаления СРБ: до лечения ($4,5 \pm 2$, мг/л), после лечения ($2,56 \pm 2$, мг/л), $p<0,05$ и фибриногена до лечения ($3,45 \pm 0,5$, г/л), после лечения ($2,25 \pm 0,76$, мг/л), $p<0,05$, что указывает на снижение провоспалительной активности на фоне терапии.

Заключение:

Терапия редуксином сопровождается снижением ИМТ, уменьшением абдоминального ожирения и снижением активности маркеров воспаления. Снижение уровня СРБ свидетельствует о снижении суммарного риска развития ССЗ.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА СУТОЧНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ РИГИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Долишняя Г.Р., Кароли Н.А., Ребров А.П.

ФГБОУВО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние артериальной гипертензии (АГ) на параметры суточного мониторинга артериальной ригидности (СМАР) у пациентов с разной тяжестью хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

Материал и методы:

Обследованы 159 мужчины с ХОБЛ. Средний возраст – $61,4 \pm 6,0$ лет, средняя длительность ХОБЛ – 6,0 [4,0; 10,0] лет. В зависимости от тяжести течения ХОБЛ больные разделены на 3 группы согласно рекомендациям GOLD 2010 года: 1 группа – 49 мужчин

со средней тяжестью ХОБЛ, 2 группа – 58 больных с тяжёлым течением ХОБЛ, 3 группа – 52 пациента с крайне тяжёлым течением ХОБЛ. В каждой из этих групп обследованные разделены в зависимости от наличия и отсутствия АГ. Обследованные были сопоставимы по возрасту. Критерии исключения: возраст менее 18 и более 80 лет, АГ очень высокого риска, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, патологии сосудов, хронические заболевания в фазе обострения, заболевания бронхов и лёгких другой этиологии. Пациентам проводилось СМАР с использованием аппарата VPLab МНСДП-2 («Петр Телегин», Россия). Для оценки АР использованы скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте, время распространения отражённой волны (RWTT), индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (ИА).

Результаты:

Наименьшее значение RWTT в течение суток выявлено у пациентов 3 группы с наличием АГ ($116,0 \pm 10,9$ мс). У пациентов 2 и 3 групп с наличием ($121,1 \pm 9,6$ мс и $116,0 \pm 10,9$ мс соответственно) и в отсутствии АГ ($123,0 \pm 6,98$ мс и $122,2 \pm 8,1$ мс соответственно), у больных 1 группы с АГ ($120,2 \pm 10,3$ мс) RWTT статистически значимо снижено в сравнении с лицами группы контроля ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно). В дневные часы RWTT снижено у всех пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ, у пациентов с крайне тяжёлым течением ХОБЛ без АГ. В ночные часы значимое снижение RWTT отмечено у пациентов с АГ трёх групп. СРПВ в аорте увеличена у пациентов трёх групп при сочетании с АГ в течение суток ($11,7 \pm 1,96$ м/с, $11,6 \pm 1,8$ м/с, $12,2 \pm 2,1$ м/с соответственно) и в дневные часы ($11,9 \pm 1,9$ м/с, $11,7 \pm 1,8$ м/с, $12,4 \pm 2,1$ м/с соответственно), у пациентов 3 группы без АГ за сутки и день ($11,6 \pm 1,1$ м/с, $11,87 \pm 1,2$ м/с соответственно) в сравнении с обследованными группы контроля ($p < 0,01$, $p < 0,05$, $p < 0,05$; $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,05$; $p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно). В ночные часы увеличения СРПВ в аорте у пациентов со средней тяжестью течения ХОБЛ не выявлено. У пациентов с крайне тяжёлой ХОБЛ повышение СРПВ в аорте более 10 м/с встречается одинаково часто как у лиц с наличием АГ (86,5%), так и в её отсутствие (93,3%). У пациентов 2 и 3 групп в сочетании с АГ ИА в течение суток ($-1,6 \pm 19,3\%$, $-0,9 \pm 17,2\%$ соответственно) и дневные часы ($-5,2 \pm 19,0\%$, $-5,1 \pm 16,7\%$ соответственно) был выше, чем у практически здоровых добровольцев (за сутки $-30,88 \pm 22,6\%$, $p < 0,01$, $p < 0,01$; $-32,5 \pm 20,95\%$, $p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно). В ночные часы ИА был увеличен у пациентов с ХОБЛ и АГ 2 ($8,67 \pm 24,1\%$) и 3 групп ($9,2 \pm 26,2\%$), и у пациентов 2 группы без АГ ($15,3 \pm 16,7\%$) в сравнении с группой контроля ($-25,5 \pm 28,3\%$, $p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$ соответственно). В ночные часы наибольшая величина ИА ($15,3 \pm 16,7\%$) определена у пациентов 2 группы без АГ в сравнении с пациентами без АГ 3 группы ($-21,1 \pm 19,7\%$, $p = 0,02$). ИА статистически значимо преобладал у пациентов 3 группы с АГ над пациентами без АГ в течение всего периода наблюдения. У пациентов с тяжёлым течением ХОБЛ без АГ (70,0%) повышение ИА встречалось с такой же частотой, как и у пациентов с АГ (68,8%).

Заключение:

У больных с тяжёлым и крайне тяжёлым течением ХОБЛ даже при отсутствии АГ наблюдалось достоверное патологическое изменение параметров суточной АР в сравнении с обследованными группами контроля. Однако наиболее очевидные нарушения упруго-эластических свойств аорты и магистральных артерий в сравнении с лицами группы контроля отмечены у пациентов с тяжёлым и крайне тяжёлым течением ХОБЛ с сопутствующей АГ, что подтверждает существенное усугубление имеющихся нарушений при коморбидности ХОБЛ с АГ.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА НА РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Погожева А.В.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучение гендерных различий пищевого статуса и их влияние на риск артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

В консультативно-диагностическом центре «Здоровое и спортивное питание» ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» (г. Москва) было обследовано 4580 человек (1881 мужчина и 2699 женщин, средний возраст $48,4 \pm 0,3$ лет) по системе Нутритест-ИП, включающей оценку фактического питания и пищевого статуса (антропометрических показателей, состава тела, биомаркеров пищевого статуса).

Результаты:

Уровень систолического артериального давления (АД) был достоверно выше у мужчин, чем у женщин (соответственно, $131,9 \pm 1,22$ мм рт.ст. и $125,7 \pm 0,72$ мм рт.ст., $p < 0,001$). При этом анализе фактического питания свидетельствовал о большей энергетической ценности рациона мужчин по сравнению с женщинами (соответственно, $2964,0 \pm 107,7$ ккал и $2578,0 \pm 123,8$ ккал, $p < 0,05$), а также содержания в нем белка ($103,9 \pm 3,96$ г и $86,0 \pm 3,32$ г, $p < 0,05$), жира ($137,5 \pm 5,01$ г и $122,4 \pm 4,39$ г, $p < 0,05$), в т.ч. насыщенного ($46,3 \pm 1,86$ г и $38,9 \pm 1,50$ г, $p < 0,05$), холестерина ($383,5 \pm 24,4$ мг и $270,6 \pm 14,2$ мг, $p < 0,001$), углеводов ($316,1 \pm 16,4$ г и $252,9 \pm 22,6$ г, $p < 0,05$), в т.ч. крахмала ($149,6 \pm 7,64$ г и $105,2 \pm 6,52$ г, $p < 0,01$), натрия ($4,51 \pm 0,15$ г и $3,71 \pm 0,16$ г, $p < 0,001$). Отмечалась положительная корреляция между уровнем систолического и диастолического АД и величиной индекса массы тела (ИМТ, $p < 0,001$) ($p < 0,001$), концентрацией в сыворотке крови общего холестерина ($p < 0,001$), холестерина ЛПНП ($p < 0,01$), глюкозы ($p < 0,01$), триглицеридов ($p < 0,001$), мочевой кислоты ($p < 0,05$), гомоцистеина ($p < 0,01$). С возрастом, как у мужчин, так и у женщин чаще отмечались нарушения пищевого статуса, которые обуславливают повышение риска развития АГ. При анализе показателей гемодинамики пациентов с АГ в зависимости от величины ИМТ был отмечен достоверно более высокий уровень систолического АД у мужчин с ожирением 2 ($p < 0,05$) и 3 степени ($p < 0,01$), а также диастолического – с ожирением 3 степени ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами с нормальной массой тела. У женщин с АГ уровень АД не зависел от величины ИМТ.

Заключение:

У мужчин значительно чаще диагностируется риск развития АГ, который ассоциируется с нарушением питания и пищевого статуса (ИМТ, изменение маркеров липидного, углеводного, белкового обмена). Коррекция рациона питания и пищевого статуса пациентов будет способствовать профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АПФ ПРЕСТАРИУМА НА СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Туляганова Д.К., Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т.,

Раджабова Д.И., Шодиев Ж.Д.

РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ

РЕАБИЛИТАЦИИ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Выявить особенности цитокинового профиля у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне применения периндоприла (престариум, Servier, Франция).

Материал и методы:

Под наблюдением находились 35 больных ИБС, осложненной

хронический сердечной недостаточностью (ХСН), средний возраст 58,3±6,7 лет. В зависимости от уровня фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) больные разделены на две группы: с нормальной ФВ (1 группа) и с пониженной ФВ (2 группа). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. С целью изучения цитокинового профиля методом иммуноферментного анализа оценивали уровень провоспалительных (ИЛ-6, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови. Методом ЭхоКГ оценивалась ФВ, индексы конечно-диастолического и диастолического объемов (ИКДО) и (ИКСО), соотношение Е/А. Больные на фоне стандартной терапии ХСН получали периндоприл в суточной дозе 6,8 мг/сут.

Результаты:

У включенных в исследование больных концентрация ИЛ-6 составила 4,35±2,9 пг/мл ($p<0,05$), ФНО-α 12,41±7,4 пг/мл ($p<0,05$) соответственно по сравнению с данными здоровой группы, тогда как уровень противовоспалительных цитокинов оказался пониженным и составил ИЛ-4 4,1±1,0 пг/мл ($p<0,05$) и ИЛ-10 2,9±0,8 пг/мл ($p<0,05$) соответственно. У больных ХСН с пониженной ФВ отмечен существенный подъем активности ИЛ-6 до 61,7±5,2 пг/мл ($p<0,05$) и ФНО-α до 16,91 пг/мл ($p<0,05$) на фоне значимого снижения показателей ИЛ-4 и ИЛ-10. Так, ИЛ-4 оказался понижен до 3,7±2,4 пг/мл ($p<0,05$) и ИЛ-10 до 2,1±0,5 пг/мл ($p<0,05$) их значения существенно отличались от данных контроля и больных с нормальной ФВ ЛЖ. Комбинированная терапия с включением периндоприла способствовала увеличению Е/А на 27%, уменьшению на 15% диастолической дисфункции ЛЖ у больных с нормальной ФВ. В группе с пониженной ФВ отмечено значимое увеличение ФВ на 8,5%, уменьшение ИКДО и ИКСО на 15,7% и 24,5% ($p<0,05$) соответственно. Уровни ИЛ-6 и ФНО-α на фоне лечения статистически значимо были понижены на 57,9% и 40,8% каждый соответственно ($p<0,05$) в группе с пониженной ФВ. Достоверного изменения уровня противовоспалительных цитокинов выявлено не было.

Заключение:

Таким образом, активация иммуновоспалительных реакций взаимосвязана с выраженностью процессов ремоделирования миокарда и тяжестью течения заболевания, что позволяет рекомендовать определение этих показателей в качестве маркеров дестабилизации течения ИБС и предикторов развития сердечно-сосудистых событий. Включение в комбинированную терапию периндоприла эффективно для коррекции процессов ремоделирования миокарда левого желудочка у больных ХСН ишемической этиологии и связано с улучшением иммунного статуса.

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Филиппова Ю.М., Голованова Е.Д.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава

России, г. Смоленск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние методики активного вовлечения больных с артериальной гипертензией (АГ) в занятия психологическими тренировками на их комплаентность при лечении в амбулаторных условиях.

Материал и методы:

Обследовано 68 пациентов с АГ II стадии, 1-3 степени, находившихся под амбулаторным наблюдением в поликлинике № 3 г. Смоленска. Первая группа (контроль, $n=30$) получала только лекарственную терапию. Ко второй группе (основная, $n=38$)

дополнительно к медикаментозной терапии был применен психологический метод (выработка доминанты здоровья), занятия проводились в группах из 6-8 чел.-век лечащим врачом 2 раза в неделю. Кроме того больным были рекомендованы самостоятельные занятия не менее 2-х раз в день. В этой группе использовались следующие методики: прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона), произвольное самовнушение (метод Куэ), техника создающих визуализаций Ш. Гавэйна. Обе группы были сравнимы по полу, возрасту, стадии и степени АГ, по риску осложнений и по характеру проводимой терапии. Комплаентность исследовалась у всех больных по методике Давыдова С.В. (2001) до включения в исследование и через 1 год. Анализировались параметры изменения образа жизни (динамика модифицируемых факторов риска), клинические результаты лечения с экономическими показателями его эффективности.

Результаты:

Исследование показало, что у больных, занимавшихся психологическими тренировками достоверно (или с отчетливой тенденцией к повышению) изменились все показатели комплаентности. К концу наблюдения в основной группе, по сравнению с контрольной, увеличились показатель медико-социальной адаптированности ($p<0,05$) и финансово-экономической готовности ($p<0,05$). При анализе динамики модифицируемых факторов риска оказалось, что через год в основной группе пациентов, к которым был применен психологический метод, достоверно уменьшилось число лиц, испытывающих значительное нервное напряжение, снизился общий холестерин ($p<0,05$), и наблюдалась отчетливая тенденция ($0,10>p>0,05$) к росту соблюдения диетических рекомендаций, увеличению физической активности и снижению употребления поваренной соли. По сравнению с больными контрольной группы, достоверно меньше стало лиц, испытывающих значительное нервное напряжение и были ниже показатели общего холестерина. Отмечалась общая направленность к увеличению числа лиц склонных к здоровому образу жизни. Число больных с достигнутым целевым уровнем АД ($\leq 140/90$) в основной группе возросло с 7,89% до 28,9% ($p<0,05$). Число пациентов с достигнутым целевым уровнем АД в контрольной группе также увеличилось с 6,6% до 20,1%, однако разница была статистически недостоверна ($p>0,05$). У пациентов основной группы достоверно снизилось как систолическое, так и диастолическое АД (с 158±2,34/98±2,18 мм.рт.ст. до - 146±2,71/88±1,79 мм.рт.ст.; $p<0,05$). Положительные клинические результаты, рост комплаентности со-проводжались существенным экономическим эффектом. У больных основной группы за год наблюдения уменьшилось число случаев и дней временной нетрудоспособности, количество вызовов «скорой помощи», число госпитализаций. Общий экономический эффект составил 94885,12 рублей.

Заключение:

Внедрение психологических тренировок в образ жизни больных с АГ в амбулаторных условиях, являясь малозатратным мероприятием, повышает комплаентность больных, их приверженность здоровому образу жизни, улучшает результаты лечения и повышает его экономическую эффективность.

ВЛИЯНИЕ КАНДЕСАРТАНА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИАЗИДОМ И ИНДАТОМИДОМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шарова В.Г., Замяткина О.В., Харченко А.В.,

Канин М.Ф., Благова Н.В., Зуева О.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность сочетаний терапии кандесартаном и гипотиазидом, кандесартаном и индапамидом по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Обследовано 56 больных ГБ 2-3 степени, высокого риска (отсутствие регулярного приема гипотензивных средств до начала исследования; средний возраст составил $54,3 \pm 1,2$ (от 38 до 65 лет), из них мужчин-32, а женщин-24. Подготовительный период составил 2 недели (отмывка предыдущего лечения). Длительность заболевания составила 8 недель. Исходно и через 2 месяца проводили СМАД. Пациенты рандомизированы на две сопоставимые группы. 1-я группа пациентов (26 человек) получала препараты кандесартан: (Атаканд, Швеция) в дозе 8-16 мг/сут (с учетом площади тела) и гидрохлортиазида (Гипотиазид, Венгрия) в дозе 12,5 мг; 2-я группа- кандесартан и Индап (Чешская республика) в дозе 2,5 мг/сут. Среднее систолическое артериальное давление (ССАД) до исследования составило $172,3 \pm 12,4$, среднее диастолическое артериальное давление (ДАД)- $102,3 \pm 9,1$. Превышали норму также дневные и ночные показатели профиля артериального давления.

Результаты:

У пациентов обеих групп на фоне терапии уровень ССАД достоверно снизился ($p < 0,001$). Более существенная динамика отмечалась в 1-й группе (30,4%) в сравнении со 2-й группой (24,1%). На фоне терапии уровень дневного ССАД снизился по сравнению с исходным на 28,1% у больных 1-й группы, на 22,1% у пациентов 2-й группы ($p < 0,001$). Доля больных, имевших повышенное дневное ССАД, достоверно снизилось в 1-й ($p < 0,001$) и 2-й группах ($p < 0,001$). Регресс ночного ССАД в двух группах за период наблюдения составил: 27,2% у пациентов - 1-й группы, 20,8% у пациентов - 2-й группы. Отличие данного показателя между группами не отмечалось ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы уменьшение СДАД составило 26,2%, у 2-й-20,3%. Показатели суточного СДАД не отличались между группами ($p < 0,05$). Дневное СДАД уменьшилось на 26,4% у больных 1-й группы, на 21,4%- 2-й группы. Регресс ночного СДАД составил 29,8% у пациентов 1-й группы и 21,4% у больных - у 2-й группы ($p < 0,001$). Снижение максимального САД на 22,8% отмечено у пациентов 1-й группы, на 11,3% - у 2-й группы. Уменьшение максимального ДАД составило 21,8% - в 1-й группе, 6,2% - во 2-й группе пациентов.

Заключение:

Комбинированная терапия кандесартаном (8-16 мг/сут) и гидрохлортиазидом (12,5 мг/сут) превосходит сочетание кандесартана (8-16 мг/сут) и индапамида (2,5 мг/сут) по антигипертензивной активности в отношении суточного ССАД и СДАД, дневного ССАД, ночного ССАД и СДАД, максимального САД и ДАД и степени достижения «отличного» антигипертензивного эффекта у больных гипертонической болезнью.

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Полонская И.И., Сергеева В.В., Родионова А.Ю.

ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда

России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время в России имеет место неблагоприятная тенденция показателей заболеваемости, смертности и нетрудоспособности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

Инвалидность, являясь одним из основных показателей состояния здоровья населения, зависит от таких факторов, как демографическая ситуация в стране, уровень заболеваемости, деятельность органов здравоохранения и социальной защиты, достижений современной медицинской науки, материально-технических возможностей региона, от особенностей нормативно-правовой базы государства, регулирующей вопросы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в случаях ограничения трудоспособности при нарушениях состояния здоровья. Хирургическая реваскуляризация при ишемической болезни сердца (ИБС) представляет одно из самых значительных достижений современной медицины. Шунтирование коронарных артерий у большинства больных ИБС приводит к явному улучшению их психосоматического здоровья, однако сохраняется значительный процент лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности и нуждающихся в мерах социальной защиты. Цель исследования. Проанализировать влияние данных эхокардиографии больных ИБС после КШ на определение степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, ограничения жизнедеятельности и потребности данной группы пациентов в мерах социальной защиты.

Материал и методы:

В соответствии с поставленными задачами проведены исследование состояния здоровья 150 больных ИБС после проведенного КШ. Среди обследованных преобладали мужчины в возрасте от 36 до 77 лет (средний возраст $57,88 \pm 7,28$). Женщины составили 17 человек, что соответствует 11,0%. Все лица проходили освидетельствование в Главном бюро МСЭ по г. С-Петербургу филиал №20. Статистическая обработка данных проведена с помощью персонального компьютера с использованием пакета программ Microsoft Excel и Статистика 10.0.

Результаты:

Из числа обследованных всего 19,3% не имели в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), 69,3% перенесли ранее один ИМ, 11,3% - два и более ИМ. Во время операции КШ 12 больным была произведена пластика аневризмы левого желудочка. У 4 человек имела место имплантация ПЭКС. Пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП) были зарегистрированы в 15,7% случаев, а 3,6% пациентов имели постоянную форму ФП. По данным коронарографии было выявлено поражение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ЛКА) в 92,1% случаев, огибающей ветви ЛКА у 75,3% больных, поражение ствола ЛКА в 37,1% и ствола правой коронарной артерии в 77,5% случаев. Всем пациентам проведено коронарное шунтирование: 1 шунт установлен у 8,0% человек, 2 шунта у 30,0%, 3 шунта установлены 56,7%, а 4 шунта 5,3% пациентов. При анализе ЭХО КГ выявлены средние значения показателей: диаметр аорты составил $36,93 \pm 3,32$ мм, размер левого предсердия был $41,91 \pm 4,92$ мм, конечно-диастолический размер (КД) левого желудочка (ЛЖ) $52,51 \pm 6,42$ мм, конечно-систолический (КС) размер ЛЖ составил $36,96 \pm 7,10$ мм, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу $11,67 \pm 1,60$ мм, толщина задней стенки ЛЖ в диастолу $11,02 \pm 1,67$ мм, фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $57,77 \pm 9,05\%$, средний показатель давления в легочной артерии составил $27,67 \pm 6,82$ мм.рт.ст. При освидетельствовании в бюро МСЭ с целью установления группы инвалидности выявлены нарушения функций сердечно-сосудистой системы в диапазоне от 40% до 60% (согласно Приказа Минтруда России от 17 декабря 2015 г. N 1024н), что соответствует 2 степени выраженности стойких нарушений функции организма, способствующее ограничениям жизнедеятельности в виде способности к самообслуживанию в 67% случаев, способности к самостоятельному

передвижению в 90% и способности к трудовой деятельности в 100% случаев, что явилось основанием для признания их инвалидами 3 группы инвалидности.

Заключение:

Кардиохирургическому лечению были подвергнуты пациенты с выраженным нарушением коронарного кровообращения, в виде сердечной недостаточности II-III функционального класса по NYHA, нарушениях ритма высоких градаций. Проведенное хирургическое лечение способствовало улучшению клинических показателей, о чем свидетельствует улучшение показателей ЭХО КГ (КСЛД, КДЛЖ, ФВ ЛЖ). Однако имеющиеся изменения носят стойкий умеренно выраженный характер, приводят к ограничению жизнедеятельности индивида и требуют мер социальной защиты пациента.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Горбунова С.И.¹, Джанибекова А.Р.¹, Володихина А.А.¹, Злагодухина А.А.², Думан Т.С.²

¹Ставропольский государственный медицинский университет,

²ГБУЗ СК «ГКБ №3», г. Ставрополь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить возрастные особенности показателей суточного профиля артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы:

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проведено 86 пациентам с ГБ в ассоциации с СД 2, которых рандомизировали по возрасту: группу пожилых больных составили 39 человека (средний возраст 72,2±1,4 лет), в группу сравнения вошли 47 пациентов зрелого возраста (средний возраст 56,6±2,7 лет). Исследуемые группы были сопоставимы по длительности ГБ и СД 2. Диагноз ГБ устанавливали на основании Российских рекомендаций «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (ВНОК, 2016). Больные с вторичными формами АГ из исследования исключались. В исследование не включались пациенты с декомпенсацией СД 2. СМАД проводилось на портативном аппарате МДП-НС-01 (ДМС-Передовые Технологии, г. Москва) в условиях свободного двигательного режима и продолжалось в среднем 24 ± 1,5 часа. Интервал между измерениями артериального давления (АД) равнялся 30 минут в период бодрствования и 60 минут во время сна. Оценивались средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД за сутки, день и ночь, суточный индекс САД и ДАД, вариабельность САД и ДАД в дневные и ночные часы.

Результаты:

При анализе средних показателей СМАД было установлено, что ДАД среднесуточное (78,5±7,5 мм рт.ст.) и среднедневное (80,5±2,6 мм рт.ст.) было достоверно ниже у больных пожилого возраста в сравнении с пациентами среднего возраста с ГБ и СД 2 (85,1±3,7 и 88,5±6,1 мм рт.ст., соответственно). При этом у пожилых больных регистрировались достоверно высокие цифры ПАД в дневные (64,4±8,3 мм рт.ст.) и ночные часы (65,9±11,6 мм рт.ст.) в сравнении с пациентами зрелого возраста. При анализе суточного профиля АД было выявлено преобладание нарушенного суточного ритма АД у больных пожилого возраста. В структуре данных нарушений у пожилых больных ассоциированной патологией достоверно преобладал «nightpeaker»-тип (ночное повы-

шение АД) в сравнении с больными среднего возраста (53,6% и 16,9% для САД и 46,6% и 13,2% для ДАД, соответственно). При оценке вариабельности АД были установлены достоверно низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией в сравнении с больными среднего возраста.

Заключение:

Особенностями показателей СМАД у больных ГБ на фоне СД 2 типа являются высокие цифры ПАД в дневные и ночные часы, что является мощным независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений; преобладание нарушенного суточного ритма АД («night-peaker»-тип для САД и ДАД), а также низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД, отражающие наличие ригидности состояния гемодинамики у пожилых больных.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Дреева З.В., Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава
России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на всю значимость сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса (СНСФВ) на сегодняшний день отсутствуют эффективные средства лечения этого заболевания (Cowie 1999). По крайней мере ни один класс препаратов, улучшающих прогноз при систолической сердечной недостаточности (С СН) не доказал свою состоятельность при СНСФВ (Shah 2010; van Veldhuisen 2009), что во многом объясняется принципиально иными механизмами развития этого заболевания по сравнению с С СН. Согласно современной концепции развития СНСФВ ключевое место в патогенезе заболевания занимает нарушение внутриклеточной передачи сигналов через циклический гуанилмонофосфат (цГМФ; Paulus 2013). Наличие системного воспаления как «пускового» механизма развития СНСФВ обосновывает использование статинов у этих больных. В ряде небольших исследований, а также в одном регистре использование статинов улучшало прогноз больных с СНСФВ (Fukuta 2005; Nochioka 2015; Alehagen 2015). Цель исследования: оценить влияние аторвастатина и розувастатина на клинический статус, диастолическую функцию левого желудочка и маркеры воспаления и фиброза у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса.

Материал и методы:

Исследование будет включать 80 пациентов с признаками диастолической дисфункции ЛЖ. Пациенты будут рандомизированы на 2 группы терапии аторвастатином или розувастатином с последующим распределением на интенсивные подгруппы (аторвастатин 80 мг, розувастатин 40 мг) и эффективные (до достижения целевого уровня ЛПНП <1,8 ммоль / л или снижения ЛПНП-С 50% с базальным уровнем LDL-С от 1,8 до 2,6 ммоль / л). Сначала все пациенты, а также через 6 месяцев, будут проведены следующие исследования: тест с 6-минутной ходьбой, заполнение вопросника качества жизни в Миннесоте; трансторакальная эхокардиография: а) в состоянии покоя, б) диастолический стресс-тест (оценка динамики давления наполнения ЛЖ и максимальной скорости трикуспидальной недостаточности с велоэргометрией в лежачем положении); анализ крови на определение маркеров воспаления и сердечной недо-

статочности; Лазерная доплеровская флоуметрия для оценки динамических изменений микроциркуляции в тесте с реактивной гиперемией.

Результаты:

Учитывая, что в нескольких небольших испытаниях была доказана способность статинов улучшать прогноз пациентов с СНСФВ, мы также ожидаем улучшения функционального состояния и диастолической функции левого желудочка у этой категории пациентов. Как показал метаанализ всех этих исследований, использование статинов у пациентов с СНСФВ сопровождается снижением смертности на 31%. Следует подчеркнуть, что это первые данные в истории доказательной медицины, которые показали способность по крайней мере некоторых классов препаратов улучшать прогноз пациентов с СНСФВ.

Заключение:

Считается, что молекулярные плейотропные эффекты статинов, имеющие значение при СНСФВ зависят от степени ингибирования ГМГ-КоА-редуктазы, то есть зависят от дозы препарата (Ramasubbu K., 2008). Значение могут иметь и фармакокинетические свойства статинов, где преимущество, по-видимому, будет иметь жирорастворимый аторвастатин из-за своей способности проникать внутрь эндотелиоцитов и кардиомиоцитов.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Матросова И.Б., Мельникова Е.А.,

Бурко Н.В., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Провести анализ показателей липидного обмена и толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы:

В исследование включено 100 больных ИМпST: 90 мужчин (90%) и 10 женщин (10%); средний возраст $52 \pm 8,9$ лет. Больные были рандомизированы методом генерации случайных чисел в две группы. Основная группа получала аторвастатин в дозе 80 мг/сут, группе сравнения назначали аторвастатин в дозе 20 мг/сут. В 1-ю группу был включен 51 больной (46 мужчин и 5 женщин), средний возраст $51,4 \pm 8,5$ лет, рост – $174 \pm 7,3$ см, ИМТ – $28,1 \pm 4,1$ кг/м², среднее САД – $122,8 \pm 10,7$ мм рт.ст., ДАД – 80 (71; 80) мм рт.ст. Вторую группу составили 49 человек (43 мужчины и 6 женщин), в возрасте $51,5 \pm 9,5$ лет, рост – 174 (170; 177) см, ИМТ – $26,8$ (24,6; 29) кг/м², уровень офисного САД – $122 \pm 12,9$ мм рт.ст., ДАД – 89 (70; 85) мм рт.ст. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, росту, ИМТ, уровню офисного АД. Все пациенты получали аторвастатин в течение 48 недель. Структурно-функциональные свойства артерий оценивали ультразвуковым исследованием (УЗИ) общих сонных артерий (ОСА) на ультразвуковом сканере MyLab 90 («Esaote», Италия). Измерения проводили с применением технологии анализа радиочастотной (РЧ) составляющей ультразвукового сигнала (radiofrequency, RF), включающей программу RF-QIMT. На 7-9 сутки и через 48 недель терапии оценивали QIMT – ТКИМ (μм). Исследовали уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ).

Результаты:

Исходные показатели липидного обмена в 1-й группе состави-

ли: ОХ – $6 \pm 1,2$ ммоль/л; ЛПНП – $4,1 \pm 1,2$ ммоль/л; ЛПВП – $1,2 \pm 0,3$ ммоль/л; ТГ – $1,3$ (0,7; 2,2) ммоль/л. Через 48 недель лечения отмечалось достоверное снижение ОХ до $3,6 \pm 0,7$ ммоль/л (на 43%; $p < 0,05$); ЛПНП до $2,1$ (1,8; 2,8) ммоль/л (на 50%; $p < 0,05$); В группе сравнения исходные показатели липидного обмена составили: ОХ $5,6$ (5,05; 6,40) ммоль/л; ЛПНП – $3,9$ (3,3; 4,5) ммоль/л; ЛПВП – $1,1$ (0,9; 1,4) ммоль/л; ТГ – $1,3$ (0,8; 1,7) ммоль/л. По окончании терапии наблюдалось достоверное снижение ОХ до $4,1$ (3,7; 4,9) ммоль/л (на 28%; $p < 0,05$); ЛПНП до $2,6$ (2,2; 3,2) ммоль/л (на 24,5%; $p < 0,05$). Показатели ЛПВП и ТГ в обеих группах достоверно не изменились. До начала лечения величина ТКИМ ОСА в первой группе составила $739,9 \pm 154,2$ μм, во второй – $711,1 \pm 141,7$ μм. Через 48 недель терапии выявлено достоверное снижение данного показателя до 639 (541; 743) μм (на 14%; $p < 0,05$) только у пациентов, получавших высокие дозы аторвастатина.

Заключение:

Терапия аторвастатином в дозе 80 мг в сутки более эффективно снижает показатели общего холестерина и липопротеидов низкой плотности у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Кроме того, у данной группы пациентов она позволяет улучшить состояние сонных артерий, достоверно уменьшая толщину комплекса интима-медиа по данным радиочастотного анализа ультразвукового сигнала.

ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Кузнецова Т.Ю., Корнева В.А.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) на показатели артериальной жесткости (АЖ) и центральной гемодинамики у пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС).

Материал и методы:

Оценены показатели АЖ и центральной гемодинамики у 88 пациентов с СГХС, средний возраст $41,95 \pm 1,43$ лет, мужчин 43 (48,9%) и у группы контроля – 68 нормотензивных пациентов с нормальными показателями липидного спектра, средний возраст $37,58 \pm 1,02$, мужчин 21 (30,9%). Критерии исключения: наличие гипоплипидемической, гипотензивной терапии, ИБС, артериальной гипертензии (АГ), возраст младше 18 лет. Оценивались: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), утренний подъем САД (УПСАД), утренний подъем ДАД (УПДАД); пульсовое давление (ПД), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ); СРПВ приведенное — СРПВ, соотнесенное к САД=100 мм рт.ст. и ЧСС 60 уд/мин; индекс ригидности артерий (ASI); время максимального подъема АД (dp/dtmax); AASI (ambulatory artery stiffness index) — амбулаторно измеренный ASI; RWTT (reflected wave transit time) — время распространения отраженной волны; индекс амплификации пульсовой волны (PPA); длительность периода изгнания (ЕД). Показатели оценивались при суточном мониторинговании АД с функцией оценки АЖ (прибор ВPlab «МнСДП-3», ООО «Петр Телегин», технология «Vasotens»). Диагноз СГХС устанавливался по критериям Dutch Lipid Clinic Network. Анализировались ФР: избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м²), курение, пол, возраст, показатели липидного спектра. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Statisticav.10».

Результаты:

Уровень ОХС при СГХС $8,72 \pm 0,17$ ммоль/л, $4,57 \pm 0,09$ ммоль/л в группе контроля, ЛПНП $6,04 \pm 0,15$ ммоль/л и $2,64 \pm 0,10$ ммоль/л, ТГ $1,78 \pm 0,13$ ммоль/л и $1,15 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$). ЛПВП, САД и ДАД достоверно не различались. Показатели жесткости при СГХС в зависимости от веса (сравнение при ИМТ менее и более 25 кг/м^2): СРПВ $8,06 \pm 1,2$ м/с и $7,98 \pm 0,4$ м/с ($p = 0,81$), ED $325,28 \pm 11,3$ мс и $302,67 \pm 13,8$, ($p = 0,038$), PPA привед. $137,07 \pm 11,7\%$ и $132,40 \pm 2,5\%$ ($p = 0,019$). В группе контроля при повышении ИМТ значимо менялось только ПД: $43,47 \pm 17,3$ мм рт. ст. и $46,85 \pm 3,5$ мм рт. ст. ($p = 0,04$). ПД в аорте: $32,80 \pm 3,8$ и $25,35 \pm 3,9$ мм рт. ст. ($p = 0,032$). Зависимость показателей АЖ при СГХС от курения: уровень УПСАД у не куривших $39,35 \pm 3,8$ мм рт. ст., у куривших $53,54 \pm 7,6$ мм рт. ст. ($p = 0,003$); УПДАД $31,24 \pm 3,2$ мм рт. ст. и $39,15 \pm 8,5$ мм рт. ст. ($p = 0,04$); САД в аорте и $109,78 \pm 11,3$ мм рт. ст., у куривших $116,92 \pm 9,7$ мм рт. ст. ($p = 0,04$). ДАД в аорте у куривших $92,33 \pm 8,9$ мм рт. ст. и $73,42 \pm 6,7$ мм рт. ст. ($p = 0,02$); центральное ПД $36,31 \pm 4,5$ мм рт. ст. и $50,67 \pm 4,7$ мм рт. ст. ($p = 0,02$). Подобных изменений у курящих лиц в группе контроля не выявлено. У мужчин с СГХС СРПВ привед. $7,27 \pm 0,4$ м/с, у женщин $6,64 \pm 0,3$ м/с ($p = 0,04$). Подобных изменений в группе контроля не было. ПД у мужчин с СГХС $49,72 \pm 3,4$ мм рт. ст., у женщин $46,56 \pm 4,8$ мм рт. ст. ($p = 0,04$). Аналогично и в группе контроля. У мужчин с СГХС dp/dt_{max} $650,89 \pm 13,6$ мм рт. ст./с, у женщин с СГХС $574,13 \pm 14,9$ мм рт. ст./с ($p = 0,03$); в группе контроля также было значимо выше у мужчин ($653,27 \pm 13,2$ мм рт. ст./с и $587,36 \pm 14,9$ мм рт. ст./с, $p = 0,033$). Значимых различий в группе СГХС и контроля не было. ПД в аорте у мужчин и женщин в группе контроля: $35,31 \pm 1,5$ мм рт. ст. и $32,69 \pm 2,9$ мм рт. ст. ($p = 0,014$). Показатели ASI, AASI, PPA, ED достоверно отличались у мужчин и женщин в группе контроля (у мужчин значимо «хуже»). При СГХС различий этих показателей у мужчин и женщин не было. ASI у женщин с СГХС был выше ($131,74 \pm 8,7$ мм рт. ст. и $129,78 \pm 5,9$ мм рт. ст.). У пациентов с СГХС старше 40 лет значимо увеличивается СРПВ привед. ($7,39 \pm 0,7$ м/с и $6,50 \pm 0,04$ м/с у более молодых, $p = 0,03$). У пациентов старше 60 лет по сравнению с пациентами среднего возраста значимого увеличения СРПВ нет. В целом как у лиц моложе 40 лет, так и у лиц старше 40 лет уровень СРПВ при СГХС выше, чем у пациентов из группы контроля. RWTT также статистически значимо изменялось с возрастом у пациентов с СГХС ($p = 0,007$). Сходные изменения данного показателя с возрастом наблюдались и у пациентов с нормальным липидным составом крови ($p = 0,005$).

Заключение:

У пациентов с СГХС выявлены изменения показателей АЖ, на которые дополнительно влияли такие факторы риска, как курение, мужской пол, возраст и повышение ИМТ.

ВЛИЯНИЕ УСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ В УКРАИНЕ И ПЕРУ

ВАСКЕС А.Х.Э.

ЦЕНТР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ № 1,
г. КИЕВ, УКРАИНА

Введение (цели/ задачи):

Оценка связи факторов риска (ФР) с артериальной гипертензией (АГ) у пациентов двух разных континентов земного шара.

Материал и методы:

Исследованы (2015-2017) 2 популяции пациентов (мужчин и женщин – поровну): одна в г. Киеве (Украина), другая в г. Чим-

боте (Перу). На 1-ом этапе исследования изучалась эффективность физической активности у 40 пациентов-гипертоников (по 20 чел. в каждой стране), независимо от степени АГ и возраста. На 2-ом этапе изучалась впервые выявленная АГ у 56 лиц молодого возраста (от 18 до 40 лет – 34 чел. в г. Киеве и 22 чел. в г. Чимботе). За основу приняты цифры нормального артериального давления (АД = 120/80 мм. рт. ст.), высокого или повышенного (САД ≥ 140 мм. рт.ст. и / или ДАД ≥ 90 мм. рт. ст.), согласно рекомендациям ESH / ESC 2013. Принято во внимание: влияние ФР (в частности гиподинамии) и критерии высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР), связанные с высоким АД. Пациентам с большими ФР и критериями высокого ССР (по шкале SCORE) рекомендовалась физическая активность (ходьба, бег, плавание, гимнастика) с дозированной нагрузкой, а также устранение / минимизация влияния ФР (потребления табака, неправильное питание, прием алкоголя, воздействие отрицательного стресса, лишний вес и высокий уровень холестерина) с учетом вероятных атерогенных факторов. Из исследования были исключены пациенты с СД и заболеваниями почек. У исследуемых пациентов было зафиксировано: уровень АД, индекс массы тела, окружность талии, связь с курением и другими вредными привычками, уровень физической активности и отягощенность анамнеза. Были обобщены качественные переменные в абсолютных и относительных частотах и процентах. В исследовании применялось анкетирование с использованием описательного и наблюдательного метода.

Результаты:

На 1-ом этапе исследования у 40% исследуемой популяции отмечалась АГ 1-й степени без гипотензивного лечения, у остальных членов группы – разная степень АГ на фоне гипотензивного лечения (часто самоназначенного). На фоне рекомендованного устранения ФР наблюдалось постепенное уменьшение АД, начиная с конца первой недели, которое стало более стойко отмечаться в конце первого месяца. Наряду с АД уменьшалась и частота сердечных сокращений. Для 60% с АГ 1-й и 2-й степени уже в конце второй недели была снижена дозировка гипотензивных препаратов, а у 17,5% с характерной выраженной гиподинамией в начале наблюдения – отмечалась тенденция к снижению АД с 3-й и 4-й недели. Средний показатель САД у пациентов стал снижаться, достигая у 8 человек нормальных показателей в конце первого месяца. В ходе исследования не обнаружено значимого изменения ДАД, хотя в целом оно имело тенденцию к снижению или оставалось на том же уровне. На 2-ом этапе исследования у 44,6% исследуемой популяции отмечалась АГ 1-й (22 пац.) и 2-й (3 пац.) степени без гипотензивного лечения, а у остальных членов группы – разная степень (ст.) повышения АД, охарактеризованного как ВСД с гипертензивным синдромом (предгипертензия). Большинство пациентов (32,14%) с АГ 1-й ст. легко реагировали на коррекцию монотерапией (β -адреноблокаторы и АРА II) и / или минимизацией влияния ФР. Пациенты данной группы в основном имели САД выше нормальных показателей, которое имело склонность к снижению спустя 2-3 мес. лечения, напрямую связанного с их отношением к рекомендациям по ФР. У всех пациентов с АГ 1-й и 2-й ст. наблюдалось постепенное уменьшение АД, начиная с конца 1-й недели, которое стало более стойко отмечаться в конце 1-го месяца. Наряду с АД уменьшалась и частота сердечных сокращений, из-за чего в конце второй недели была снижена дозировка гипотензивных препаратов у 14 пациентов (13 пац. с АГ 1-й ст. и у 1-ого с АГ 2-й ст.). В конце наблюдения примерно 50% пациентов с АГ 1-й и 2-й ст. только продолжали применять гипотензивные препараты в минимизированных, индивидуально подобранных/назначенных, дозировках.

Заключение:

В профилактике и лечении АГ важен врачебный контроль пациентов не только из-за опасности осложнений, но и в поисках возможностей наилучших комбинаций лекарств. Определяющим при этом остается серьезное отношение пациента (или его окружения – у людей преклонного возраста) к своему состоянию, к выполнению рекомендаций врача. По мере устранения ФР немедикаментозное лечение обеспечивает более эффективную сократимость сердца, в результате чего и снижается САД с благоприятным прогнозом, а медикаментозное лечение в этих условиях оказывается эффективнее, обеспечивая, прежде всего, реальный контроль АГ.

ВЛИЯНИЕ ФОРМУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НА СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Дронова Т.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Тревога и депрессия приводят к снижению качества жизни (КЖ), усиливают клинические проявления сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Депрессивные состояния (ДС) – независимый фактор риска развития артериальной гипертонии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Фармакоэпидемиологические исследования по лечению расстройств депрессивного спектра (РДС) при соматической патологии демонстрируют ограничительную тактику применения антидепрессантов, особенно у больных пожилого и старческого возраста, при этом недостаточно изучены эффекты базисных лекарственных средств (ЛС) на психический статус пациентов с ССЗ. Цель исследования – оценка влияния формулярной фармакотерапии на показатели КЖ и соматопсихические расстройства у коморбидных больных старших возрастных групп, получающих лечение в условиях кардиологического стационара.

Материал и методы:

Обследовано 105 больных: 34 мужчины (32%) и 71 женщина (68%) в возрасте от 60 до 89 лет (72,9±7,4 лет), страдающих эссенциальной АГ с ассоциированными клиническими состояниями: ИБС и ХСН. Проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение по формулярной системе (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты ангиотензиновых рецепторов, диуретики, антагонисты кальция, бета-блокаторы, антиагреганты, статины, кардиопротекторы). Пациенты в день госпитализации и выписки оценивали состояние с использованием визуальной аналоговой шкалы (Visual Analogue Scale – VAS), краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (The center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D), Миннесотского опросника КЖ больных с ХСН (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MLHFQ) и общего опросника оценки КЖ (Short Form Medical Outcomes Study – SF-36). Оценка коморбидности проводилась по системе CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) и индексу коморбидности Чарльсона.

Результаты:

Больные имели 3 степень АГ и высокие показатели коморбидности (индекс Чарльсона=15,5±1,6; показатель коморбидности

по системе CIRS-G=31,1±2,7). Рациональная комбинированная терапия привела к достижению 1 степени АГ у 40% больных и целевому уровню у 60% пациентов; уменьшению выраженности клинических симптомов по VAS. До лечения нормальные показатели HADS выявлены у 7 больных (6,7%), субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии – у 3 пациентов (2,8%), клинически выраженное состояние – у 95 больных (90,5%). После стационарного лечения у 39 больных (37%) не выявлено отклонений от нормы, субклинические изменения – у 42 пациентов (40%), выраженные клинические проявления тревоги/депрессии – у 24 больных (23%). Обследование по шкале CES D демонстрирует положительную динамику: при поступлении РДС у 27 (26%) больных, выраженное ДС – у 31 (30%) пациентов; при выписке РДС – у 3 (3%) больных, выраженных ДС не установлено. Анализ опросника MLHFQ выявил в 2,8 раза улучшение КЖ на фоне терапии. Профиль КЖ по данным SF-36 существенно улучшился по 6 из 8 показателей: физическое функционирование (P=2,208E-08), ролевое физическое функционирование (P=1,3E-19), ролевое эмоциональное функционирование (P=4,715E-13), жизнеспособность (P=0,035), боль (P=4,908E-10), общее здоровье (P=8,781E-5). Значения MMSE до лечения составили 27,5±1,2 баллов, после лечения – 28,1±0,8 баллов (P<0,05). Для оценки зависимости полученных результатов от возраста и функционального состояния организма выявленные изменения показателей КЖ на фоне терапии разделили по методу диады средних. Проведенная кластеризация выявила достоверные различия уровней общего холестерина (P=0,0229), липопротеинов низкой плотности (P=0,006), показателей скорости клубочковой фильтрации (P=0,0398).

Заключение:

Комбинированная рациональная фармакотерапия с использованием основных болезнью-модифицирующих препаратов в условиях кардиологического стационара приводит к достоверному нивелированию соматопсихических нарушений и улучшению КЖ коморбидных больных старших возрастных групп без назначения транквилизаторов и антидепрессантов. Снижение функции почек и дислипидемия оказывают влияние на выраженность изменений показателей КЖ.

ВЛИЯНИЕ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

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

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава

России, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние различных вариантов назначения в течение суток комбинации антигипертензивных препаратов на показатели ригидности сосудистой стенки и центрального аортального давления (ЦАД) у больных артериальной гипертонией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы:

Обследовано 118 пациентов с АГ (медиана возраста 64 года), перенесших ИИ в ближайшие 4 недели. Все пациенты рандомизированы в 2 группы в зависимости от варианта терапии: 1 группа (n=60) – больные, получавшие индапамид ретард 1,5 мг и валсартан 160 мг утром; 2 группа (n=58) – индапамид ретард 1,5 мг утром и валсартан 160 мг вечером. Исходно и через 12 месяцев лечения проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса

BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия). Определялись время распространения отраженной волны (RWTT, мс), RWTT, приведенное к систолическому АД (САД) равному 100 мм.рт.ст. и частоте сердечных сокращений (ЧСС) равной 60 уд./мин. (RWTT пр., мс), оценочная скорость пульсовой волны в аорте (PWVao, м/с), PWVao, приведенная к САД = 100 мм.рт.ст. и ЧСС = 60 уд./мин. (PWVao пр., м/с), индекс аугментации, приведенный к ЧСС = 75 ударов в минуту (Alx пр., %), а также систолическое аортальное давление (САДао, мм.рт.ст.), диастолическое аортальное давление (ДАДао, мм.рт.ст.), среднее пульсовое давление в аорте (ПАДао, мм.рт.ст.), индекс аугментации в аорте (Alxao, %). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты:

Через 12 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии отмечалось достижение целевого уровня АД (<140/90 мм.рт.ст.) у 47 человек (78%) в 1 группе и 48 (83%) - во 2 ($p > 0,05$). В обеих группах больных АГ, перенесших ИИ, по данным СМАД через 12 месяцев хронофармакотерапии наблюдалась положительная динамика основных показателей ригидности сосудистой стенки, включая ЦАД ($p < 0,05$). В то же время выраженность позитивных изменений в двух группах оказалась неравнозначной. Так, в 1 группе пациентов на фоне лечения показатели RWTT и RWTTпр. увеличились на 1,8% и 5,4% соответственно, а во 2 группе значения RWTT и RWTT пр. возросли на 14,4% и 13% соответственно, что оказалось достоверно больше, чем в 1 группе ($p < 0,05$). Кроме того, во 2 группе показатели PWVao, PWVao пр. уменьшились достоверно в большей степени, чем в 1 группе: на 23,3% и 4,9%, 11% и 4% соответственно ($p < 0,05$). Изменение показателя Alx пр. в 1 группе составило 9,1%, а во 2 – 11,1%, различия между группами оказались недостоверными. Применение индапамида ретард утром и валсартана вечером по сравнению с назначением обоих препаратов в утренние часы оказалось более эффективным и в отношении регресса основных параметров ЦАД: САДао (-14% против -3,7%), ДАДао (-13% против -1,8%), ПАДао (-18,8% против -4,9%), Alxao (-26,6% против -2,9%) ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, применение обоих вариантов назначения комбинированной антигипертензивной терапии в течение суток у пациентов с АГ, перенесших ИИ, не только обеспечивало достижение целевого уровня АД, но и способствовало значительному улучшению основных показателей жесткости сосудистой стенки, а также ЦАД. Однако вечерний прием валсартана в комбинации с утренним приемом индапамида ретард способствовал более выраженному уменьшению ригидности сосудистой стенки и ЦАД, чем однократный прием обоих этих препаратов только в утренние часы.

ВЛИЯНИЕ ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЦЕНТРАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Хамидуллаева Г.А., Хафизова Л.Ш., Абдуллаева Г.Д.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить антигипертензивную эффективность и влияние на центральное артериальное давление (АД) и артериальную жесткость шестимесячной комбинированной терапии индапамидом,

периндоприлом и амлодипином у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включены 36 больных АГ в среднем возрасте $54 \pm 9,8$ лет. Всем больным измерялось офисное систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) по методу Короткова, центральное САД, ДАД, пульсовое АД и скорость пульсовой волны (СВП) определяли с помощью системы «SphygmoCor». О жесткости артерий судили по показателю $\text{СВП} > 10$ м/с. Всем больным назначался периндоприл 5 мг, индапамид 2,5 мг и амлодипин 5 мг в начальной дозе. Антигипертензивную вазопротективную эффективность комбинированной терапии оценивали по динамике офисного АД, центрального АД и СВП. Результаты указаны в $M \pm SD$.

Результаты:

На фоне 6 месячной комбинированной терапии отмечено высокодостоверное снижение офисного АД и центрального аортального АД, при этом центральное систолическое АД снизилось с $162,94 \pm 24,4$ мм рт.ст. до $136,78 \pm 13,35$ мм рт.ст. ($p = 0,0001$), центральное диастолическое АД с $95,85 \pm 14,4$ мм рт.ст. до $86,5 \pm 9,01$ мм рт.ст. ($p = 0,006$). Достоверное снижение центрального пульсового АД (ЦПАД) и нормализация СВП характеризовало вазопротективную эффективность препарата и улучшение податливости артерий (ЦПАД с $65,6 \pm 22,6$ мм рт.ст. до $50,43 \pm 13,3$ мм рт.ст., $p = 0,005$; СВП с $11,18 \pm 2,78$ м/с до $9,55 \pm 2,12$ м/с, $p = 0,023$).

Заключение:

Длительная комбинированная терапия больных АГ периндоприлом, индапамидом и амлодипином терапия показала высокую антигипертензивную эффективность с достоверным улучшением центральной гемодинамики и снижением жесткости артерий по динамике СВП.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ЗОН ЗАПЯСТЬЯ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Кочан Т.И.¹, Берсенев Е.Ю.², Гуров А.А.³, Бойко Е.Р.¹

¹ Институт физиологии Коми НЦ УРО РАН, г. Сыктывкар,

² ГНЦ РФ – ИМБП РАН, г. Москва,

³ ГК «ИнФерум», г. Екатеринбург, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время все больше возрастает интерес к методам поддержания уровня здоровья без лекарственных препаратов, которые зачастую оказывают на организм больше побочных, чем прямых эффектов. В этом плане особое внимание привлекает использование аппарата INFERUM (ABP-051), модулирующего слабые электрические токи, которые способствуют нормализации работы сердечно-сосудистой системы. Зоны для воздействия выбраны на основе многолетних исследований и положительных эффектов воздействия путем иглокалывания или чрескожной электронейростимуляции (ЧЭНС) зон традиционно применяемыми врачами в Юго-Восточной Азии. Зоны, обозначаемые в англоязычной (франкоязычной, в скобках) транскрипции точками РС-6 (МС-6) и НТ-5 (ТЕ-5) являются наиболее доступными для самостоятельной коррекции артериального давления (АД), а специально подобранные режимы частоты, силы тока электронейростимуляции и длительность процедуры не вызывают резких, критических изменений АД, но обеспечивают достаточно продолжительный (от 1,5 до 2 часов) эффект снижения систолического АД, что подтверждено проведенными ранее собственными исследованиями и данными литературы. Целью данного исследования являлось изучение

влияния ЧЭНС аппаратом INFERUM (ABP-051) зон запястья на АД человека. Основные задачи эксперимента сконцентрированы на определении возможности нелекарственной коррекции АД у лиц, страдающих стойким его повышением, а также у людей с нормальным и пониженным АД.

Материал и методы:

Испытуемые (n=10) - сотрудники Института физиологии (Сыктывкар, 62° с.ш.) в возрасте 47-78 лет с индексом массы тела 22-33 кг/м² были разделены на три группы: 1 - гипертоники (n=4, 62-78 лет, ИМТ 22-33 кг/м²), 2 - гипотоники (n=3, 47-58 лет, ИМТ 23-28 кг/м²) и 3 - нормотоники (n=3, 51-66 лет, ИМТ 24-31 кг/м²). Измерения АД и ЧСС проводили до и после электростимуляции (в обоих случаях трехкратно с определением средних значений) в осенне-зимний период (с 17 октября по 16 ноября). Исследование проводили после ознакомления сотрудников с действием аппарата, с противопоказаниями к его применению и с письменного согласия испытуемых. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ «Биостат». Достоверность разницы средних величин рассчитывали по t- критерию Стьюдента.

Результаты:

В 1-ой группе испытуемых (n=225 – общее количество сеансов) при воздействии в течение 6 мин на зону МС-6, расположенную на внутренней стороне запястья левой руки, выявлен положительный эффект. Улучшение самочувствия у гипертоников выражалось в достоверном снижении САД (от 142 до 133 мм рт.ст., p<0,05), тенденции к уменьшению ДАД (на 3,6%) и ЧСС (на 2,6%). В группе гипотоников при электростимуляции зоны запястья ТЕ-5 с внешней стороны в течение 9 мин значения САД и ДАД оставались на том же уровне, что и до воздействия, а частота пульса, наоборот, проявляла тенденцию к увеличению (на 2,7%). В третьей группе, у людей с варьированием АД в пределах нормы, при проведении сеансов ЧЭНС на зону МС-6, также не отмечено достоверных изменений физиологических показателей.

Заключение:

1. Полученные данные позволяют положительно оценить использование метода чрескожной электронейростимуляции зоны МС-6 аппаратом АВР-051 для коррекции АД при гипертонической болезни и подчеркнуть необходимость дальнейшего более масштабного и детального изучения этого метода физиотерапевтического воздействия на организм человека.

2. Электростимуляция зоны ТЕ-5 у людей с пониженным и нормальным АД не вызывает существенных изменений тонуса сосудов. У гипотоников электронейростимуляция сопровождается положительным хронотропным эффектом.

ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕТОДА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОБУЧЕНИЕ В ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

IKROMOV H.S., TURG'UNOVA M.U.

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценка влияния различных подходов психофизической реабилитации на качество жизни, клинико-инструментальные показатели и прогноз у пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы:

Всего в настоящее исследование включены 80 пациентов с перенесенным ИМ, разделенные на 4 группы: I группа (n=40)

— пациенты со II функциональным классом (ФК) стабильной стенокардии напряжения (ССН). II группа (n=25) — пациенты с III ФК ССН. III группа (n=8) — пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I ФК. IV группа (n=7) пациенты с ХСН II ФК. На втором этапе методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1 подгруппа) и основных (2 подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клиникоинструментальным критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое). Все больные получали стандартную фармакотерапию, составляющую основу медикаментозной реабилитации, рекомендованную научным обществом кардиологов, включающую антиагреганты, статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, β-блокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона, блокаторы кальциевых каналов. Индивидуальная и групповые формы физической реабилитации основывались на рекомендациях ВОЗ. В основных группах в течение года проводили индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. Занятия были построены в форме активного не директивного консультирования (обсуждение проблем пациента, его самочувствия, влияния на него физических нагрузок, проводимой лекарственной терапии и дача на основе полученных данных рекомендаций медикаментозного, социального и психологического характера). Все пациенты заполняли дневник, где ежедневно отмечали вес, АД, ЧСС, регулярность приема препаратов и время занятий физическими упражнениями. Для поддержания постоянного контакта больной получал номер телефона врача. Плановый телефонный контакт, между врачом и пациентом для отчета о его самочувствии, осуществлялся между занятиями на протяжении всего периода наблюдения. В дальнейшем при отсутствии изменений в состоянии больного плановый телефонный контакт проводился один раз в две недели. Повторные индивидуальные занятия и контроль приверженности к терапии осуществлялся ежемесячно на приеме у врача. На начальном этапе проведения реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники организовывалось обучение членов семьи пациента (1 занятие на амбулаторном этапе) с выдачей печатного методического руководства, содержащего информацию о заболевании, навыках самоконтроля и рекомендации по диете, физической активности и образу жизни. Создавалась лично и семейно-ориентированная система мотивации для вторичной профилактики болезней пациента, первичной профилактики для членов семьи. При работе с пациентами учитывались психологические и социальные параметры (уровень жизни, образованности, сфера деятельности, семейное положение).

Результаты:

В соответствии с критериями доказательной медицины продемонстрировано, что реабилитационная программа, основанная на применении индивидуальной методики обучения, эффективнее по сравнению с групповым методом обучения. По сравнению с использованием групповой методики обучения, индивидуальный подход в программе психофизической реабилитации позволяет избежать возможных неблагоприятных исходов у каждого третьего пациента с ССН II ФК и каждого четвертого пациента с ССН III ФК; у каждого второго-третьего пациента с ХСН I ФК и каждого третьего-четвертого пациента с ХСН II ФК. О значительной эффективности вмешательства с индивидуальным методом обучения свидетельствует снижение относительного риска более чем на 25%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 во всех основных подгруппах боль-

ных с перенесенным ИМ. Применение индивидуальной методики обучения в программе психофизической реабилитации у пациентов с перенесенным ИМ позволяет предотвратить каждый четвертый неблагоприятный исход, связанный с применением группового метода обучения.

Заключение:

Психофизическая реабилитация больных, перенесших ИМ, основанная на индивидуальном методе обучения приводит в течение года к более выраженному, по сравнению групповым методом обучения, снижению концентрации мозгового натрий-уретического пептида ($p < 0,05$) повышению фракции выброса левого желудочка ($p < 0,05$), уменьшению конечного диастолического размера левого желудочка ($p < 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО-АССОЦИИРОВАННОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Повереннова И.Е.
ФГБОУ ВО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Минздрава России, г. САМАРА, Россия

Введение (цели/ задачи):

Высокая вариабельность и негативный суточный профиль артериального давления (АД) на сегодняшний день рассматриваются как независимые факторы риска развития острой коронарной и цереброваскулярной патологии. Цель исследования: изучить возможность коррекции тревожно-ассоциированной вариабельности артериального давления (АД) у пациентов фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ).

Материал и методы:

Многоцентровое проспективное исследование проводилось на базе четырех городских поликлиник г. Самары в период с 30.03.2016 по 30.07.2017. Включено 125 больных (в возрасте $68,5 \pm 5,7$ лет, из них 79 (63,2%) женщины) с ФП, перенесших КЭИ, рандомизированных методом конвертов на две группы: в 1-й группе (основной, $n=63$) пациенты получали антигипертензивные препараты и анксиолитик, во 2-й группе (сравнения, $n=62$) - только антигипертензивные препараты. Длительность наблюдения представлена тремя визитами (V): V1 - начало исследования, V2 - через 2 недели, V3 - через 6 недель. Эффективность оценивали через 6 недель по динамике показателей реактивной тревоги (РТ), личностной тревоги (ЛТ) во взаимосвязи с параметрами суточного мониторинга АД по Холтеру.

Результаты:

В 1-й группе отмечено статистически значимое улучшение показателей ЛТ и РТ по тесту «Шкала самооценки уровня тревоги» (по Ч.Д. Спилбергеру, Ю.Л. Ханину) на через 2 и 6 недель на фоне приема анксиолитика. Эффективность противотревожной терапии подтвердилась нормализацией суточного профиля АД, нами отмечены высокозначимые корреляционные взаимосвязи между всеми показателями суточного профиля АД и снижением РТ и ЛТ: средним САД ($r=0,49$; $p=0,0026$), средним САД днем ($r=0,38$; $p=0,0015$), средним САД ночью ($r=0,41$; $p=0,006$), средним ДАД ($r=0,32$; $p=0,029$), средним ДАД днем ($r=0,37$; $p=0,005$), средним ДАД ночью ($r=0,39$; $p=0,0054$), а так же параметрами вариабельности АД - вариабельность САД днем ($r=0,45$; $p=0,0078$), вариабельность САД ночью ($r=0,46$; $p=0,0022$), вариабельность ДАД днем ($r=0,34$; $p=0,028$), вариабельность ДАД ночью ($r=0,36$; $p=0,017$). Отдельно следует отметить увеличение степени ночного снижения САД и ДАД во

взаимосвязи с улучшением аффективного профиля пациентов в части уменьшения тревожных состояний. На V3 отмечены высокозначимые корреляционные взаимосвязи между: снижением РТ и степенью ночного снижения САД ($r=0,51$; $p=0,0029$) и ДАД ($r=0,48$; $p=0,0073$); снижением ЛТ и степенью ночного снижения САД ($r=0,45$; $p=0,036$) и ДАД ($r=0,41$; $p=0,0018$).

Заключение:

У пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших КЭИ, имеет место высокая вариабельность АД, ассоциированная с повышением показателей личностной и реактивной тревожности. Включение анксиолитиков в схемы фармакотерапии позволяет снизить уровни ЛТ и РТ и нормализовать суточный профиль АД.

ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ)

ТАРАНЦОВА А.В.

Областной Центр здоровья, поликлиника №10,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Согласно возрастной периодизации ВОЗ выделяют лиц молодого (18-44 года), среднего (45-59 лет), пожилого (60-74 года), старческого (75-90 лет) возраста и долгожителей (старше 90 лет). Известно, что к пожилому возрасту количество имеющих хронических заболеваний увеличивается до 5-7 нозологий. Но среди всех хронических неинфекционных социально значимых заболеваний (ХНИЗ) болезни системы кровообращения (БСК) остаются ведущей причиной смертности россиян. Цель работы: изучить и провести сравнительный анализ распространенности факторов риска (ФР) ХНИЗ и БСК в зависимости от возраста у лиц, обратившихся в Центр здоровья.

Материал и методы:

Обследованы и проанализированы «Карты центра здоровья» 180 лиц 18-84 лет, обратившихся в Ростовский Областной Центр здоровья (РОЦЗ) в январе-апреле 2017 г. Из них 14,4% мужчин и 85,6% женщин; молодых (по ВОЗ) - 34,4%, лиц среднего возраста - 28,3%, пожилых - 30%, старческого возраста - 7,2%. Методы клинко-эпидемиологического исследования включали: анкетирование, антропометрию, обследование на АПК ООО НПП «Монитор», биоимпедансметрию, экспресс-анализ уровня общего холестерина и глюкозы, математико-статистические методы обработки данных. Оценивались: уровень АД, выявленные отклонения на ЭКГ, дислипидемия, гипергликемия, изменение индекса массы тела (ИМТ), курение, суммарное количество выявленных ФР ХНИЗ и БСК.

Результаты:

У 99,4% обследованных были выявлены оцениваемые ФР ХНИЗ и БСК. Артериальная гипертензия (АГ) преобладала у лиц старческого (84,6%), пожилого (68,5%), среднего (41,2%) возраста, но была также отмечена и у 16,1% молодых людей (до 45 лет). Артериальная гипотония (АГип) характерна для молодых (64,5%), меньше - для среднего возраста (11,8%), но отмечалась и у пожилых (1,9%). Изменения на ЭКГ (блокады, аритмии, ГЛЖ) отмечены у 61,5% стариков, у 37% пожилых, у 19,4% молодых и у 13,7% лиц среднего возраста. Дислипидемия и гипергликемия встречались соответственно у 85,2% и у 59,3% пожилых, у 76,5% и у 56,8% лиц среднего, у 69,2% и у 46,2% старческого, у 37,1% и у 22,6% молодого возраста. Предожирение примерно одинаково распространено в среднем (39,2%), пожилом (33,3%), старческом (30,8%) возрастах, реже (12,9%)

- у молодежи. Ожирение же более выражено в пожилом (48,1%) и старческом (38,5%) возрасте, реже в среднем (21,6%) и молодом (11,3%). Дефицит массы тела отмечен только у 11,3% молодежи. Курение заметно уменьшается с возрастом: у 11,3% молодежи, у 9,8% среднего и у 9,3% пожилого возраста. А количество имеющихся ФР с возрастом увеличивается: 1 ФР - у 20,9% молодежи; 2 ФР - у 45,2% молодежи, у 11,1% пожилых, у 3,9% среднего возраста; 3 ФР - у 46,2% стариков, у 31,4% среднего, у 27,8% пожилого и у 12,9% молодого возраста; более 3-х ФР - у 46,3% пожилых, у 38,5% стариков, у 23,5% среднего и у 9,8% молодого возраста. Каждому из обследованных мною (врачом-терапевтом РОЦЗ) проведено индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по ФР и разработан персонализированный план коррекции выявленных ХНИЗ (включая медикаментозные и немедикаментозные мероприятия) с учетом возраста.

Заключение:

Таким образом, нельзя однозначно сказать, что распространенность всех оцениваемых ФР равномерно увеличивается с возрастом. Для каждой возрастной группы заметно и специфично преобладание отдельных ФР ХНИЗ и БСК. «Портреты пациентов» в зависимости от возраста выглядят так: молодой возраст (18-44 года) - АГип (64,5%), дислипидемия (37,1%), гипергликемия (22,6%), 2 ФР (45,2%); средний возраст (45-59 лет) - дислипидемия (76,5%), гипергликемия (56,8%), АГ (41,2%), предожирение (39,2%), 3 ФР (31,4%), более 3-х ФР (23,5%); пожилой возраст (60-74 года) - дислипидемия (85,2%), АГ (68,5%), гипергликемия (59,3%), ожирение (48,1%), более 3 ФР (46,3%), 3 ФР (27,8%); старческий возраст (75-90 лет) - АГ (84,6%), дислипидемия (69,2%), ЭКГ-изменения (46,2%), гипергликемия (46,2%), 3 ФР (46,2%), более 3 ФР (38,5%). Профилактику ХНИЗ и БСК каждому необходимо начинать в молодом, а акцентировать - в среднем (трудоспособном) возрасте, чтобы снизить сердечно-сосудистый риск в пожилом и более старшем возрасте.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава
России, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выявить возрастные особенности показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) при эссенциальной артериальной гипертензии (АГ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы:

СМАД проведено 74 пациентам с АГ в ассоциации с СД 2, которых рандомизировали по возрасту: группу пожилых больных составили 34 человека (средний возраст $70,9 \pm 1,9$ лет), в группу сравнения вошли 40 пациентов зрелого возраста (средний возраст $55,5 \pm 4,3$ лет). Исследуемые группы были сопоставимы по длительности АГ и СД 2, при этом длительность АГ значительно преобладала над длительностью СД 2. Больные с вторичными формами АГ, а также с декомпенсацией СД 2 из исследования исключались. СМАД проводили с помощью системы «Кардиотехника-4000АД» («ИНКАРТ», Россия) в течение 24 часов, на «чистом» фоне. Использовали стандартный режим мониторинга, периоды дня и ночи устанавливали

индивидуально для каждого пациента с учетом дневниковых записей. Из расчетных параметров учитывали средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового АД (ПАД) за сутки, день и ночь, для оценки суточного профиля АД вычисляли суточный индекс САД и ДАД. Вариабельность САД и ДАД оценивали в дневные и ночные часы. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ STATISTICA 10.0.

Результаты:

При анализе средних показателей СМАД было установлено, что среднесуточное ($77,8 \pm 9,5$ мм рт.ст.) и среднедневное ДАД ($78,5 \pm 10,3$ мм рт.ст.) было достоверно ниже у больных пожилого возраста в сравнении со зрелыми пациентами с АГ и СД 2 ($83,1 \pm 7,6$ и $85,2 \pm 8,1$ мм рт.ст. соответственно). При этом у пожилых больных регистрировались достоверно высокие цифры ПАД в дневные ($62,9 \pm 12,0$ мм рт.ст.) и ночные часы ($64,9 \pm 14,7$ мм рт.ст.) в сравнении с пациентами зрелого возраста ($p < 0,05$), что является мощным независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений. При изучении вариабельности АД были установлены достоверно низкие показатели ночной вариабельности САД ($p < 0,01$) и дневной вариабельности ДАД ($p < 0,05$) у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией в сравнении с больными зрелого возраста, что может свидетельствовать о ригидном состоянии гемодинамики у данной категории больных. При анализе суточного профиля АД было установлено преобладание нарушенного суточного ритма АД у больных пожилого возраста. В структуре данных нарушений у пожилых больных ассоциированной патологией достоверно преобладал «night-peaker»-тип (ночное повышение АД) в сравнении с больными зрелого возраста (соответственно - 52,9 и 17,5% для САД и 47,5 и 12,5% для ДАД, $p < 0,001$).

Заключение:

Возрастными особенностями показателей СМАД у больных АГ в ассоциации с СД 2 типа являются высокие цифры ПАД в дневные и ночные часы, преобладание нарушенного суточного ритма АД («night-peaker»-тип для САД и ДАД), а также низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД. Выявленные возрастные особенности отражают наличие высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и ригидности состояния гемодинамики у пожилых больных ассоциированной патологией и должны учитываться не только при подборе антигипертензивной терапии, но и для оценки ее эффективности в ходе динамического наблюдения за пациентами пожилого возраста.

ВОПРОСЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АГ И ХОБЛ

Невзорова В.А., Захарчук Н.В., Голотина О.В.,
Бродская Т.А., Кондрашова Е.А.

Тихоокеанский государственный медицинский
университет, г. Владивосток, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выяснить состояние органов-мишеней при коморбидности АГ и ХОБЛ и возможности снижения сердечно-сосудистого риска. Задачи исследования. 1. Определить состояние сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов ХОБЛ и АГ согласно шкале SCORE. 2. Выяснить состояние показателя толщины интимы/медия (ТКИМ) и наличия атеросклеротических бляшек у пациентов ХОБЛ с наличием или отсутствием АГ. 3. Определить показатели систолической, диастолической дисфункции правого и левого желудочка (ПЖ и ЛЖ) при АГ и ХОБЛ, давление в легочной артерии (ЛА).

4. Установить состояние глобальной систолической функции левого желудочка методом speckle tracking эхокардиографии.

Материал и методы:

Обследовано 103 пациента с ХОБЛ, у 49 из которых установлена АГ I-II степени. Проведено традиционное обследование с дополнительным ультразвуковым дуплексным сканированием сонных артерий на приборе «MyLab 50» Esaote (Италия), а также трансторакальная эхокардиография с цветным доплеровским картированием на аппарате Philips IE 33, HDI 5000-02 (США) датчиком 3,5 мГц с использованием импульсно-волновой и непрерывно-волновой доплерографии с применением парастернального доступа по Тейхольцу, speckle tracking эхокардиография с оценкой глобальной систолической функции ЛЖ на приборе «Vivid E9» GE (США) секторным датчиком M5S с частотой 1,5- 4,6 мГц. Результаты обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 10». Использованы критерии Шапиро-Уилка. Количественные переменные представлены в виде M (95% ДИ: M-t0,05m; M+t0,05m) с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -тест. Анализ значимости вклада каждого фактора риска проводился на основании критерия χ^2 с расчетом величины относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ). Корреляционные связи оценены с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Установлена разнонаправленная динамика ИМТ и абдоминального ожирения у пациентов ХОБЛ в зависимости от степени снижения ОФВ1. Наименьший ИМТ отмечен при GOLD IV, в этой же группе зарегистрировано наименьшее число пациентов с избыточной массой тела (22,2%). Превышение содержания ЛПНП более 3 ммоль/л зарегистрировано у 40% лиц группы контроля, 66,7% при GOLD I и у всех пациентов с GOLD IV. АГ I – II степени установлена более, чем у половины пациентов при GOLD II – III и у 100% пациентов при GOLD IV. При GOLD I преобладают пациенты с ХОБЛ, очень высокий риск отмечен у 3-х пациентов или у 16,7%. При GOLD II пациенты с низким, умеренным, высоким и очень высоким ССР встречаются практически с одинаковой частотой. При GOLD III наибольшее число пациентов (42,8%) имеют высокий ССР. При GOLD IV напротив преобладающим оказался умеренный ССР, который согласно расчетам SCORE установлен в 44,5% случаев, низкий риск не был выявлен ни в одном случае. Число пациентов, имеющих увеличение ТКИМ выше рекомендованных значений и число документированных атеросклеротических бляшек зависят от степени снижения пост-бронходилатационного ОФВ1 и соответственно степени GOLD. Так при GOLD I-II частота встречаемости увеличения ТКИМ установлена у 66,7% пациентов, а при GOLD III-IV у всех пациентов независимо степени ССР согласно шкале SCORE. При оценке размеров и насосной функции ПЖ и ЛЖ установлены изменения размеров и снижение насосной функции, которые зависели только от степени GOLD и не зависели от наличия или отсутствия АГ. При этом ни в одном случае не установлено изменение показателей размеров ПЖ и ЛЖ больше референсных значений и снижение ФВ ниже 50%. Показатели позднего наполнения ПЖ и ЛЖ (пик А) были достоверно выше, чем в контроле, не зависели от степени GOLD и были достоверно выше у пациентов с АГ. Соотношение потоков E/A ниже 1 установлено при GOLD IV в сочетании с АГ. Повышение систолического и среднего давления в ЛА установлено только при GOLD IV, с наличием ЛАГ не более 1 степени. Установлена сильная отрицательная корреляционная связь между значениями ОФВ1 и степенью ЛАГ (данные ср. ДЛА) - $r = -0,78 \pm 0,09$, $p < 0,0001$. Выявлено наличие

прямой тесной связи между значениями СрДЛА и проявлением диастолической дисфункции ПЖ, оцененной по показателям соотношения E/A трансатрикуспидального потока - $0,69 \pm 0,09$, $p < 0,00001$. В результате проведенного расчета получены тесные корреляционные связи обратного и прямого характера между показателями Ср. ДЛА и PaO2 ($r = -0,57 \pm 0,09$, $p = 0,002$) и PaCO2 ($r = 0,65 \pm 0,01$, $p = 0,0004$) в обеих группах обследованных. Для оценки наличия признаков деформации миокарда проведена speckle tracking эхокардиография с оценкой глобальной систолической функции левого желудочка. Установлено наличие снижения глобальной систолической функции ЛЖ при GOLD III и GOLD IV в сочетании с АГ, что требует детализации анализа strain с оценкой его состояния в различных отделах ЛЖ с переоценкой сердечно-сосудистого риска и при необходимости проведения инвазивной коронароангиографии с целью верификации ИБС.

Заключение:

Помимо традиционной оценки ССР при сочетании ХОБЛ и АГ необходима индивидуализация его оценки с использованием углубленных методов визуализации состояния органов-мишеней.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ФАКТОРОВ РИСКА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Бритов А.Н.¹, Тюпаева С.А.², Елисеева Н.А.¹,
Мешков А.Н.¹, Деев А.Д.¹

¹НМИЦПМ Минздрава России, г. Москва,

²МСЧ №170 ФМБА, г. Королев, Россия

Введение (цели/ задачи):

Своевременное выявление артериальной гипертонии (АГ) и ее эффективный контроль – первоочередная задача врача первого контакта, в том числе цехового. С целью анализа заболеваемости АГ и дальнейшей организации профилактической деятельности цеховых терапевтов на участках на базе крупного машиностроительного завода выполнялась «Программа формирования здорового образа жизни и профилактики ХНИЗ».

Материал и методы:

Изучались сведения о профессии, должности, стаже работы, профессионально-производственных факторах, осведомленности о наличии АГ. Проводилось измерение офисного (клинического) АД, СМАД, ЭХОКГ. В исследование включены мужчины (586 чел.) в возрасте 20-65 лет, непосредственно занятые на работах, выполняемых на механическом оборудовании, в условиях производственного шума, общей вибрации, локальной вибрации, электромагнитного поля широкополосного спектра частот от ПВЭМ (в сумме не менее 50% рабочего времени), а также работах на высоте и с химическими агентами с производственным стажем на предприятии более 5 лет.

Результаты:

По данным офисного измерения АД 35,2% человек имели АГ, а по результатам СМАД выявлено 47,5% лиц с АГ. Получена достоверная связь АГ с компонентами метаболического синдрома (масса тела, окружность талии, уровень глюкозы, триглицеридов, ИМТ) при $p < 0,001$, чем у лиц без АГ, а также с гипертрофией миокарда левого желудочка сердца по данным эхокардиографии ($p < 0,001$), с хронической венозной недостаточностью ($p < 0,05$) и ангиопатией сетчатки ($p < 0,04$). Производственно- профессиональные факторы (ППФ) чаще встречались в группе работников с повышенным офисным АД (31,9% против 23,2% при $p < 0,04$). При анализе их влияния на показатели здоровья следует отметить, что само по себе наличие ППФ являлось критерием направления работника на периодический медицинский осмотр.

При исключении из анализа лиц с метаболическим синдромом (кроме АГ) получена достоверная связь АГ (обратная) с высшим образованием ($p < 0,001$), с работой на ПВЭМ ($p < 0,05$), со снижением слуха ($p < 0,05$), с химическими факторами ($p < 0,07$), с наличием утолщения КИМ более 0,9 мм ($p < 0,008$), с наличием ППФ (без учета работы на ПВЭМ ($p < 0,06$)). Современное производство характеризуется сочетанием различных ППФ, которые могут оказывать негативное влияние на работника при соответствующих условиях. Наше исследование касалось когорты лиц, работающих в условиях высокоорганизованного современного бесконвейерного производства, что само по себе уменьшает риск развития сердечнососудистых заболеваний.

Заключение:

Таким образом, периодические медицинские осмотры должны стать рутинным методом выявления хронических неинфекционных заболеваний трудоспособного населения.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ФАКТОРА РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ В ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Заковряшина И.Н.¹, Шлык С.В.¹, Хаишева Л.А.¹, Самакаев А.С.², Согакова Г.А.², Суроедов В.А.¹, Самохина Л.Ю.³, Гарина И.А.¹

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,

²МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»,

³ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить распространенность артериальной гипертензии, как фактора риска сердечно - сосудистых заболеваний, у пациентов с ОИМ, поступивших в больницу скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону по поводу индексного события.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие пациенты от 30 до 70 лет (экономически активный возраст), экстренно госпитализированные по поводу ОИМ, не включались пациенты с повторным ОИМ. Диагноз ОИМ ставился согласно критериям клинических рекомендаций «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST» 2013г. Согласно критериям включения и исключения после получения информированного согласия в исследование был включен 81 человек. Мужчин - 62 человека (76,5%), женщин - 19 (23,5%) ($p < 0,05$). Средний возраст исследуемых мужчин 59,9 лет, женщин 61,7 лет ($p = 0,41$, ДИ [2,97-9,40]). Информация была получена из истории болезни путем выкопировки данных (первичный диагноз, пол, возраст, анамнез заболевания). Во время пребывания в стационаре все пациенты были проанкетированы по социально-демографическим вопросам, для этого ФГБУ «Национальным медицинским исследовательским центром профилактической медицины» Минздрава России была специально разработана анкета.

Результаты:

Все включенные женщины и 79% (49) мужчин страдали гипертонической болезнью ($p < 0,05$). О наличии гипертонической болезни указали только 87,5% пациентов. Из всех больных, нуждающихся в лечении артериальной гипертензии (АГ), необходимую лекарственную терапию принимали только 65,6% (42 человека) больных, что свидетельствует об исходно низкой информированности и приверженности к лечению. Основными классами гипотензивных препаратов были следующие: иАПФ или АРА, β - адреноблокаторы (БАБ), дигидропиридиновые антагонисты медленных Са - каналов, диуретики. Монотерапию

получало только 19 % пациентов. Статистически значимо чаще в монотерапии наши пациенты получали иАПФ/АРА 61,9 %, по сравнению с антагонистами кальция 37,5% ($p < 0,05$), только БАБ получало 0,6% пациентов. Комбинированную терапию принимали 65,6%, У наших пациентов комбинированная терапия в 43% составляла БАБ + антагонисты кальция, 32% БАБ + иАПФ/АРА, 25% иАПФ + диуретики, в наших группах не было пациентов получавших комбинацию иАПФ+ антагонисты кальция. Мы формировали группы пациентов соответственно экономическим различиям в их статусе, а именно наличием официального места работы и экономически активного возраста. Все пациенты были разделены на две возрастные группы: до 60 лет (1 группа) - 47 человек и 61 - 70 лет (2 группа) - 34 человека. В группе до 60 лет АГ встречалась у 68.1%, в группе до 70 лет в 70,6 % случаев, данные группы сопоставимы. Мужчин в первой группе было 63,83%, женщин - 36,17%, во второй группе было больше женщин 61,76%, по сравнению с 38,24 % мужчин. Статистически значимых отличий в возрастных группах не выявлено. Из всех пациентов с АГ официально работающих граждан было 53 человека (77,9%), не работающих 15 человек (22,1%). При этом работающих женщин было 15%, мужчин статистически значимо выше - 85%, следовательно, не работающих женщин 73,3 %, неработающих мужчин 26,7% ($p < 0,05$). Целевые значения АД имели 32% (17 человек) в группе работающих граждан и 26,7% (4 человека) в группе неработающих. По степени повышения АД в группе работающих пациентов 32% (17 человек) имели 1 степень АГ, 62,3 % (33 человека) - 2 степень АГ, 5,7 % (3 человека) - 3 степень АГ. В группе неработающих пациентов не было пациентов с 1 степенью повышения АД, 26,7% (4 человек) имели 2 степень АД, 73,3% (11 человек) - 3 степень АД ($p < 0,05$).

Заключение:

Для монотерапии пациенты статистически значимо чаще принимали иАПФ/АРА, приоритета в выборе комбинации гипотензивных средств не выявлено. Среди работающих граждан чаще встречается 2 степень, у неработающих 3 степень повышения АД.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский

университет Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить клинико-биохимические особенности пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), артериальной гипертензией в зависимости от степени тяжести острой сердечной недостаточностью (ОСН).

Материал и методы:

Диагноз ИМпST подтвержден согласно рекомендациям ВНОК (РКО 2007г.): наличие - болевого синдрома; подъема сегмента ST на 0,1 мВт в двух смежных отведениях и более; повышение уровня кардиоспецифических маркеров некроза - тропонина Т, МВ-КФК. Критерии включения: ИМпST первые сутки от начала заболевания, наличие артериальной гипертензии, ОСН Killip II-IV степени. Критерии исключения: осложненное чрескожное коронарное вмешательство, женщины фертильного возраста, терминальная стадия почечной недостаточности, печеночная недостаточность, сахарный диабет. Все пациенты были разделены на группы согласно классификации Т. Killip. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0 for Windows». Статистическими значимыми показателями считали, при $p < 0,05$.

Результаты:

Общая характеристика пациентов ОИМпСТ: средний возраст - 61,7 ± 2,96 лет, мужчины и женщины соответственно 71,7 ± 3,65% и 28,3 ± 3,65%. Оценка объективных данных: САД (135 ± 27,6 мм рт ст), ДАД (135 ± 27,6 мм рт ст), ЧСС (81,6 ± 18,5 ударов в минуту), ИМТ (29,4 ± 3,6 кг/м²). Получены средние значения показателей: КФК 320,2 ± 35,6 ЕД/л, МВ-КФК 61,6 ± 14,9 ЕД/л, Тропонин I 13,22 ± 1,4 нг/мл, АСТ 86,3 ± 8,7 ЕД/л, АЛТ 45,0 ± 2,6 ЕД/л, мочевина 6,6 ± 2,3 ммоль/л, креатинин 84,7 ± 33,0 мкмоль/л. Данные лабораторных анализов отражают повышение уровня АСТ, маркеров некроза миокарда при госпитализации пациентов. При изучении клинико-биохимических показателей в зависимости от степени тяжести ОН получены статистически значимые отличия в группе Killip II: возраст (60,73 ± 1,09 лет), САД (140,16 ± 2,17 мм рт ст), ДАД (84,5 ± 1,14 мм рт ст), ЧСС (81,42 ± 1,44 ударов в минуту), МВ-КФК (45,19 ± 4,95 ЕД/л), креатинина (81,95 ± 2,42 ммоль/л), скорость клубочковой фильтрации (83,70 ± 2,11 мл/мин/1,73 м²) от изучаемых значений в группе Killip III-IV: возраст (68,66 ± 2,35 лет), САД (109,84 ± 5,74 мм рт ст), ДАД (70,61 ± 3,71 мм рт ст), ЧСС (84,07 ± 5,41 ударов в минуту), МВ-КФК (141,72 ± 79,74 ЕД/л), креатинина (98,36 ± 10,04 ммоль/л), скорость клубочковой фильтрации (65,20 ± 5,03 мл/мин/1,73 м²) (p < 0,05).

Заключение:

Артериальная гипертензия вносит вклад в прогрессирования сердечно-сосудистого континуума. Пациенты ОИМпСТ на фоне острой сердечной недостаточности Killip III-IV характеризуются нестабильной гемодинамикой, увеличением маркеров некроза миокарда, что вероятно связано с большим объемом повреждения миокарда. Снижение скорости клубочковой фильтрации отражает негативное влияние на развитие ранних и поздних осложнений острого инфаркта миокарда.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОРОДЕ ИЖЕВСКЕ

Иванов Л.А., Одинцова Н.Ф.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучение гендерных особенностей артериальной гипертензии в зависимости от возраста на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

В ходе исследования методом случайной выработки были изучены карты вызовов станции скорой медицинской помощи (ССМП) и приемного покоя БУЗ УР ГКБ №9 МЗ УР г. Ижевска за 2017 год. В выборку вошло 250 мужчин и 250 женщин в возрасте от 23 до 85 лет, которые обратились за помощью в ССМП и приемный покой стационара.

Результаты:

Проведенный анализ показал, что в возрасте 20 – 29 лет в связи с артериальной гипертензией (АГ) за помощью обратились 8,5% мужчин и 0,15% женщин, в возрасте 30–39 лет - 10% мужчин и 2% женщин. Редкое обращение женщин в связи с АГ в возрасте 20 – 29 лет, что возможно, обусловлено положительным влиянием эстрогенов на сердечно-сосудистую систему женщины, а также различным уровнем стрессовых факторов. В возрасте 40–49 лет показатели обращаемости выравниваются и составляют 16% у мужчин и 16,9% у женщин, что соответствует данным современной литературы. Наиболее часто за медицинской помощью по поводу повышенного АД старше 50 лет обращаются женщины: 36% - в возрасте 50–59 лет и 30% - в возрасте 70–79 лет. Пик обращаемости мужчин приходится на возраст 50 – 59 лет (30%). В дальнейшем обращения за медицинской помощью

снижаются, что может быть связано с низкой средней продолжительностью жизни мужчин. Следует отметить, что в структуре заболеваемости цереброваскулярные заболевания занимают высокий уровень заболеваемости и составляют 62,7 на 1000 взрослого населения. Рост заболеваемости женщин в возрасте 50–59 лет, скорее всего, вызван развитием менопаузы и резким снижением уровня эстрогенов, обладающих антиатерогенным действием. Высокий процент обращаемости женщин в возрасте 70–79 лет, по-видимому, обусловлен сравнительно высокой средней продолжительностью жизни, так как мужчин в таком возрасте существенно меньше. При оказании медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией выраженный гипотензивный эффект был отмечен при использовании ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, на догоспитальном этапе хорошо зарекомендовал себя каптоприл.

Заключение:

Таким образом, мужчины в более раннем возрасте подвержены развитию АГ, что обусловлено гендерной принадлежностью и воздействием специфических факторов риска. Большинство женщин имеющих АГ в возрасте от 50 лет и старше, как правило, имеют высокую коморбидность, что необходимо учитывать при оказании помощи на догоспитальном этапе.

ГЕНЕТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЯКУТОВ

Григорьева Л.В.¹, Мустафина О.Е.², Насибуллин Т.Р.², Туктарова И.А.², Эрдман В.В.², Федорова С.А.¹, Николаев В.М.², Хуснутдинова Э.К.²

¹Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, ²Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, г. Уфа, Россия

Введение (цели/ задачи):

Одним из подходов к изучению наследственной предрасположенности к инфаркту миокарда является метод анализа ассоциаций полиморфных маркеров генов-кандидатов с риском заболевания в различных этнических группах. Отсутствие ассоциаций в некоторых этнических группах, ранее обнаруженных у других народностей, вероятно, могут объясняться особенностями генетической структуры данных этнических групп или отсутствием у них «провоцирующих» факторов риска. При этом весьма перспективен подход в изучении изолированных популяций. В изолированных популяциях проявляется эффект основателя, в результате которого снижается генетическая полиморфность. Изолированные популяции проживают компактно, что снижает вариабельность внешних факторов: климата, питания, социального статуса. Популяцию якутов можно охарактеризовать как относительно изолированную. В сравнении с другими тюркоязычными этносами, показанным на основе исследований митохондриальной ДНК и Y хромосомы выявлен самый низкий показатель генетического разнообразия. Целью данного исследования являлся анализ наследственной предрасположенности к развитию инфаркта миокарда в популяции якутов по полиморфизму генов-кандидатов. В настоящем исследовании мы провели анализ наследственной предрасположенности к развитию инфаркта миокарда в популяции якутов по полиморфизму следующих генов-кандидатов: APOE (158Arg/Cys and 112 Cys/Arg), APOB (EcoRI, XbaI), LPL (HindIII), CETP (421Ile/Val), eNOS (VNTR), PON1 (192Gln/Arg), ACE (I/D), AT1R (1166A/C).

Материал и методы:

В исследование включено 368 мужчин, якутов по этнической принадлежности, неродственных между собой. Выборка разде-

лена на три группы. В первую группу включены больные с перенесенным крупноочаговым инфарктом миокарда (102 человека) в возрасте от 30 до 62 лет (средний возраст на момент обследования составил 50.8 ± 0.62 года). Во второй группе использовалась выборка мужчин до 60 лет без признаков ССЗ и сахарного диабета (152 человека, средний возраст на момент обследования 48.0 ± 0.8 года). Данная выборка использовалась как контрольная группа. В третью группу включено 114 мужчин старше 70 лет с ИБС (средний возраст на момент обследования составил 78.1 ± 0.6 года). Образцы ДНК получены из цельной венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Амплификацию проводили методом ПЦР с последующей рестрикцией. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ «Statistica for Windows 5.0» (StatSoft), программного обеспечения MS Excel XP (Microsoft) и компьютерных программ «GENEPOP» и «RxC» (Rows x Columns).

Результаты:

Эмпирическое распределение частот генотипов, изученных полиморфных маркеров в популяции якутов соответствует равновесному теоретически ожидаемому распределению Харди-Вайнберга ($P > 0.05$). Установлено, что с развитием инфаркта миокарда в популяции якутов ассоциированы полиморфные маркеры генов APOE, APOB, NOS3, ACE, AT1R. Относительный риск заболевания повышен у носителей генотипов APOB*X+/*X+, APOB*X+/*X-, AT1R*A/*C и понижен у носителей генотипов APOB*X-/*X-, APOE*3/*3, NOS3*4B/*4B. У больных ИБС старческого возраста при сравнении с больными с манифестацией ИБС до 50 лет обнаружено снижение частот генотипов APOB*X+/*X-, APOB*X+/*X+, LPL*N+/*N- и NOS3*4B/*4A. Возможно, это является следствием отбора, обусловленным высокой смертностью носителей данных генотипов от ССЗ в зрелом возрасте. Обнаружено, что полиморфные маркеры генов NOS3, ACE повышают риск развития инфаркта миокарда в возрасте до 50 лет.

Заключение:

Современная концепция этиопатогенеза инфаркта миокарда включает в себя общие положения о мультифакториальности и полигенности этой патологии, а также о сложном характере взаимодействия генетических факторов с условиями окружающей среды в процессе развития заболевания. Изучение молекулярно-генетических основ в соотношении со средовыми факторами позволит в дальнейшем разработать эффективные основы профилактики с учетом генетической конституции и особенностей образа жизни отдельного индивида.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КАК КОМПОНЕНТ КОМОРБИДНОСТИ.

Бейлина Н.И., Майорова К.А., Хамидуллина Г.Ф.

Казанская государственная медицинская академия – филиал Федерального государственного, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Гипертоническая болезнь (ГБ) широко распространена в популяции, приводит к формированию и прогрессированию заболеваний сердца, сосудов, почек. Под коморбидностью в настоящее время понимают наличие у пациента нескольких патогенетически связанных заболеваний. Цель: оценить распространенность ГБ среди коморбидных пациентов с учетом возраста, пола; сочетание ГБ с другими заболеваниями.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 62 пациента с коморбидной патологией, в том числе 25 мужчин, средний возраст $71,2 \pm 1,6$ лет. Разделение по группам по возрасту согласно классификации

ВОЗ: I группа – молодые (до 44 лет) – 3 человека, II группа – средний возраст (45-59 лет) – 8 человек, III группа – пожилые (60-74 года) – 19 человек, IV группа – старческий возраст (75-90 лет) – 31 человек, V группа – долгожители (старше 90 лет) – 1 человек. Проводился подсчет индекса коморбидности Чарлсона, Статобработка с использованием критерия χ^2 , точного критерия Фишера, t-критерия Стьюдента.

Результаты:

Возрастная структура пациентов с коморбидной патологией следующая: I группа – 4,8%, II группа – 12,9%, III группа – 30,6%, IV группа – 50%, V группа – 1,6% от общего числа пациентов. Индекс коморбидности от 1 до 10 баллов, в среднем составил $4,98 \pm 0,23$, у мужчин – $4,7 \pm 0,4$, у женщин – $5,4 \pm 0,3$ баллов ($p > 0,05$, не значимые различия). ГБ выявлена у 52 человек (83,9% от общего числа пациентов), в том числе у 33 женщин (89,2% всех женщин) и 19 мужчин (76% всех мужчин). В выявлении ГБ нет различий по гендерному признаку ($p > 0,05$). Возрастная структура пациентов с ГБ такая: I группа 3,8%, II группа – 13,5%, III группа – 28,8%, IV группа – 51,9%, V группа – 1,9% от числа пациентов с ГБ. В I группе ГБ фиксировалась среди 50% мужчин, 100% женщин ($p > 0,05$), во II группе – 75% и 100% соответственно ($p > 0,05$), в III группе – 76,9% и 83% соответственно ($p > 0,05$), в IV группе – 71,4% и 91,7% соответственно ($p > 0,05$). Индекс коморбидности от 1 до 10 баллов, в среднем составил $5,25 \pm 0,26$, у мужчин – $4,6 \pm 0,4$, у женщин – $5,6 \pm 0,3$ баллов ($p > 0,05$, не значимые различия). Индексы коморбидности в общей выборке и среди пациентов с ГБ значимых различий не имели ($p > 0,05$). Среди патологий, сопутствующих ГБ, выделены: ишемическая болезнь сердца-ИБС (67,3% от числа пациентов с ГБ), сердечная недостаточность-ХСН (57,7%), нарушения ритма сердца-НРС (40,4%), цереброваскулярная болезнь-ЦВБ, сахарный диабет 2 типа-СД2 (по 26,9%), заболевания легких (25%), хроническая болезнь почек-ХБП (11,5%), желчнокаменная болезнь, цирроз печени, язвенная болезнь (по 1,9%). ИБС имела у 78,9% мужчин и 60,6% женщин ($p > 0,05$), НРС – 52,6% и 33,3% соответственно ($p > 0,05$), ХСН – 63,2% и 54,5% соответственно ($p > 0,05$), СД2 – 5,3% и 39,4% соответственно ($p < 0,05$), ЦВБ – 21,1% и 30,3% соответственно ($p > 0,05$), заболевания легких – 42,1% и 15,2% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение:

ГБ выявлена у 83,9% от общего числа пациентов, в том числе у 89,2% всех женщин и 76% всех мужчин. Среди лиц с коморбидной патологией и ГБ преобладали лица пожилого (28,8%) и старческого (51,9%) возрастов. Индекс коморбидности среди них в среднем составил $5,25 \pm 0,26$. В выявлении ГБ нет различий по гендерному признаку во всех возрастных группах. Как сопутствующая патология СД2 чаще выявляется у женщин, а заболевания легких – у мужчин.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ И ГЕПАТОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

МАТВЕЕВА И.В.¹, МАТВЕЕВ В.А.²

¹ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,

²ООО «Сеть Семейных Медицинских Центров Рязань», г. Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

В клинической практике часто (до 58%) приходится наблюдать сочетание артериальной гипертензии (АГ) и неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП). Нередко у данной группы пациентов наблюдается недостаточная эффективность проводимой

терапии, рекомендован рациональный подбор гипотензивных препаратов (способность уменьшать инсулинорезистентность, не ухудшать углеводный и липидный обмен, с минимальной гепатотоксичностью) и гепатопротекторов (воздействие на оксидативный стресс).

Материал и методы:

Из 27 пациентов с АГ у 15 выявлена НЖБП, из них 8 женщин и 7 мужчин, средний возраст составил 49,7 лет. Наличие НЖБП диагностировали при наличии жировой инфильтрации на ультразвуковом исследовании печени, изменении биохимических показателей (аланинаминотрансфераза- АЛТ, глутамилтрансфераза- ГГТ), отсутствии анамнестических данных о вирусных гепатитах, злоупотреблении алкоголем. Стадия стеатоза диагностирована у 9 пациентов, стадия стеатогепатита - 6. Препаратами выбора для терапии явились ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (лизиноприл) и гепатопротектор (аденометионин). Проведено комбинированное лечение в течение 1 месяца: диротон 10-20 мг (в чередовании с ко-диротонном) и гептрал (400 мг в/м, 10 дней, затем 400 мг х 2 р/день перорально, 20 дней). Больным было рекомендовано рациональное питание с уменьшением калоража до 1700-2000 ккал/сутки, умеренная аэробная нагрузка.

Результаты:

К окончанию курса лечения, у 97% больных, отмечены стабилизация уровня артериального давления, уменьшение повышенной утомляемости, дискомфорта в области правого подреберья, положительная динамика уровня АЛТ, ГГТ.

Заключение:

У пациентов с АГ и НЖБП выбор рациональной комбинации гипотензивных средств и гепатопротекторов повышает эффективность терапии.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА EVA У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ ИБС В ФОРМЕ STEMI В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БЕЗ

Салямova Л.И., Хромова А.А.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить структурно-функциональные свойства артерий и биологический возраст у больных STEMI с артериальной гипертензией и без, не имеющих в анамнезе стенокардии.

Материал и методы:

В исследование включено 67 больных с манифестацией ИБС в форме STEMI в возрасте от 35 до 50 лет (средний возраст $41,3 \pm 8,2$ лет). Критерии включения: подтвержденный STEMI по данным ЭКГ, уровню тропонина I, КФК-MB, наличие по результатам коронароангиографии гемодинамически значимого стеноза инфаркт-связанной артерии, отсутствие стенокардии в анамнезе. Больные были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 34 человека без АГ в анамнезе. Группу 2 составили 33 пациента, страдающих АГ. Все пациенты до начала исследования получали лечение по поводу STEMI. Контрольная (К) группа состояла из 28 здоровых лиц. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, росту, ИМТ, уровню офисного АД. Региональную жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии («Fukuda Denshi», Япония) по показателям: PWV – скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте, В-PWV – СРПВ в артериях преимущественно мышечного типа, R/L-PWV – СРПВ в артериях преимущественно эластического типа, L-/CAVI-1 – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, R/L-ABI –

лодыжечно-плечевой индекс, AI – индекс аугментации, биологический возраст.

Результаты:

Наименьшие значения СРПВ в различных участках артериального русла зарегистрированы в группе здоровых лиц: PWV – $7,1 \pm 1,0$ м/с, В-PWV – $7,3 \pm 0,8$ м/с, R/L-PWV – $10,2 \pm 1,8$ м/с. В группе 1 выявлено увеличение показателей СРПВ: PWV – $7,8$ (6,5; 8,5) м/с, В-PWV – $8,0 \pm 1,3$ м/с, R/L-PWV – $11,8 \pm 1,5$ м/с. Максимально высокие значения показателей диагностированы в группе 2: PWV – $8,4 \pm 1,2$ м/с, В-PWV – $8,9 \pm 1,2$ м/с, R/L-PWV – $12,7$ (11,9; 13,5) м/с (р1-к, 2-к, 1-2<0,05). Индекс L-/CAVI-1 в группе К составил $6,4 \pm 0,8$, в группе 1 – $7,4$ (6,8; 7,5), в группе 2 – $8,5$ (7,9; 9,2) (р1-к, 2-к, 1-2<0,05). Наименьшие значения AI зарегистрированы у здоровых лиц – $0,9$ (0,8; 1,0) по сравнению с группой 1 – $1,1$ (0,9; 1,2) и группой 2 – $1,1$ (0,9; 1,3) (р1-к, 2-к<0,05). R/L-ABI преобладал у лиц группы К – $1,0$ (0,9; 1,2), промежуточные значения выявлены у пациентов без АГ в анамнезе – $0,8$ (0,6; 1,0), наименьшие у больных с АГ – $0,7$ (0,5; 1,0) (р1-к, 2-к<0,05). Несмотря на сопоставимость обследуемых по паспортному возрасту, выявлены отличия по биологическому возрасту: в группе К – $40,5 \pm 4,1$ лет, в группе 1 – $45,5 \pm 9,2$ лет, в группе 2 – 47 (43; 53) лет (р1-к, 2-к<0,05).

Заключение:

По данным объемной сфигмографии у больных STEMI диагностировано значительное нарушение параметров региональной сосудистой жесткости, более выраженное у лиц с анамнезом гипертензии. Результаты исследования подтверждают, что манифестация ИБС в форме STEMI у людей относительно молодого возраста является клиническим проявлением распространенного процесса раннего старения сосудов.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА, ПО ДАННЫМ ЭХОКГ, ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Волкова С.Ю.¹, Галушкина Т.А.², Белокрылова Л.В.¹, Исакова Д.Н.¹, Дороднева Е.В.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время обращено внимание на то, что эпикардиальный жир (ЭЖ), локализующийся между внешней стенкой миокарда и висцеральным слоем перикарда является источником продукции биологически активных адипокинов, участвующих в регуляции ряда метаболических процессов, содействующих развитию метаболического синдрома (МС). Нами проведена оценка толщины ЭЖ, по данным ЭХОКГ, с целью выявления взаимосвязи с клиническими компонентами МС.

Материал и методы:

Обследовано 37 человек на базе кардиологического и эндокринологического отделений ОКБ №2 г. Тюмени, из них 43,2% мужчин и 56,8% женщин. Средний возраст пациентов $58,76 \pm 9,9$ лет. Были измерены антропометрические данные (рост, вес, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), вычислены индекс массы тела (ИМТ) и индекс ОТ/ОБ; изучены лабораторные показатели (уровень холестерина, глюкозы крови) и данные инструментальных исследований (измерен эпикардиальный жир методикой ультразвукового исследования на аппарате Vivid 9). Анализ статистических данных проводился с помощью программы MS Excel 2007.

Результаты:

По данным ультразвукового исследования величина ЭЖ в среднем составила $0,8 \pm 0,2$ см, что превышает норму (не более

0,5 см). При этом толщина ЭЖ находится в пределах нормы у только 5,4% участников исследования. Проведенный корреляционный анализ (даже на столь небольшом количестве исследований) показал прямую взаимосвязь между величиной ЭЖ и объемом талии ($r=0,6$, $p=0,009$), что свидетельствует о возможности использования ЭЖ как маркера абдоминального ожирения. У лиц с СД выявлена выраженная прямая взаимосвязь между величиной ЭЖ и ИМТ ($r=0,9$; $p=0,005$), также толщина ЭЖ прямо коррелировала с объемом бедер ($r=0,82$; $p=0,046$). При исключении из анализа лиц с СД, корреляций между изучаемыми параметрами выявлено не было.

Заключение:

В нашем исследовании можно отметить доступность исследования ЭЖ в клинической практике, высокую надежность оценки этого показателя как маркера нарушений углеводного обмена при метаболическом синдроме.

ДИСЛИПИДЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Федорова Н.В., Герман А.И., Брель Н.К., Коков А.Н., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
ФГБНУ «НИИ КПССЗ», г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить нарушения липидного обмена у пациентов с ожирением и инфарктом миокарда (ИМ) с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы:

В исследование включены 77 пациентов с первичным ИМ с подъемом сегмента ST. У всех пациентов проводился сбор демографических, анамнестических, антропометрических и клинических данных, были выполнены стандартные лабораторные и инструментальные исследования при ИМ, включая коронароангиографию (КАГ) с эффективным чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) на симптом-зависимой артерии. Оценка ожирения проводилась путем определения индекса массы тела (ИМТ) ($\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{на квадрат роста (м}^2\text{)}$) и критерием ожирения, согласно рекомендациям ВОЗ, считали повышение ИМТ более 30 кг/м². Через 12 месяцев после ИМ выполнены антропометрические измерения с оценкой ИМТ, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с последующей обработкой полученного пакета DICOM изображений на мультимодальной рабочей станции «Leonardo» (Siemens, ФРГ). Оцениваемые параметры включали в себя измерение общей площади абдоминальной жировой ткани (АЖТ), висцерального и подкожного компонентов, а также индекс отношения площадей висцерального и подкожного жира (ВЖТ/ПЖТs). Признаками висцерального ожирения считали площадь ВЖТ более 130 см². Определение липидного спектра осуществлялось у пациентов на 10-14 сутки ИМ турбидиметрическим методом. Статистическая обработка материала проводилась с применением стандартных непараметрических методов с использованием ППП STATISTICA 10.0.

Результаты: Среднее значение ИМТ у пациентов с ИМ при поступлении в стационар составило 26,9 [24,3;30,0] кг/м², что превышает нормальные значения данного параметра – 18-25 кг/м². Частота ожирения на госпитальном этапе составила 24,7% ($n=19$) и все пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия ИМТ>30 кг/м². При анализе липидного спектра отмечено, что в группе пациентов с ИМТ>30 кг/м² достоверно выше уровень триглицеридов (ТГ) (1,9 [1,3;2,8] vs 1,2 [1,0;1,7]

ммоль/л, $p=0,02$) и ниже уровень липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) (0,8 [0,7;1,0] vs 1,1 [0,9;1,3] ммоль/л, $p<0,01$). Через год после выписки из стационара среднее значение ИМТ незначительно увеличилось, составив 27,6 [25,3;31,1] кг/м². При этом частота ожирения, согласно ИМТ, составила 33,8% ($n=25$), что значимо выше ($p<0,01$) чем при поступлении в стационар. По данным МСКТ, выполненного через год после ИМ при оценке такого показателя как площадь ВЖТ>130 см² распространенность ожирения еще выше (70,4% ($n=50$), $p=0,02$). Через 12 месяцев после ИМ отмечена тенденция к гипертриглицеридемии у пациентов с наличием ожирения как по ИМТ ($p=0,07$), так и по площади ВЖТ ($p=0,08$). При этом уровни липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) значимо не различались в зависимости от наличия ожирения, однако оставались выше целевого уровня. Анализ липидного спектра в динамике показал нарастание уровня ТГ к 12 месяцам после ИМ в группе пациентов с ожирением по площади ВЖТ>130 см² (от 1,4 [1,0;2,0] ммоль/л до 1,8 [1,2;2,5] ммоль/л, $p=0,002$) и снижение уровня ХС-ЛПВП (с 1,1 [0,9;1,2] ммоль/л до 0,9 [0,9;1,4] ммоль/л, $p=0,01$). При этом отмечается тенденция к снижению уровня общего холестерина (ХС) и ХС-ЛПНП к 12 месяцам после ИМ ($p=0,07$), однако не достигает целевого уровня данных показателей. Корреляционный анализ показал наличие отрицательной связи уровня ХС-ЛПВП с площадью АЖТ, за счет висцерального ее компонента, оцененного по объему ($r=-0,27$; $p=0,03$) и по площади ($r=-0,24$; $p=0,04$) и положительной корреляционной связи уровня ТГ с показателем АЖТ за счет висцерального компонента, оцененного как по объему ($r=0,35$; $p=0,004$), так и по площади ($r=0,29$; $p=0,01$).

Заключение:

Пациенты с ИМ с сохранной ФВ ЛЖ и наличием сопутствующего ожирения характеризуются большей тяжестью дислипидемии за счет гипертриглицеридемии и снижения уровня ХС-ЛПВП. Через 12 месяцев выявлено повышение распространенности ожирения и тенденция к нарастанию уровня ТГ и снижению уровня ХС-ЛПВП в этой группе больных.

ДЛИНА ТЕЛОМЕР У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Останина Ю.О., Яхонтов Д.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Длина теломер рассматривается как маркер биологического статуса предыдущего деления клеток и повреждение ДНК на фоне воспаления и окислительного стресса. Было показано, что более короткие теломеры ассоциируются с атеросклерозом и артериальной гипертензией (АГ). Учитывая это, необходимо рассмотреть возможность интеграции длины теломер в текущую модель стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний. Цель: Определить и сопоставить относительную длину теломер (ОДТ), а также факторы, влияющие на этот показатель у больных АГ в различных возрастных группах.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 106 больных (мужчины) АГ 1-3 степени в сочетании со стабильной стенокардией, в том числе 59 – молодого и среднего возраста (52 [46,5; 55] лет) – 1-я группа и 47 пожилых (64 [62; 67] лет; $p<0,001$) – 2-я группа. Критериями исключения был сахарный диабет, инфаркт миокарда давностью более 6 месяцев, наследственная гиперхолестеринемия, онкологические и аутоиммунные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные и психические

заболевания. ОДТ определялись методом ПЦР в реальном времени, проводилось УЗИ сердца, определялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) как показатель атеросклеротического поражения артерий (сфигмоманометр VaSera VS-1500N, Япония).

Результаты:

ОДТ составили 0,84 [0,2; 1,9] у.е. в 1-ой группе и 0,3 [0,09; 1,2] у.е. во 2-ой группе ($p=0,058$). Укорочение ОДТ было зафиксировано у 35 (59,3% [47,2%; 71,4%]) больных АГ молодого и среднего возраста и у 29 (61,7% [47,1%; 74,3%]) - в группе пожилых ($p=0,844$). При проведении корреляционного анализа в 1-й группе были выявлены отрицательные корреляционные связи ОДТ с увеличением ИММЛЖ ($r=-0,345$; $p=0,034$), повышением уровня креатинина ($r=-0,335$; $p=0,014$) и увеличением показателя ЛПИ ($r=-0,308$; $p=0,033$). Во 2-й группе ОДТ уменьшалась при увеличении окружности талии ($r=-0,334$; $p=0,033$), увеличении ИМТ ($r=-0,324$; $p=0,039$), увеличении размера аорты ($r=-0,279$; $p=0,077$) и повышении цифр офисного САД ($r=-0,355$; $p=0,023$) и ДАД ($r=-0,324$ ($p=0,039$)). Кроме того, в обеих группах с уменьшением ОДТ отрицательно коррелировала длительность АГ ($r=-0,389$; $p=0,012$). По данным многофакторного регрессионного анализа были выявлены значимые предикторы ОДТ. В 1-й группе увеличение офисного САД на 1 мм. рт. ст. уменьшало ОДТ на -0,03 [-0,06; 0,01] ед. ($p=0,013$), увеличение ударного объема на 1 мл уменьшало ОДТ на -0,04 [-0,08; 0,01] ед. ($p=0,016$), увеличение креатинина на 1 мл уменьшало ОДТ на -0,02 [-0,01; 0,047] ед. ($p=0,027$) при неизменных значениях других предикторов модели. Во 2-й группе был выявлен один значимый фактор, влияющий на ОДТ – ИММЛЖ, увеличение которого на 1 г/м² уменьшало ОДТ на 0,01 [-0,03; 0,00] ед. ($p=0,019$).

Заключение:

Несмотря на достоверные возрастные различия, относительная длина теломер у больных АГ в обеих группах была сопоставима, однако показатели, влияющие на ОДТ различались в зависимости от возраста.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Труханова М.А.¹, Орлов А.В.², Толкачева В.В.¹, Виллевалде С.В.¹, Кобалава Ж.Д.¹

¹Российский университет дружбы народов,

²Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Многие традиционные для общей популяции факторы риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертности (такие как пол, возраст и индекс массы тела (ИМТ)), не являются определяющими для пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), в связи с чем, актуальным является поиск дополнительных факторов риска у данной когорты пациентов. Целью нашего исследования стало определение прогностического значения параметров центральной и периферической гемодинамики, эхокардиографических данных и лабораторных показателей у пациентов на программном гемодиализе (ГД).

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) программным ГД (медиана возраста 58,3 лет, [IQR 54,6; 61,6], мужчин 45%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%), было

выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час параллельное амбулаторное мониторирование АД в плечевой артерии и аорте в междиализный период при помощи валидированного осциллометрического прибора BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород), эхокардиография, общий и биохимический анализы крови. Через 24 мес после проведения данных исследований выполнен анализ сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности от всех причин. Результаты анализировали с использованием пакета программ Statistica 10.0. Результаты считали статистически значимыми при значениях $p<0,05$.

Результаты:

ССО развились у 17,6% пациентов с ТПН, уровень смертности от всех причин составил 14,7% из них 60% пришлось на долю ССО. Среди пациентов с ТПН в исходе сахарного диабета и артериальной гипертензии ССО развились у 45,5% (80% фатальные), а смертность от всех причин составила 22,7%. У пациентов с ТПН в исходе первичной патологии почки ССО развились у 15,2% (40% фатальные), а уровень смертности от всех причин составил 10,9%. Трансплантация почки выполнена 4,4% пациентам. Достоверных связей между ССО и смертностью от всех причин с такими параметрами, как рост, вес, возраст, ИМТ, уровни клинического и амбулаторного АД, фракция выброса левого желудочка и кальциноз клапанов сердца не установлено. При проведении однофакторного анализа 24мес выживаемости у пациентов с терминальной почечной недостаточностью были выявлены прямые ассоциации с этиологией ТПН СД + АГ ($r=0,32$, $p<0,05$), недостаточностью аортального клапана ($r=0,39$, $p<0,05$), уровнями гематокрита ($r=0,29$, $p<0,05$), лимфоцитов ($r=0,27$, $p<0,05$), аланинаминотрансферазы ($r=0,25$, $p<0,05$), гликемии ($r=0,27$, $p<0,05$) и обратные ассоциации с временем распространения пульсовой волны в течение 44 час мониторирования ($r=-0,53$, $p<0,05$) и в ночное время ($r=-0,53$, $p<0,05$), уровнем гемоглобина ($r=-0,36$, $p<0,05$), объемом эритроцита ($r=-0,27$, $p<0,05$), альбуминемией ($r=-0,36$, $p<0,05$), индексом аугментации (Alxao) в течении суток ($r=-0,31$, $p<0,05$) и в ночное время ($r=-0,39$, $p<0,05$). При проведении однофакторного анализа 24 мес сердечно-сосудистой заболеваемости у пациентов с ТПН на программном ГД, выявлены прямые ассоциации со среднесуточной частотой пульса в течение всего 44час междиализного интервала ($r=0,35$, $p<0,05$), в первый ($r=0,36$, $p<0,05$) и второй ($r=0,29$, $p<0,05$) междиализные дни; уровнем гематокрита ($r=0,26$, $p<0,05$). Обратные ассоциации сердечно – сосудистой заболеваемости получены с уровнями гемоглобина ($r=-0,27$, $p<0,05$) и альбумина ($r=-0,32$, $p<0,05$).

Заключение:

Риск ССО среди пациентов с ТПН на программном гемодиализе в 30 раз выше, чем в общей популяции, при этом влияние традиционных факторов риска мало доказано. В нашем исследовании продемонстрирована возможность прогнозирования ССО и смертности на основании суточного мониторирования центральной и периферического гемодинамики, эхокардиографии и лабораторных параметров.

ЗАГАДОЧНЫЙ ФЕНОМЕН МАГНИТНОЙ БУРИ И МЕТЕО-АНОМАЛИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ССС И МОЗГ. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Грицук С.Ф.

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрова

России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Отрицательное влияние воздействия магнитных бурь предрасположены по различным данным от 50% до 70% населения Земли (ВОЗ, 2004). Появились некие устойчивые закономерности в различные фазы цикла солнечной активности. Не выяснив механизм связи магнитных бурь с плохим самочувствием человека, невозможно дать и надежные рекомендации по профилактике неблагоприятного влияния этих бурь на здоровье человека. Цель: Определить степень влияния магнитной бури и солнечного ветра на мозг и ССС (сентябрь 2017 г – максимум солнечной активности) у пациентов с ГБ и здоровых людей.

Материал и методы:

Исследовалась система кровообращение и активность мозговой деятельности. У больных с ГБ мониторинг ЭКГ во время магнитных бурь показало учащение эпизодов депрессии интервала ST. У здоровых людей в дни магнитных бурь ЧСС увеличивалась на 5,9%, а вариабельность сердечного ритма (BCP) понижалась в среднем на 25,6% по сравнению со спокойными днями. Установлено также влияние напряжения геомагнитного поля на систолическое и диастолическое АД, периферическое сопротивление сосудов, сократительную функцию миокарда.

Результаты:

Исследования позволили установить, что в периоды возмущений геомагнитного поля у всех ухудшалось самочувствие и повышалось артериальное давление. Часть больных реагировала на геомагнитные возмущения за сутки и менее до их наступления, другие же — в начале, в середине или при окончании геомагнитной бури. Субъективно больные ощущали головную боль, разбитость, вялость или раздражительность, боли в области сердца, был плохой сон.

Заключение:

Для того, чтобы успешно бороться с пагубным действием солнечных и геомагнитных бурь, необходимо правильно представлять себе, какие изменения в организме они вызывают. Тогда можно будет разработать определенные методы борьбы с этими изменениями. Доказано, что практически здоровый и больной организмы по-разному реагируют на солнечные и геомагнитные бури. Условия во время геомагнитной бури являются значительно более тяжелыми даже для здорового организма, для его нормального функционирования в этих условиях требуется значительно большее энергопотребление, требуется защита клеточных и субклеточных мембран и многое другое.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Агзамова Ш.А., Ахмедова Ф.М., Худойбергенова Л.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Россия

Введение (цели/ задачи):

По данным ВОЗ, 63% всей мировой смертности приходится на хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ), где одним из основных патологических состояний являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Артериальная гипертензия (АГ) во всем мире является одним из важнейших факторов риска развития кардиоваскулярной патологии и смертности не только у взрослых пациентов, но и у детей. По теории метаболического программирования истоки многих ХНЗ формируются на ранних этапах развития и связаны с окружающей средой и питанием. Цель исследования. Изучить влияние вида вскармливания на развитие артериальной гипертензии у детей в возрасте 13-15 лет.

Материал и методы:

Всего кардиологическим скринингом было охвачено 425 детей 13-15 лет. Обследование проводилось с применением стандартных методов исследования. С нормальными значениями артериального давления (АД) было 323 (76%) детей (контрольная группа), из них 154 мальчика (47,7%) и 169 девочек (52,3%). С высоким нормальным АД (ВНАД) - 72 (16,9%) ребенка, соответственно, мальчиков 39 (54,2%), девочек 33 (45,8%) (сравнительная группа). Основную группу составили 30 (7,1%) детей с АГ, мальчиков 18 (60,0%), девочек 12 (40,0%).

Результаты:

Возрастная и половая градация обследованных детей не выявила достоверных различий. Распределение обследованных детей в зависимости от уровня АД установило превалирование число детей с нормальным АД, в зависимости от возраста и уровня АД показало достоверное ($p < 0,05$) превалирование детей 15 лет с АГ, но с ВНАД достоверно чаще ($p < 0,01$) в возрасте 14 лет. Распределение обследованных детей в зависимости от пола и уровня АД выявило достоверное превалирование мальчиков над девочками в основной группе и в группе сравнения. Показатели коэффициента интеграционного риска (КИР) по фактору «вскармливание» распределились следующим образом: «искусственное вскармливание до 6 месяцев» был достоверным фактором риска развития АГ у мальчиков (КИР=12,3), нежели у девочек (КИР=10,8). По показателям ОШ распределение данного фактора риска было почти идентичным с интеграционными показателями: ОШ=4,1 у мальчиков и ОШ=3,8 у девочек. КИР по фактору «избыточная масса тела в первые 2 года жизни» (между +2СО и +3СО – стандартного отклонения по ИМТ) составил 10,6 у мальчиков и 9,2 у девочек. КИР по фактору «ожирение» (выше +3СО – стандартного отклонения по ИМТ) - 12,7 и 12,8 случаях, соответственно у мальчиков и девочек.

Заключение:

При скрининговом исследовании 16,9% школьников 13-15 лет имели высокое нормальное АД и 7,1% - артериальную гипертензию. Искусственное вскармливание до 6 месяцев, а также дисгармоничное физическое развитие в первые 2 года жизни могут увеличить шанс формирования АГ у детей на 4,7 раз. Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни необходимо не только для физического здоровья и развития детей раннего возраста, но и для снижения риска развития ХНЗ, в том числе АГ, в долгосрочной перспективе.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД НА ФОНЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Спирякина Я.Г.,
Орлов Д.А., Глибко К.В., Байрамова А.С.
РНПМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить динамику показателей суточного АД на фоне тройной фиксированной терапии у мужчин и женщин.

Материал и методы:

В исследуемую группу было включено 30 человек с гипертонической болезнью 2-3 степенью и в 2-3 стадий в возрасте от 50-65 лет. Из них 16 мужчин средний возраст который составил $57 \pm 3,3$ лет и 14 женщин в возрасте $56 \pm 3,5$ лет. Осуществлялся общий осмотр, измерение и контроль АД до лечения, через 2 недели, 1 месяц и 3 месяца. Всего четыре визита. Измерение проводилось с помощью прибора СМАД (МЕДИКОМ МД-01, страна Россия) до и после лечения через 3 месяца. В качестве антигипертензивной терапии использовался препарат с фиксированной комби-

нацией в которую входил: периндоприл+ амлодипин+ индапамид в дозах 2+0,625+2 мг, 4+1,25+4, 8+2,5+10 мг. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты:

Целевые значения на дозе 4+1,25+4 достигли 75% мужчин и 57% женщин. Остальным 12 пациентам потребовалось увеличение дозы до 8+2,5+10 мг. На фоне проводимой терапии было получено достоверное снижение среднесуточного САД у мужчин с $147 \pm 1,9$ до $130 \pm 1,7$ мм.рт.ст., среднесуточного ДАД с $89 \pm 1,5$ по $81 \pm 0,6$ мм.рт.ст., среднесуточного ПАД с $59 \pm 0,8$ по $49 \pm 1,5$ мм.рт.ст., максимального САД с $199 \pm 12,8$ по $151 \pm 4,2$ мм.рт.ст., максимального ДАД с 125 ± 19 по $100 \pm 2,8$ мм.рт.ст., минимального САД с $110 \pm 3,4$ по $106 \pm 2,4$ мм.рт.ст., минимального ДАД с $60 \pm 2,3$ по $58 \pm 1,9$ мм.рт.ст., суточного индекса с $17 \pm 1,6$ по $11 \pm 2,7\%$, вариабельность САД с $19 \pm 1,8$ по $11 \pm 0,3\%$, вариабельность ДАД с $12 \pm 1,8$ по $9 \pm 0,6\%$, СУП с $23 \pm 8,2$ по $15 \pm 8,3\%$, ВУП с $56 \pm 3,2$ по $37 \pm 6,6\%$. У женщин снижение среднесуточного САД с $146 \pm 1,8$ до $131 \pm 2,5$ мм.рт.ст., среднесуточного ДАД с $88 \pm 1,2$ по $82 \pm 1,4$ мм.рт.ст., среднесуточного ПАД с $58 \pm 1,1$ по $49 \pm 1,5$ мм.рт.ст., максимального САД с $189 \pm 13,7$ по $152 \pm 5,9$ мм.рт.ст., максимального ДАД с $117 \pm 7,8$ по $102 \pm 3,1$ мм.рт.ст., минимального САД с $109 \pm 3,9$ по $106 \pm 2,8$ мм.рт.ст., минимального ДАД с $63 \pm 5,6$ по $59 \pm 1,6$ мм.рт.ст., суточного индекса с $17 \pm 1,1$ по $9,9 \pm 2,8\%$, вариабельность САД с $17,7 \pm 0,8$ по $11 \pm 1,9\%$, вариабельность ДАД с $11,6 \pm 1,1$ по $9,4 \pm 1,1\%$, СУП с $29 \pm 13,2$ по $14 \pm 6,5\%$, ВУП с 53 ± 6 по $38 \pm 10,7\%$.

Заключение:

На фоне лечения тройной фиксированной комбинации было получено достоверное снижение показателей суточного АД как у мужчин, так и у женщин. Около 75% процент мужчин достигли целевых значений на более низких дозах препарата, чем женщины.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Глова С.Е., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ,

г. Ростов-на-Дону, г. России

Введение (цели/ задачи):

Преждевременное старение и увеличение сосудистой стенки. Изучение причин изменения высокоэластических свойств сосудов может улучшить прогнозирование течения сердечно-сосудистых заболеваний и профилактировать появление осложнений. Цель: оценить взаимосвязь между показателями вариабельности сердечно-сосудистой системы и жесткостью сосудистой стенки.

Материал и методы:

Обследовано 54 пациента с гипертонической болезнью (29 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 32 до 75 лет, средний возраст составил $56,2 \pm 14,7$ лет). Средний уровень САД составил $152 \pm 18,6$ мм.рт.ст., ДАД - $96 \pm 12,4$ мм.рт.ст. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. Вариабельность сердечного ритма оценивали методом кардиоинтервалографии с помощью прибора «КардиоБОСС» (Россия). Соотношение между активностью симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы оценивали и с помощью индекса вегетативного равновесия (ИВР) и амплитуды моды (Амо). Определение биологического возраста и жесткости со-

судистой стенки оценивали с помощью фотоплетизмографического метода с использованием аппарата «Ангиоскан-01 профессиональный» (Россия).

Результаты:

При оценке вариабельности сердечного ритма средний уровень Амо составил $54,86 \pm 19,44\%$, показатели жесткости сосудистой стенки, а именно индекс жесткости SI составил $10,35 \pm 1,47$ м/с, индекс отражения RI - $46,06 \pm 22,77\%$. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь средней силы (0,46, $p \leq 0,05$) между возрастным индексом (AGI) и амплитудой моды Амо, которая отражает мобилизующее влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы, между индексом аугментации и Амо (0,49, $p \leq 0,05$), а также AGI и уровнем ДАД (0,64, $p \leq 0,05$). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между ЧСС и индексом вариабельности ритма сердца (ИВР) (0,67, $p \leq 0,05$). Прямая корреляционная взаимосвязь сильной силы установлена между индексом отражения RI, который характеризует тонус мелких мышечных артерий и уровнем САД (0,84, $p \leq 0,05$) и ДАД (0,81, $p \leq 0,05$).

Заключение:

Увеличение биологического возраста сердечно-сосудистой системы, обусловленное повышением жесткости сосудистой стенки имеет взаимосвязь с увеличением ригидности вегетативной системы регуляции организма, смещает индекс вегетативного равновесия в сторону увеличения активности симпатического отдела на фоне истощения энергии и большей мобилизации организма, что в свою очередь может способствовать прогрессированию изменений со стороны сосудистой стенки.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РЕАКЦИЙ

Орлова Н.В., Морунев О.Е., Елоховская Р.О.,

Елоховский Р.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь психологического стресса и гипертензивные реакции у больных в периоперационном периоде при малоинвазивных артроскопических операциях.

Материал и методы:

Проведен анализ 484 историй болезни пациентов с плановой артроскопической операцией в ГКБ №13 г. Москвы. Оценена частота гипертензивных реакций в периоперационном периоде. В исследование включены 56 пациентов (45 - 50 лет) с гипертонической болезнью (ГБ) 1 - 2 степени. Все пациенты, планируемые на операцию, до поступления в стационар достигли целевого АД. Перед плановой артроскопией проведены тесты на стрессоустойчивость Perceived Stress Scale (PSS) и the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - аппарат ЭДНИТ Meditech АВРМ - 02 Гедеон Рихтер Венгрия за 2 недели до оперативного вмешательства и за 1 сутки до оперативного вмешательства. Для статистического анализа использовалась программа Excel 2007.

Результаты:

Из 484 пациентов с проведенной артроскопией у 124 (25,6%) пациентов имела место ГБ. Среди них подъем АД накануне операции выявлен у 87 человек (70%). У пациентов без ГБ в анамнезе подъемы АД зафиксирован у 28 человек (7,8%): 64% мужчин, 36% женщин. Анализ результатов тестирования у большинства из 79 пациентов показал средний уровень стресса и среднюю тревожность. Высокая степень тревожности по

шкале Спилберга/Ханина и высокий уровень стресса по шкале PSS выявлен только у женщин. При сравнении данных по результатам СМАД до оперативного лечения выявлено, что у нестрессоустойчивых пациентов наблюдалось более выраженное увеличение скорости утреннего подъема САД до операции и после операции в сравнении со стрессоустойчивыми пациентами ($P < 0,008$). Отмечено более выраженное увеличение скорости утреннего подъема ДАД: 39,5 (до операции) и 43 (после операции) в сравнении со стрессоустойчивыми: 38 (до операции) и 42 (после операции) $P < 0,05$. Среди нестрессоустойчивых пациентов выявлены более низкие величины суточного индекса САД («Non-dipper»): до операции: СИ САД -9, после операции СИ САД -7, до операции СИ ДАД -8, после операции СИ ДАД -6,5. У стрессоустойчивых пациентов СИ САД до операции и после операции были в пределах нормы, СИ ДАД до операции 11, после операции СИ ДАД -9,5 ($P < 0,05$). Полученные результаты отражают изменения функции сердечно-сосудистой системы в ответ на психологический предоперационный стресс, который более выражен у пациентов с низкой стрессоустойчивостью.

Заключение:

Среди пациентов, направленных на артроскопию, 25% имеют ГБ. У большинства из них в предоперационном периоде отмечается повышение АД. У 7,8% пациентов без ГБ отмечен подъем АД перед операцией. Повышение АД и изменение суточной вариабельности АД в периоперационном периоде являются следствием предоперационного психологического стресса и зависят от стрессоустойчивости пациентов. Стрессоустойчивость пациентов с АГ может быть оценена с применением тестов PSS, DASS и должна учитываться в подготовительном предоперационном периоде.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБЪЕМНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Кондрашина О.С., Серова Н.С., Кондрашин С.А.

ФГАОУ ВО «ПМГУ им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилась оценка диагностической эффективности и безопасности объемной динамической 640-срезовой мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при выявлении стенозов коронарных артерий.

Материал и методы:

Обследовано 86 больных, из них 52 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) и 34 пациента с некоронарогенными хирургическими заболеваниями. Всем больным была проведена объемная динамическая 640-срезовая КТ-коронарография с ретроспективной ЭКГ-синхронизацией и последующей мультипараметрической реконструкцией и оценкой коронарного русла. Анализировали состояние основных магистральных артерий коронарного русла, выполняли оценку степени стенозирования коронарных артерий. Полученные результаты сопоставляли с данными, полученными с помощью референсного метода рентгеновской коронароангиографии (КАГ), которую выполняли по стандартному протоколу. Количественную оценку эффективности метода МСКТ в оценке стеноза коронарных артерий осуществляли с помощью расчета показателей чувствительности, специфичности, точности, положительной и отрицательной прогностической ценности. При оценке соответствия результатов двух независимых методов исследования использовали корреляционный анализ с расчетом коэффициентов корреляции Спирмена.

Результаты:

Установлены следующие характеристики метода в отношении выявления стеноза сегментов коронарных артерий: чувствительность - 94,3 %, специфичность - 93,5 %, диагностическая точность - 92,8 %, положительная прогностическая ценность - 96,4 %, отрицательная прогностическая ценность - 87,3 %. В ходе выполнения исследования не было отмечено никаких побочных явлений, пациенты не предъявляли жалоб. Сравнение результатов МСКТ и коронарной ангиографии с помощью корреляционного анализа показало наличие прямых сильных достоверных коэффициентов корреляции в оценке поражения коронарных артерий по данным двух методов.

Заключение:

Диагностические характеристики метода являются высокими в отношении выявления стенозов коронарных сосудов. Подтверждена высокая сопоставимость результатов оценки состояния коронарных артерий методами МСКТ-коронароангиографии и КАГ. Объемная динамическая 640-срезовая МСКТ-коронарография - высокотехнологичный высокочувствительный безопасный неинвазивный метод обследования больных с ИБС и с некоронарогенными хирургическими заболеваниями, для которого характерна низкая лучевая нагрузка и высокая безопасность.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Аляутдинова И.А., Спирякина Я.Г.

РНМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучение полиморфизмов генов CYP11B2 и NOS3 у больных артериальной гипертонией солевчувствительных и солерезистентных.

Материал и методы:

В исследование включены 96 пациентов с гипертонической болезнью 1 степени, 1 стадии, низким риском сердечно-сосудистых осложнений в возрасте 25-50 лет, контрольная группа - 30 практически здоровых людей. Пациентам проведено определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по классической методике R.J. Henkin. По методу Weinberger M.H. определялась солевчувствительность. Группа солевчувствительных больных составила 52 человека (26 мужчин и 26 женщин), группа солерезистентных - 44 человек (27 мужчин и 17 женщины). Проведено обследование СМАД (аппаратом ЭДНИТ Meditech АВРМ-02 Гедеон Рихтер Венгрия). Проведена биоимпедансметрия (анализатор оценки баланса водных секторов организма «ABC- 01 Медасс» с базовой программой оценки состава тела ABC01-03612, предназначенный для интегральной оценки состава тела в рамках трехкомпонентной модели (жировая масса, тощая масса, общая жидкость организма). Генотипирование гена AGT проводилось методом полимеразно - цепной реакции (ПЦР) на амплификаторах с детекцией результатов в режиме реального времени (приборы серии ДТ производства ООО «НПО ДНК-Технология»): ДТлайт и ДТ-96. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программного обеспечения Statistika 10.0.

Результаты:

При оценке результатов исследования на биоимпедансе было выявлена задержка жидкости среди солевчувствительных пациентов, причем у солевчувствительных женщин выявлена достоверно более высокая задержка жидкости, чем у солевчувствительных мужчин и солерезистентных пациентов обоего пола.

Данные результаты позволяют предположить, что одним из ведущих механизмов формирования артериальной гипертензии у солечувствительных женщин является нарушения водно-солевого обмена. Изучение показателей АД и жидких сред организма в зависимости от распределения генотипов гена CYP11B2 выявило более высокие показатели систолического АД у пациентов с генотипом TT и аллелью T гена CYP11B2, в сравнении с пациентами, носителями генотипа CC. Различия были достоверно значимые. В то же время у пациентов с генотипами CT и TT гена CYP11B2 в сравнении с носителями генотипа CC отмечалось достоверно значимое повышение показателей задержки жидкости в организме. Изучение генотипов гена NOS3 выявило достоверно более высокие цифры систолического АД и задержку жидкости у пациентов с генотипами TT в сравнении с носителями генотипов GG.

Заключение:

Изучение генетического статуса среди москвичей европеоидной расы с артериальной солечувствительной гипертензией выявило повышение артериального давления на фоне задержки жидкости у пациентов с генотипом TT и аллелью T гена CYP11B2 и генотипом TT гена NOS3. Полученные результаты позволяют использовать генетические маркеры в проведении ранней персонализированной профилактике артериальной гипертензии.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Чукаева И.И.¹, Спирыкина Я.Г.¹, Орлова Н.В.¹, Горяйнова С.В.¹, Козина А.А.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

²ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗ г. Москвы» г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить генетические полиморфизмы генов REN, BDKRB2, ADRB2 у мужчин с артериальной гипертензией с различным сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы:

В исследование включены 60 мужчин с артериальной гипертензией. Из них 30 пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и 30 пациентов с низким сердечно-сосудистым риском. Средний возраст исследуемых пациентов составил 59 (41-65) лет. Исследуемые группы сопоставимы по полу, возрасту и ИМТ. Всем пациентам проводилась эхокардиография (ЭХОКГ), а также дуплексное сканирование сонных артерий для выявления субклинического атеросклероза. Определение полиморфных фрагментов ДНК генов REN, BDKRB2, ADRB2 проводили с помощью электрофоретического метода. ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови пациентов. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы Statistika 10.0

Результаты:

Показатель массы миокарда левого желудочка у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска (220 (178 – 256)г) достоверно превышал таковой пациентов с низким риском (191 (169 – 205)г, $p < 0,05$). Толщина комплекса интима-медиа у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска (0,90 (0,80 – 0,97) мм- справа, 0,90 (0,80 -0,96) мм – слева) достоверно превышала показатели пациентов низкого риска (0,73 (0,70 – 0,80) мм справа, 0,75 (0,70 – 0,80) мм слева, $p < 0,01$). Изучение генотипов генов REN, BDKRB2 и ADRB2 в клинических группах больных высокого риска сердечно-сосудистых осложнений по

сравнению с группой больных артериальной гипертензией низкого риска выявило отношение шансов для генотипа A/G гена ADRB2 в группе пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском 1,750 (ДИ 0,482; 0,357). Отношение шансов генотипов генов REN и BDKRB2 были не достоверны.

Заключение:

Результаты проведенного исследования подтверждают прямую взаимосвязь высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией с поражением органов мишеней: гипертрофией миокарда левого желудочка и эндотелиальной дисфункцией, оцененной по показателю толщины комплекса интима-медиа. Генотип A/G гена ADRB2 ассоциирован с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Литвинова М.С.¹, Хаишева Л.А.², Шлык С.В.², Рыжкова Е.С.³, Геворкова И.А.¹, Самохина Л.Ю.⁴

¹МБУЗ КДЦ «Здоровье», ²Ростовский

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,

³Городская больница № 6, ⁴Ростовская областная клиническая больница, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является пусковым механизмом сосудистых осложнений, в том числе при резистентной артериальной гипертензии (РАГ). Изучение ЭД у данной категории больных может способствовать дальнейшему пониманию механизмов становления резистентности. Цель: изучить сосудодвигательную функцию эндотелия сосудов путем исследования эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВ) плечевой артерии (ПА) по методике D. Celermajer (1992) у больных с резистентной артериальной гипертензией в зависимости от эффективности антигипертензивной терапии.

Материал и методы:

Диагноз резистентной артериальной гипертензии (РАГ) выставляли при исключении симптоматических форм у пациентов с АГ, при которой уровень АД оставался выше целевых значений, несмотря на прием 3-х и более антигипертензивных препаратов в оптимальных дозах, один из которых диуретик, а так же в случае достижения целевого АД на фоне приема 4-х и более препаратов. После подписания информированного согласия в исследовании приняли участие 20 женщин и 4 мужчин с резистентной гипертензией. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию, включавшую диуретик (индапамид 1,5-2,5 мг/сутки или гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сутки), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (периндоприл 10 мг/сутки) или блокатор рецепторов ангиотензина (валсартан 320 мг/сутки), блокатор кальциевых каналов (лерканидипин 20 мг/сутки), а также агонист имидазолиновых рецепторов (моксонидин 200-600 мкг/сутки). В зависимости от эффекта получаемой терапии, по результатам суточного мониторинга АД (СМАД) (система Schiller BR-102 plus) пациенты были разделены на 2 группы: контролируемой (1 группа – достижение целевых значения АД на фоне медикаментозной терапии) и неконтролируемой (2 группа – не достижение целевых значений АД на фоне гипотензивной терапии) АГ. Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование ПА с помощью теста реактивной гиперемии, используя ультразвуковую систему Toshiba Aplio 300, оснащенную линейным датчиком с фазии-

рованной решеткой (частота 7,0 МГц).

Результаты:

Группы не отличались по полу, возрасту, длительности АГ, индексу массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), качественному и количественному составу антигипертензивной терапии. Показатели САД и ДАД за сутки в 1 группе составили 129,1±9,7 мм.рт.ст. и 78,9±8,4 мм.рт.ст. соответственно. Во 2 группе выявлены САД 151,1±11,6 мм.рт.ст., ДАД -87,9±12,5мм.рт.ст. Диаметр ПА в 1 группе составил: - 4,7 мм [4,4; 5,1], максимальный – 5,1 мм [4,7; 5,6], ЭЗВ диаметра ПА, % - 9,6 [6,4; 13,5]. Во второй группе исходный диаметр ПА - 4,5 мм [4,2; 5,0], максимальный – 4,9 мм [4,6; 5,4], ЭЗВ диаметра ПА, % - 8,15 [6,1; 11,4], что в абсолютных величинах было ниже показателей в 1-й группе, однако разница была не достоверна ($p>0,5$).

Заключение:

Таким образом, у пациентов с резистентной АГ как контролируемой, так неконтролируемой, выявлено снижение ЭЗВ, при этом абсолютные значения максимального диаметра ПА и значения ЭЗВ диаметра ПА в 1-ой группе превышали аналогичные параметры во 2-ой группе.

ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И НИЗКИМ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Горяинова С.В.,

Спирякина Я.Г.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить уровень маркеров системного воспаления у мужчин с артериальной гипертензией с высоким и низким сердечно - сосудистым риском.

Материал и методы:

Были обследованы 60 пациентов (мужчин) в поликлинике ГКБ №13 г. Москвы. Из них выделено 2 равные группы: группа №1 с артериальной гипертензией с высоким сердечно - сосудистым риском (ССР) (30 мужчин) и группа №2 – с низким ССР (30 мужчин). Всем пациентам проводились: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), СМАД, ЭХОКГ (проводилась на аппарате «LOGIQ TM-400» (США). Определение цитокинов (IL-6, IL-10, IL-18, TNF- α) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Использовались наборы реактивов для иммуноферментного анализа цитокинов (IL-10, TNF- α) человека фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Для определения IL-6, IL-18 использовали коммерческие наборы для иммуноферментного анализа фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Результаты исследования обработаны с использованием комплексной системы анализа данных (пакета прикладных программ для научно-технических расчётов) STATISTICA 8.0.

Результаты:

Сравнение показателей ЭХО КГ пациентов АГ с различным сердечно-сосудистым риском выявило достоверно значимое увеличение массы миокарда левого желудочка у пациентов с высоким ССР. Таким образом, выявлена прямая связь наличия факторов риска и поражения органов мишеней – гипертрофии левого желудочка. При изучении воспалительных показателей было выявлено, что уровни IL-6 у пациентов с артериальной гипертензией низкого и высокого риска составили соответственно 1,55 (0,68 – 2,70) пг/мл и 1,16 (0,48 – 2,51) пг/мл; у пациентов контрольной группы низкие значения, не регистрируемые 0,0 (0,0 – 0,41) пг/мл. Статистически достоверной разницы между

показателями выявлено не было. Уровни IL-10 составили соответственно 5,18 (3,64 – 7,35) пг/мл, 4,92 (2,95 – 6,45) пг/мл и 6,63 (5,72 – 9,52) пг/мл; при этом показатели концентрации IL-10 у пациентов с артериальной гипертензией независимо от степени риска был достоверно ниже, чем в контрольной группе. Уровень IL-18 у пациентов с артериальной гипертензией был выше, чем у здоровых пациентов в обеих группах: 205,13 (74,0 – 299,71) пг/мл и 211,11 (71,45 – 334,89) пг/мл, контрольная группа 167,35 (147,62 – 290,74), однако различия были статистически недостоверными. Разница уровней TNF- α также не была достоверна (3,33 (1,67 – 10,28), 4,45 (1,39- 9,72), контрольная 1,67 (0,56 – 3,05) пг/мл. Таким образом, у мужчин с артериальной гипертензией уровень противовоспалительного IL-10 был достоверно ниже, чем в контрольной группе. В то же время не получено достоверных различий в уровнях воспалительных маркеров у мужчин АГ с разным сердечно - сосудистым риском.

Заключение:

Нами была выявлена достоверно более выраженная гипертрофия левого желудочка у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском у мужчин. Сочетание нескольких факторов риска, что характерно для мужчин, сопровождается повышенной активностью воспалительных реакций, развитием артериальной гипертензии с ранним поражением органов мишеней, в том числе и функционально-анатомическим изменениям сердца.

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА БЕЛКА ТЕПЛООВОГО ШОКА 70 (HSP70) В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ДЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Ганковская Л.В.,

Плотникова Н.А., Понасенко О.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности экспрессии гена белка теплового шока 70 (HSP70) у женщин при воздействии длительного стресса.

Материал и методы:

Основную группу составили 47 женщин – матери детей с онкопатологией в возрасте от 26 до 43 лет [35 (31-39) лет] с длительностью стресса 7,3 (3-8) месяцев. В группу контроля вошли 38 женщин, в возрасте 33 (26-40) лет без воздействия длительного стрессорного фактора. У всех женщин оценивался уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) на приборе АВРМ-02 (Meditect, Венгрия). Из лейкоцитов образцов крови выделяли РНК («АмплиПрайм РИБО-Сорб», ИЛС, РФ) и проводили реакцию обратной транскрипции («ОТ-1», Синтол, РФ). Для определения экспрессии гена HSP70 применялся метод капельной цифровой ПЦР – DropletDigital (ddPCR™). Методика выполнялась с использованием системы QX200™ Droplet Digital™ PCR System (Bio-Rad, США). Результаты обработаны в программе STATISTICA 10.

Результаты:

В основной группе выраженность тревоги составила 8,6 (6-11) баллов, в группе контроля – 5 (3-8) баллов ($p<0,05$). Уровень депрессии в основной группе составил 7,7 (6-9) баллов, в группе контроля – 3,4 (1-5) балла ($p<0,05$). У женщин с длительным стрессом выявлено увеличение экспрессии гена HSP70 (в 1,86 раза) по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Средние суточные значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в основной группе: 108 (101-118) мм рт.ст. и 66 (62-70) мм рт.ст. В группе контроля: 108 (102-113) мм рт.ст. и 65

(60-70) мм рт.ст. ($p>0,05$). ЧСС – 72 (66-78) уд/мин. и 74 (70-81) уд/мин., соответственно ($p>0,05$). При анализе связей в основной группе выявлена положительная корреляционная связь средней силы между продолжительностью стресса и уровнем тревоги и депрессии HADS ($r=0,35$; $r=0,38$, соответственно). Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между продолжительностью стресса и пульсовым суточным и ночным АД ($r=0,44$; $r=0,46$, соответственно).

Заключение:

Изучение корреляционных связей выявило взаимосвязь продолжительности стресса и показателей СМАД. У женщин в условиях длительного стресса выявлено повышение уровня экспрессии гена HSP70 в лейкоцитах периферической крови. Полученные данные свидетельствуют о возможности стресс-индуцированного механизма развития артериальной гипертензии у женщин.

ИНДЕКСЫ АНТРОПОМЕТРИИ ДЛЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Мирошников А.Б., Смоленский А.В.

ФГБУ ВПО РГУФКСМиТ, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Процент подкожно-жировой ткани, висцерально-жировой ткани и «Fat Mass Index» (FMI) является лучшим предиктором гипертензии и заболеваний сердечнососудистой системы. Роль мышечной массы и индексов ее отражающих, например, «Fat Free Mass Index» (FFMI) в патогенезе гипертензивной болезни у гипертензивных спортсменов недостаточна изучена. На основании анализа проблемной ситуации, данных литературных источников, а также запросов тренеров – преподавателей лечебной физической культуры, и врачей спортивной медицины была поставлена цель исследования. Цель исследования – определить индексы антропометрии гипертензивных спортсменов силовых видов спорта. Задачи исследования: 1) Изучить антропометрические индексы, которые коррелируют с повышенным артериальным давлением и риском метаболических нарушений сердечно-сосудистой системы в мировой литературе; 2) Провести анализ состава тела гипертензивных спортсменов силовых видов спорта.

Материал и методы:

1) Анализ и обобщение мировой научной литературы; 2) Биоимпедансный анализ состава тела; 3) Методы математической статистики. Исследования проводились на базе ФГБУ ВПО РГУФКСМиТ г. Москва. Тестирование испытуемых осуществлялось в лаборатории НИИ Спортивной медицины РГУФКСМиТ. В исследовании приняли участие 56 мужчин-спортсменов силовых видов спорта (тяжелая атлетика, пауэрлифтинг). Средний возраст спортсменов составил $23,4 \pm 2,5$ года, уровень спортивного мастерства — кандидаты в мастера спорта (КМС) и мастера спорта (МС). У всех спортсменов до и после исследования проводился комплекс обследований, включающий: опрос, осмотр, измерение артериального давления (АД), биоимпедансный анализ состава тела (процент мышечной и подкожно-жировой ткани (ПЖТ)), изучение параметров АД, расчет весоростовых индексов: ИМТ, FMI и FFMI. Индексы FMI и FFMI рассчитывались по формулам: $FMI (кг/м^2) = \text{жировая масса (кг)} / \text{рост}^2 (м)^2$ и $FFMI (кг/м^2) = \text{обезжиренная масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (м)^2$

Результаты:

Результаты обследования спортсменов силовых видов спорта показывают, что индексы состава тела существенно превышают допустимые значения и коррелируют с повышенным артериальным давлением. ИМТ($кг/м^2$)= $31,7 \pm 2,5$; ПЖТ(%)= $27,2 \pm 6,9$; FMI($кг/м^2$)= $8,6 \pm 1,4$; FFMI($кг/м^2$)= $22,5 \pm 2,2$; САД(мм.

рт.ст.)= $148,3 \pm 9,4$; ДАД(мм.рт.ст.)= $87,3 \pm 6,7$. В соответствии с Американской Кардиологической Ассоциацией (2005 год), спортсмены попадают в категорию «Гипертензия». Учитывая ожирение как изменяемый фактор риска гипертензии и зависимого веса тела снижения связей между ожирением и гипертензией, мы предполагаем, что уменьшение жирового компонента и поддержание аэробной работоспособности может быть более актуальным и полезным для предотвращения гипертензии и других заболеваний, связанных с ожирением у спортсменов силовых видов спорта.

Заключение:

Исследования молодых спортсменов силовых видов спорта ($23,4 \pm 2,5$ года) с высокими показателями индексов ожирения показали, что имеют больший риск развития гипертензивной болезни. Более того, различающая способность каждого индекса ожирения для гипертензии последовательно уменьшается с весовой категорией. Индексы FMI и FFMI могут быть лучшими предикторами в диагностике гипертензии для спортсменов более высоких весовых категорий. Подростки и молодые спортсмены должны быть информированы в предупреждении гипертензии путем контроля избыточного веса тела и подкожно-висцерального жира. Индексы антропометрии и их связь с артериальным давлением и метаболическими нарушениями сердечно-сосудистой системы нуждаются в дальнейшем изучении.

ИНФАРКТ МИОКАРДА 2-ГО ТИПА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ушанова А.М., Миронова О.Ю.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

В соответствии с III Универсальным определением, ИМ 2-го типа – это некроз сердечной мышцы, возникающий вследствие увеличения потребности миокарда в кислороде или ухудшения кровоснабжения. Такие состояния могут быть обусловлены как кардиальными, так и экстракардиальными причинами. Частота случаев развития ИМ 2-го типа достаточно разнообразна. По различным данным на них приходится от 1,6% до 36,6% из всех случаев возникновения ИМ. Наблюдаемая вариативность обуславливается отсутствием общепринятых диагностических критериев ИМ 2-го типа. В данном сообщении описан клинический случай второстепенно возникшего острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы:

Больной Т., 41 год, был доставлен в БИН 1 к/о врачами БСМП с диагнозом ОИМ через 5 часов 40 минут после начала болей ангинозного характера. Диагноз ИМ подтвержден на основании клинической картины, данных ЭКГ, ЭХО-КГ и динамики маркеров некроза миокарда. Из анамнеза болезни известно, что больной является сотрудником правоохранительных органов, и его работа сопровождается постоянной психоэмоциональной перегрузкой. Коронарный анамнез с 2005 года, когда впервые стали беспокоить боли ангинозного характера при физической нагрузке. Долгое время больной ввиду своего возраста и профессии не предавал особого значения приступам стенокардии, медикаменты не принимал. В 2007 году перенес ИИМ. На фоне проводимой терапии состояние оставалось стабильным, однако продолжали беспокоить приступы стенокардии, появились редкие приступы в состоянии покоя. В 2010 году при плановом обследовании был направлен на проведение КАГ в НИИ Н.В. Склифосовского, где было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, в том числе стеноз ПНА 85%, стеноз ДА 70%, стеноз ОА 75%, окклюзия 2-ой АТК от устья, окклюзия

ПКА на границе проксимального и среднего сегментов. Также во время этой госпитализации было обнаружено стойкое повышение АД до максимальных цифр 180/100 мм.рт.ст, поставлен диагноз ГБ III стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска. Проведена операция КШ АТК+ДА, 2-ая АТК, ЗМВ, МКШ: ПНА 07.09.10. После операции состояние оставалось стабильным, назначена медикаментозная терапия фозиноприл 10 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, аспирин 75 мг/сут. Терапию пациент принимал не регулярно, уровень АД не контролировал. При физической нагрузке продолжали беспокоить приступы стенокардии. 31.01.14 в покое в 19.00 развился интенсивный приступ ангинозных болей. Вызвана БСМП, установлен диагноз ОИМ. При поступлении на ЭКГ регистрировались элевации сегмента ST в отведениях III, aVR, депрессии в грудных отведениях до 0,7 мВ (рис. 1). По данным ЭХО-КГ ФВ 46%, зона гипокинезии по нижней стенке ЛЖ. У пациента в течение месяца продолжалось геморроидальное кровотечение в сочетании с высокими цифрами АД (максимально до 180/110 мм.рт.ст). Гемоглобин при поступлении 4,6 г/дл. ИМ, по видимому, носит вторичный характер. Основой его развития являлась железодефицитная анемия на фоне кровопотери в сочетании с имеющейся плохо леченой ГБ с 3 степенью повышения АД. В связи с этим тромболитическая терапия не проводилась, от проведения КАГ тоже рекомендовано было воздержаться. Выполнена гемотрансфузия, перелито 4 дозы эритроцитарной массы. На утро гемоглобин 8,2 г/дл. От назначения антиромботической терапии на первое время рекомендовано было воздержаться, назначена терапия парентеральными препаратами железа (ликферр 100), конкор 5 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут.

Результаты:

Нарушений ритма сердца не зафиксировано. В дальнейшем течение основного заболевания неосложненное. Ангинозные боли не рецидивировали, НРС, явлений НК на фоне присоединения к терапии аспирина не отмечалось. Однако, у пациента продолжалось кровотечение из геморроидальных узлов, на фоне чего постоянно снижался уровень гемоглобина. Требовалось проведение хирургического лечения.

Заключение:

Таким образом, на фоне хронического заболевания (в данном случае ЖДА в сочетании с ГБ) развился ИМ 2-го типа. Как показывает данный клинический случай, напряженная работа, нежелание подвергаться своевременному обследованию, низкая комплаентность, а также плохая осведомленность о факторах риска и осложнениях могут привести к такой жизнеугрожающей ситуации у мужчин молодого возраста. Из этого следует, что нужно активнее обучать пациентов контролировать показатели АД, акцентировать внимание на опасностях и осложнениях ГБ, в том числе возможности развития раннего атеросклероза. Не стоит забывать и об информированности профилактики геморроя и его осложнений, в первую очередь в группе лиц, имеющих факторы риска для развития этого заболевания. Что касается лечения, то при данном типе некроза миокарда не целесообразно прибегать к общепринятому плану и рекомендациям по лечению ИМ. При формировании лечебной тактики при ИМ 2-го типа следует анализировать каждый конкретный случай и учитывать патогенетический механизм его развития. Так как в настоящее время не существует практических рекомендаций по лечению пациентов с ИМ 2-го типа, врач самостоятельно должен определить объем медикаментозной терапии и рациональность хирургического вмешательства в индивидуальном порядке.

ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОЧЕТАННОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Третьяков С.В.¹, Загоруйко О.А.², Поспелова Т.И.¹

¹Новосибирский государственный медицинский университет,

²Дорожная клиническая больница, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/ задачи):

С целью уточнения особенностей функционального состояния правого желудочка при сочетании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) изучена диастолическая функция правого желудочка (ПЖ) у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 15 больных мужчины с ХОБЛ категории В и БА, (средний возраст 68,4±3,6 года). Группу сравнения составили 15 больных с ХОБЛ (средний возраст 63,4±3,2 года). Критерии исключения из исследования: инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, ожирение 2-3 степени. Оценка диастолической функции правого желудочка сердца изучалась методом доплерэхокардиографии. Определяли: максимальную скорость раннего наполнения (Е, м/с), максимальную скорость предсердного наполнения (А, м/с), их соотношение (Е/А), фазу раннего наполнения (FEF, с), фазу предсердного наполнения (FAF, с), механическую диастолу (MD, с), средние скорости раннего и предсердного наполнения (ASE, м/с; ASA, м/с). При тканевой доплерографии определяли Em (м/с), Am (м/с), соотношение Em/Am, соотношение E/Em, продолжительность фазы изометрического расслабления (IVRT, мс).

Результаты:

Не выявлено различий между группами в значениях соотношения пиковых скоростей, что свидетельствует об отсутствии различий в степени нарушения пассивного наполнения правого желудочка. На фоне отсутствия отличий между группами по продолжительности фаз раннего и предсердного наполнений, у больных основной группы отмечается более продолжительная механическая диастола (на 13%, p<0,05), за счет удлинения периода диастазиса. В основной группе, в отличие от группы сравнения происходит удлинение фазы изоволюмического расслабления на 18,8% (p<0,05), т.е. происходит замедление удаления ионов кальция из миоплазмы в диастолу. Несмотря на большие скорости Em (на 10,3%, p<0,05) и Am (на 11,2%, p<0,05), соотношение Em/Am не имело статистически достоверных отличий, а показатель E/Em был в основной группе на 11% больше (p<0,05).

Заключение:

При сочетании ХОБЛ и БА, в отличие от больных с ХОБЛ, у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией отмечается большая степень нарушения активного расслабления правого желудочка.

КАРДИОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АГ И БЕЗ АГ.

Авалян А.А., Шитов В.Н., Саидова М.А.,
Болотова М.Н., Ощепкова Е.В., Чазова И.Е.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава
России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить кардиотоксическое действие антрациклинсодержащей химиотерапии у больных с тройным негативным раком молоч-

ной железы с/без АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 70 больных с тройным негативным раком молочной железы [средний возраст $48,6 \pm 13,3$ лет], получавших химиотерапию с включением антрациклинов. Всем больным выполнялось трехкратное измерение клинического АД методом Короткова с интервалом 1 – 2 минуты в положении сидя; трансторакальная ЭхоКГ, включая метод не-доплеровского изображения миокарда в двумерном режиме. Для оценки глобальной систолической функции ЛЖ определялись фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (по методу Simpson's Biplane) и показатель глобального продольного стрейна (GLS) по данным 2D SpeckleTracking Imaging [средние значения GLS для женщин – $22,1 \pm 1,8$]. Больные исходно были разделены на 2 группы: 1 группа (n=18) – больные с анамнезом АГ и 2 группа (n=52) – без анамнеза АГ.

Результаты:

У больных с исходной АГ средний уровень АД клин. составил $130,8 \pm 2,3/79,5 \pm 2,7$ мм рт.ст. После 8 курсов химиотерапии у 10 больных на фоне антигипертензивной терапии сохранялся целевой уровень АД ($126,2 \pm 4,5/71,6 \pm 3,5$ мм рт.ст.). При оценке систолической функции ЛЖ после 8 курсов химиотерапии было зарегистрировано снижение ФВЛЖ (с $68,9 \pm 5,8$ % до $63,7 \pm 6,7$ %, $p < 0,05$), однако эти изменения находились в пределах нормальных значений. Показатель GLS исходно в группе больных с АГ был ниже нормальных значений ($-19,1 \pm 2,8$ %, $p < 0,05$), после 8 курсов химиотерапии отмечалось дальнейшее снижение показателя GLS с $-19,1 \pm 2,8$ % до $-16,4 \pm 3,8$ % ($p < 0,05$). У 8 (44,4%) больных РМЖ с анамнезом АГ, которым проводилась АГТ, во время проведения химиотерапии было зарегистрировано прогрессирование АГ- повышение клин. АД ($162,2 \pm 11,2/98,3 \pm 4,9$ мм рт.ст.). После 8 курсов химиотерапии было отмечено снижение ФВЛЖ (с $65,9 \pm 3,4$ % до $62,0 \pm 2,0$ % ($p > 0,05$), однако значения ФВЛЖ находились в пределах нормальных показателей. GLS у данной группы больных исходно был ниже нормальных значений ($-18,0 \pm 1,5$ %). В процессе химиотерапии отмечалось дальнейшее снижение показателя GLS (до $-15,6 \pm 1,3$ %). В процессе химиотерапии у 7 больных (13,4%) с исходной нормотонией по данным клин. АД отмечалось повышение АД (до $148,3 \pm 5,8/94,1 \pm 3,7$ мм рт.ст.). По данным трансторакальной ЭхоКГ ФВЛЖ до химиотерапии составила $68,9 \pm 1,7$ %, после окончания химиотерапии – $67,9 \pm 1,5$ %. Показатель GLS исходно был в пределах допустимых значений ($21,8 \pm 0,4$ %). После лечения противоопухолевыми препаратами показатель GLS практически не изменился и после химиотерапии составил $21,4 \pm 0,5$ %.

Заключение:

У больных с АГ уже имеется субклиническое снижение сердечной функции, что делает их еще более чувствительными к кардиотоксическому влиянию противоопухолевых препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Абдрахманов Д.Д., Лисина Е.В., Пономарева В.А., Белокрылова Л.В., Пушников А.А.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией в клинической практике. Инсульт, ассоциированный с ФП, обычно является более тяжелым, чем ишемический инсульт в результате других причин поэтому

профилактика инсульта, связанного с ФП, остаётся одной из важных проблем здравоохранения всех стран мира. Цель исследования – оценить факторы риска тромбоэмболических осложнений и антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы:

Ретроспективный анализ историй болезни 72 больных (47 женщин, 25 мужчин), средний возраст $75,7 \pm 6,9$ лет, перенесших ИИ на фоне ФП и проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении ОКБ №2 г. Тюмени в 2016 г. Анализ факторов риска тромбоэмболических осложнений проводился при помощи шкалы CHA2DS2-VASc. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты:

Средний возраст обследованных больных с ИИ на фоне ФП составил $74,7 \pm 8,9$ лет, преобладали пациенты в возрасте старше 65 лет – 89,5%, женского пола – 65%, с постоянной формой ФП – 70,8%. Наиболее часто встречающимися факторами риска у больных с ФП, перенесших ИИ, как среди мужчин, так и женщин, были: артериальная гипертензия (100%), сердечная недостаточность (98,6%), сосудистые заболевания - инфаркт миокарда или атеросклеротические бляшки аорты (90,3%). Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было в 30,6% случаев, ТИА или системные тромбоэмболии у 72, 5% больных с ИИ на фоне ФП. При расчете индекса CHA2DS2-VASc, сумма баллов у всех пациентов оказалась выше 3. У большинства индекс равнялся 7 и 8 баллам, а у 8 человек (женщины) индекс имел максимальное значение – 9 баллов. Среднее значение индекса $6,14 \pm 1,19$ баллов. Средняя сумма баллов у мужчин ($5,25 \pm 2,1$ баллов) была достоверно ниже, чем у женщин ($7,06 \pm 2,5$ баллов), $p < 0,05$. При клинической оценке неврологического статуса больных с ФП, перенесших ИИ, установлено, что в 77% случаев инсульты относились к категории тяжелых. Наиболее частыми проявлениями ИИ были гемипарез, сенсорно-моторная афазия, дизартрия. При оценке лечения на догоспитальном этапе, оказалось, что 40,5% больных получали антиагреганты (кардиомагнил или аспирин), варфарин принимали 14% больных, ривароксабан 1% случаев, дабигатрана этексилат - 5,5% больных с ИИ на фоне ФП. В 39% случаев пациенты не использовали для снижения риска тромбообразования ни антикоагулянтов, ни антиагрегантов. Объем обследований и проводимой терапии на стационарном этапе соответствовал современным стандартам и клиническим рекомендациям. Исход лечения в 95,83% случаев - улучшение состояния (выписка в удовлетворительном состоянии), в 2,77% не было эффективности от лечебной терапии, 1,38% - ухудшение состояния.

Заключение:

В нашем исследовании часто встречающимися факторами риска инсульта и тромбоэмболических осложнений были: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и атеросклеротическое поражение сосудов. В 77% случаев инсульты у больных с ФП сопровождалась развитием тяжелого неврологического дефицита. Все пациенты, перенесшие ИИ на фоне ФП имели, высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (индекс CHA2DS2VASc) и имели прямые показания для назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе лечения, однако антикоагулянты получали лишь 20,5% больных, антиагреганты - 40,5%, а у 39% больных не проводилась антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.

КЛИНИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ОАО «РЖД»

Синцова С.В., Чичерина Е.Н.

ФГБОУ ВО Кировский Государственный медицинский университет Минздрава России, г. Киров, Россия

Введение (цели/ задачи):

Клинико-экономическая оценка лечения больных артериальной гипертензией (АГ) работников ОАО «РЖД», проходящих лечение в круглосуточном стационаре НУЗ «Отделенческая больница на станции Киров ОАО «РЖД».

Материал и методы:

В ходе исследования проанализированы анкеты-опросники и истории болезни 50 больных с АГ. Все пациенты являются сотрудниками ОАО «РЖД» на станции Киров и их профессии связаны с обеспечением безопасности движения железнодорожного транспорта: машинист, помощник машиниста, монтер пути. Абсолютное большинство исследуемых больных – мужчины (90%), что связано со спецификой работы в РЖД. Возраст мужчин [25;59] лет. Возраст женщин [40;59] лет.

Результаты:

При анализе основного заболевания было выявлено, что у большинства больных 2 стадия и 2 степень АГ. У большинства пациентов давность заболевания 1 - 5 лет. Впервые обратились за медицинской помощью 28% больных, из них: у 47%- впервые выявлена АГ, 53%- давно отмечают повышение артериального давления (АД). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалось ожирение. Показатель индекса массы тела исследуемых в среднем – 30. 69% опрошенных не соблюдают рекомендации лечащего врача. По данным опроса, до настоящей госпитализации больные принимали назначенные гипотензивные препараты со следующей регулярностью: 31% - ежедневно; 16% - иногда забывали принимать препараты; 33% - принимали препараты только при повышении АД; 20% больных вообще не принимали препараты. Анкетирование также показало, что большинству больных (65%) АГ не мешает в профессиональной деятельности и повседневной жизни. Это может являться одной из причин нерегулярного приема гипотензивных препаратов. При приобретении назначенных врачом препаратов, 76% опрошенных выбирали препарат, который назначил лечащий врач, 25% - более дешевый аналог. 61% исследуемых пациентов считали, что препараты с одинаковым действующим веществом, но разной стоимостью одинаково эффективны. На вопрос, «почему Вы можете отказаться от покупки назначенного препарата», получены следующие ответы: высокая стоимость - 29%; мнение знакомых - 16%; большое количество побочных эффектов, прочитанных в аннотации - 65% и лишь 16% опрошенных в любом случае покупали назначенный врачом препарат. По результатам анкетирования 92% пациентов предпочитали принимать один, но более дорогой комбинированный препарат вместо нескольких препаратов с более низкой стоимостью и только 6% больных были готовы принимать несколько препаратов. Медикаментозная терапия АГ проводилась в соответствии национальными рекомендациями. Наиболее часто назначались: ингибиторы-АПФ, тиазидоподобные диуретики и β-адреноблокаторы. До лечения средний уровень АД составляло 166/101 мм.рт.ст., при выписке 125/80 мм.рт.ст. Таким образом, в результате лечения у 100% больных достигнуты целевые цифры АД. Побочных эффектов от приема назначенных препаратов ни у кого из исследуемых пациентов выявлено не было. По данным опроса пациентов средние затраты на лечение АГ до госпитализации составляли 405 рублей

в месяц. Мужчины тратили от 0 до 1000 рублей, в среднем 518 рублей. Женщины оказались более экономными, их затраты на лечение АГ в месяц составили от 0 до 500 рублей, в среднем 292 рубля. Средняя сумма, которую исследуемые пациенты готовы потратить в месяц на лечение АГ, составила 1444.50 рублей. Мужчины готовы расходовать от 500 до 5000 рублей в месяц, в среднем 1929 рублей, а женщины от 500 до 1500 рублей, в среднем 960 рублей в месяц.

Заключение:

Анализ заболеваемости и временной утраты трудоспособности по АГ в Кировском отделении Горьковской железной дороги ОАО «РЖД» показал высокую значимость данной нозологии для акционерного общества в обеспечении безопасности железнодорожного движения, а также в экономическом ущербе, наносимом большим числом дней временной нетрудоспособности по АГ. Исследование показывает, что особенностью течения данного заболевания у этой категории населения является редкая обращаемость за медицинской помощью, но в то же время готовность принимать препараты, даже не зависимо от стоимости лечения. Все эти особенности необходимо учитывать при работе с данной категорией больных, что будет способствовать улучшению безопасности железнодорожного движения, снижению инвалидизации пациентов и соответственно, снижению экономических затрат.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Полтавцева О.В.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Известно, что артериальная гипертензия (АГ) является одной из главных причин развития когнитивных нарушений (КН), а наличие ожирения повышает риск деменции. Целью данного исследования явилось изучение когнитивных расстройств у пожилых пациентов с АГ и ожирением.

Материал и методы:

Проведено обследование 42 пациентов с АГ и ожирением, мужчин и женщин в возрасте от 61 до 74 лет. Средний возраст составил 68,7 лет (95%-й доверительный интервал (ДИ) 67,2-70,7 лет). 85,7% обследованных имели ожирение I степени, 14,3% - ожирение II и III степени, индекс массы тела (ИМТ) в среднем 32,4 кг/м² (95%-й ДИ 31,3-33,4 кг/м²). Контрольная группа состояла из 39 пациентов с АГ такого же возраста, в среднем 68,5 лет (95%-й ДИ 65,5-71,6 лет), но без ожирения: ИМТ в среднем 24,2 кг/м² (95%-й ДИ 23,3-24,7 кг/м²). В исследовании не участвовали больные с перенесенным инсультом, инфарктом миокарда, фибрилляцией предсердий, сахарным диабетом. Всем пациентам проводилось исследование когнитивных функций. С помощью теста «5 слов» оценивали непосредственное воспроизведение, когда пациент повторял за исследователем 5 слов, и отсроченное воспроизведение, когда пациенту через 3-5 минут после выполнения другого задания предлагали вспомнить и назвать эти 5 слов. Максимальная оценка за тест - 10 баллов, результат менее 10 свидетельствовал о наличии КН. Тест вербальных ассоциаций состоял из двух проб. В первой пробе (литеральные ассоциации) пациентам предлагали за 1 мин назвать как можно больше слов, начинающихся на букву «л». Имена собственные не засчитывались. За каждое названное слово начислялся один балл. В норме их должно быть не менее 20, максимальный балл также составляет 20. Во второй пробе

пациентов просили назвать как можно больше растений (категориальные ассоциации) за 1 мин, максимальный балл - 20. В тесте рисования часов пациентов просили самостоятельно изобразить круглые часы на чистом листе нелинованной бумаги, поставить цифры в нужные позиции циферблата и нарисовать стрелки, показывающие заданное время. Результат теста менее 10 баллов свидетельствовал о наличии когнитивных расстройств. Полученные данные обработаны с помощью компьютерной программы «STATISTICA for Windows». Количественные показатели представлены с указанием 95% доверительного интервала (ДИ). Достоверность различий парных независимых совокупностей проверяли при помощи t-критерия Стьюдента. Для определения существования связей между параметрами вычисляли коэффициент корреляции Спирмена (r). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

По результатам обследования у всех пациентов с АГ, как с ожирением, так и с нормальной массой тела определялись когнитивные нарушения. Так, в тесте 5 слов задание выполнили 21,4% больных с ожирением, средний балл составил 8,29 (95%-й ДИ 7,92-8,65 баллов), в контрольной группе - 30,8%, средний балл - 8,38 (95%-й ДИ 7,91-8,86 баллов) ($p=0,737$). В пробе с литеральными ассоциациями обе группы показали одинаковые результаты: 20 баллов набрали только 9,1% больных с ожирением (в контрольной группе - 9%), в пробе с категориальными ассоциациями - половина пациентов (в контрольной группе - 46,2%). В тесте рисования часов правильно выполнили задание и набрали 10 баллов 14,3% больных с ожирением, подавляющее большинство (85,7%) с заданием не справились. Пациенты контрольной группы лучше выполнили задание: правильно нарисовали часы 38,5%, а 61,5% набрали меньше 10 баллов. Таким образом, по результатам теста рисования часов КН у больных ожирением были более выражены, чем у пациентов с нормальной массой тела, и различие оказалось статистически значимым: средний балл составил 5,71 (95%-й ДИ 4,95- 6,48 балла) и 7,23 (95%-й ДИ 6,30-8,16 баллов), соответственно, $p=0,012$. Также установлена обратная корреляционная зависимость между ИМТ и результатами теста рисования часов $r = -2,6896$, $p=0,008$.

Заключение:

Таким образом, у подавляющего большинства пожилых пациентов с АГ и ожирением выявлены когнитивные нарушения, для оценки которых в данной группе пациентов рекомендуется использование теста рисования часов.

КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бейлина Н.И., Хамидуллина Г.Ф., Майорова К.А.
КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ -
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

При наличии у пациента нескольких заболеваний актуальными становятся вопросы полипрагмазии и приверженности к лечению. Цель: оценить комплаенс коморбидных пациентов, в том числе при наличии гипертонической болезни (ГБ), с учетом пола, количества госпитализаций.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 62 пациента с коморбидной патологией, в том числе 25 мужчин, в возрасте от 34 лет до 91 года, средний возраст $71,2 \pm 1,6$ лет. Проводился подсчет индекса коморбидности Чарлсона, оценка комплаенса по шкале Мориски-Грин. Статобработка с использованием критерия χ^2 ,

точного критерия Фишера, t-критерия Стьюдента.

Результаты:

Индекс коморбидности у наблюдаемых пациентов составил от 1 до 10 баллов, в среднем: $4,98 \pm 0,23$; у мужчин - $4,7 \pm 0,4$, у женщин - $5,4 \pm 0,3$ баллов ($p > 0,05$, не значимые различия). ГБ выявлена у 52 человек с коморбидной патологией (83,9% от общего числа пациентов), в том числе у 33 женщин (89,2% всех женщин) и 19 мужчин (76% всех мужчин). В выявлении ГБ нет различий по гендерному признаку ($p > 0,05$). Индекс коморбидности от 1 до 10 баллов, в среднем составил $5,25 \pm 0,26$, у мужчин - $4,6 \pm 0,4$, у женщин - $5,6 \pm 0,3$ баллов ($p > 0,05$, не значимые различия). Индексы коморбидности в общей выборке и среди пациентов с ГБ значимых различий не имели ($p > 0,05$). Лечение ГБ и коморбидной патологии осуществлялось согласно клиническим рекомендациям по соответствующим патологиям, включало β -блокаторы, антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, мочегонные, антиагреганты, антикоагулянты, гиполипидемические и гипогликемические препараты, бронхолитики, гепатопротекторы. Все пациенты получали от 0 до 14 препаратов, в среднем $6,9 \pm 0,4$ медикаментов, среди пациентов с ГБ - от 3 до 14 препаратов, в среднем $7,5 \pm 0,4$ медикаментов ($p > 0,05$, не значимые различия). Женщины с коморбидной патологией принимали больше лекарств, чем мужчины ($7,5 \pm 0,5$ и $5,8 \pm 0,6$; $p < 0,05$), при ГБ женщины в среднем принимали $7,94 \pm 0,5$ медикаментов, мужчины - $6,6 \pm 0,7$ ($p > 0,05$, не значимые различия). По поводу обострения, декомпенсации заболеваний или возникших осложнений лечения было проведено от 1 до 14 госпитализаций в год (в среднем $3,4 \pm 0,3$) как среди коморбидных пациентов, так и среди пациентов с ГБ. Гендерных различий в количестве госпитализаций среди коморбидных пациентов (у мужчин - $2,9 \pm 0,4$, у женщин - $3,6 \pm 0,4$) и пациентов с ГБ (у мужчин - $2,8 \pm 0,4$, у женщин - $3,7 \pm 0,4$) не выявлено ($p > 0,05$). Среди всех больных привержены к лечению 12% мужчин, 10,8% женщин, среди пациентов с ГБ - 15,8% и 12,1% соответственно ($p > 0,05$, не значимые различия). Количество госпитализаций у приверженных пациентов составило $4,14 \pm 1,8$ в год, у не приверженных пациентов - $3,29 \pm 0,2$ в год ($p > 0,05$, не значимые различия).

Заключение:

Женщины с коморбидной патологией принимали больше лекарств, чем мужчины ($7,5 \pm 0,5$ и $5,8 \pm 0,6$). По поводу обострения, декомпенсации заболеваний или возникших осложнений лечения было проведено в среднем $3,4 \pm 0,3$ госпитализаций в год как среди коморбидных пациентов, так и среди пациентов с ГБ. Гендерных различий в количестве госпитализаций среди коморбидных пациентов и пациентов с ГБ не выявлено. Среди всех больных привержены к лечению 12% мужчин, 10,8% женщин; среди пациентов с ГБ - 15,8% и 12,1% соответственно (не выявлены значимые гендерные различия).

КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Труханова М.А.¹, Орлов А.В.², Толкачева В.В.¹,
Виллевалде С.В.¹, Кобалава Ж.Д.¹

¹Российский университет дружбы народов,

²Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность различных фенотипов и контроля АД на основании параметров клинического, 44-час амбулаторного измерения АД и показателей центральной гемодинамики у

пациентов на программном гемодиализе.

Материал и методы:

У 68 пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) программным гемодиализом (ГД) (медиана возраста 58,3 лет, [IQR 54,6; 61,6], мужчин 45%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%), было выполнено измерение перидиализного АД и 44-час параллельное амбулаторное мониторирование АД в плечевой артерии и аорте в междиализный период при помощи валидированного осциллометрического прибора VPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород). Регулярную антигипертензивную терапию получали 57 (83,8%) пациентов, из них у 14 (24,6%) проводилась монотерапия, комбинированную терапию двумя, тремя и четырьмя антигипертензивными препаратами получали 26 (45,6%), 12 (21,1%) и 5 (8,8%) пациентов. Для оценки суточных ритмов АД использовалась традиционная классификация суточного индекса (СИ) в зависимости от степени ночного снижения АД в плечевой артерии (диппер – СИ 10-20%; нон-диппер – СИ 0-10%; овер-диппер – СИ >20%, найт-пикер – СИ имеет отрицательные значения). Результаты анализировали с использованием пакета программ Statistica 10.0. Результаты считали статистически значимыми при значениях $p < 0,05$. Средние величины представлены в виде Med (IQR), $M \pm SD$.

Результаты:

Выявлены достоверно более низкие значения центрального систолического АД (цСАД) (129 [123; 135] мм рт.ст.) и центрального пульсового АД (цПАД) (49 [44; 54] мм рт.ст.) в сравнении с показателями клинического (САД 149 [141; 156] и 148 [141; 156] мм рт.ст., ПАД 53 [45; 60] и 51 [44; 58] мм рт.ст. до и после ГД соответственно) и периферического АД (САД 143 [136; 149] мм рт.ст., ПАД 62 [57; 66] мм рт.ст.). Частота артериальной гипертензии (АГ) при использовании разных методов между собой достоверно не отличалась – 76,5% и 75% по данным клинического АД до и после ГД, 73,2% – по данным периферического СМАД, 72% – по данным цАД. В 1-ый междиализный день АГ была отмечена у 64,3% (n=44) пациентов, во 2-ой междиализный день – у 75% (n=51), при этом частота ночной АГ в 1-й и 2-й междиализные дни составляла 68% (n=46) и 80% (n=54) соответственно. По данным центрального АД, АГ в 1-ый междиализный день была отмечена у 64,7% (n=44) пациентов, во 2-ой междиализный день – у 73,5% (n=50). Частота пациентов с нарушенным циркадным ритмом АД по данным 44-час СМАД составила 77% (n=52), при этом в 1-й день частота нарушений была 75% (n=51), во 2-й день – 87% (n=59). Обращало на себя внимание изменение типа суточной кривой во 2-й день – уменьшение количества пациентов с нормальной степенью снижения АД (диппер) и увеличение количества пациентов с недостаточной степенью снижения АД (нон-диппер). При сопоставлении клинического и периферического АД при 44-час СМАД среди пациентов, принимавших антигипертензивные препараты (n=57) истинная неконтролируемая АГ встречалась в 66,5%, АГ белого халата в 14%, скрытая неэффективность терапии в 9% случаев. При сопоставлении клинического и центрального АД при 44-час СМАД среди пациентов, принимавших антигипертензивные препараты (n=57) истинная неконтролируемая АГ встречалась в 70,2%, АГ белого халата в 10,5%, скрытая неэффективность терапии в 1,8% случаев.

Заключение:

44-час амбулаторное мониторирование АД является более информативным методом диагностики и контроля АГ, чем клини-

ческое измерение АД, и может быть рекомендовано для всех пациентов на программном ГД, при невозможности выполнения 44-час СМАД можно рекомендовать проведение 24-час СМАД во 2-й междиализный день.

КУПИРОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОСЛОЖНЕННОГО ОТЕКОМ ЛЕГКИХ

Альмухамбетов М.К., Альмухамбетова Э.Ф., Нуфтиева А.И.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА, г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы и основным фактором риска развития осложнений, что несет огромный ущерб здоровью населения. В настоящее время к основной группе препаратов, используемых при купировании гипертонических кризов, относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Эналаприлат угнетает образование ангиотензина-2 и устраняет вазоконстрикторное действие, постепенно снижая артериальное давление без увеличения частоты сердечных сокращений, сердечного выброса, уменьшает общее периферическое сосудистое сопротивление и преднагрузку. Цель исследования: изучение применения парентерального эналаприлата в купировании гипертонических кризов, осложненных отеком легких на базе станции скорой медицинской помощи города Алматы.

Материал и методы:

Всего было обследовано 26 больных, из которых в основную группу вошли 12 пациентов (4 мужчин и 8 женщин), в контрольной и 14 (5 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 49 до 66 лет (средний возраст (57,4±7,5) года) с отеком легких на фоне гипертонического криза. При проведении исследования мы разработали специальную карту, в которой зафиксировали все показатели. Средняя продолжительность заболевания артериальной гипертензией в обеих группах составила (13,6±3,7) года. Эналаприлат – ингибитор АПФ, вводился внутривенно в течение 5 мин в дозе 5-10 мл (1,25 мг – 1 мл), терапевтический эффект развивался через 15 минут, максимальное действие 30 мин, продолжительность около 6 ч. При необходимости повторную дозу вводили в течение 60 минут. Противопоказаниями были: гиперчувствительность к ингибиторам АПФ, беременность. Применяли с осторожностью при аортальном и митральном стенозе, стенозах почечных артерий, системных заболеваниях соединительной ткани, почечной недостаточности, у пожилых. Среднее время от вызова скорой помощи до момента ее прибытия составляло 15 минут. Экстренная терапия в основной группе включала эналаприлат внутривенно в дозе 1,25 мг медленно в течение 5 минут на 20,0 мл изотонического раствора хлорида натрия, после осмотра пациентов и измерений артериального давления, пульса, электрокардиографии. Затем контролировали клиническое состояние и учитывали побочные эффекты, дважды через каждые 15 мин после введения препарата измеряли артериальное давление, частоту сокращений сердца. Уровень артериального давления был умеренным в обеих группах: систолическое артериальное давление 160-185 мм рт.ст., диастолическое в пределах 90-100 мм рт.ст.

Результаты:

Терапевтический эффект развивался через 15 минут, значительное снижение артериального давления произошло через

полчаса от начала терапии. Следует отметить, во всех случаях снижение артериального давления пациента не превышало 20 %. Развитие клинических симптомов согласуется с динамикой изменений артериального давления. У большинства пациентов исчезли такие симптомы, как головная боль (92,3%), головокружение (86,7%), тошнота (84,3%), а у остальных снизилась их интенсивность. В контрольной группе анальгетики наркотические применялись у 3 пациентов, тогда как в основной группе не возникла необходимость их применения. Все пациенты были госпитализированы. Время вызова скорой помощи было в основной группе 42,5 мин, в контрольной 49,7 мин.

Заключение:

1. Внутривенное введение препарата в дозе 1,25 мг позволяет сократить интерстициальный отек легких на фоне умеренно повышенного артериального давления в условиях оказания неотложной медицинской помощи. 2. Использование препарата в купировании гипертонического криза, осложненного отеком легких, помогает сократить время, затрачиваемое на вызов бригады скорой помощи.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Килесса В.В., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Лечение «коморбидного» пациента сопряжено с необходимостью учета разнонаправленного эффекта каждого лекарственного средства. Пациенты, одновременно страдающие артериальной гипертензией, аритмией, сердечной недостаточностью, бронхообструктивным заболеванием легких, представляют собой особый контингент кардиологических больных. Цель: совершенствование подходов к лечению больных вышеуказанной сочетанной патологией.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением в 2017-2018 г.г. состояло 75 больных артериальной гипертензией и бронхообструктивным заболеванием легких, которые наблюдались амбулаторно и в условиях стационаров.

Результаты:

Медикаментозное обеспечение таких пациентов предусматривает неиспользование β-адреноблокаторов, ограниченное применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, если препарат инициирует или усиливает кашель (дистальная бронхообструкция), максимальное использование сартанов (Эдарби-Кло, Микардис-плюс и др.). Лечение же бронхообструктивной составляющей у таких пациентов предусматривает применение инновационных ингаляционных средств – Релвар-эллипта, Аноро-эллипта, комбинированных низкодозовых препаратов, влияющих на основные звенья патогенеза бронхообструкции – спазм гладкой мускулатуры бронхиол и мелких бронхов, отек бронхиального дерева, дискринию.

Заключение:

Качество бронхообструктивного заболевания легких определяется выраженностью того или иного звена патогенеза и не более того. Вместе с этим, устранение бронхообструкции является по мнению Кубышкина В.Ф., Солдатченко С.С. (1995 г.) этиопатогенетическим подходом лечения «пульмогенной» системной артериальной гипертензии.

М-ХОЛИНОЛИТИК ПОВЫШАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Баев В.М., Агафонова Т.Ю.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время лечение идиопатической артериальной гипотензии (ИАГ) не разработано, и практические врачи используют лишь симптоматическую терапию. Известно, что в генезе ИАГ у молодых женщин ведущее значение имеет преобладание активности парасимпатического отдела автономной нервной системы в сочетании с гипероксидазотемией, что формирует клинические эффекты сердечно-сосудистой системы. Однако о применении м-холинолитиков при ИАГ мало что известно. Целью исследования было изучение влияния м-холинолитика «Бекарбон» на параметры системного кровообращения у молодых женщин с ИАГ.

Материал и методы:

Объект исследования – 20 женщин с ИАГ в возрасте от 19 до 32 лет. Предмет исследования – параметры системного кровообращения. Тип исследования – динамический с экспериментом. Критерием ИАГ считали уровень САД равный 98 мм рт.ст. и ниже, отсутствие причины гипотензии. Нормальными значениями для САД был принят диапазон 120-129 мм рт.ст., для ДАД – 80-84 мм рт.ст. В качестве экспериментального препарата применяли однократный контролируемый прием 1 таблетки м-холинолитика «Бекарбон» (ОАО «Татхимфармпрепараты», Россия, Казань). Клинические эффекты препарата оценивали по динамике САД, ДАД и ЧСС. АД измеряли после 10-минутного отдыха, на правом плече в положении сидя (предплечье на столе) дважды: исходно, за 5 минут до приема «Бекарбона», и повторно, через 1 час после приема «Бекарбона». Использовали тонометр A&D UA-777. Обследованные лица дали письменное согласие на участие в настоящем исследовании. План и дизайн исследования одобрен этическим комитетом ПГМУ (протокол № 9 от 27.10.2017 г.).

Результаты:

Исследование гемодинамики в период эксперимента выявило, что у пациентов через 1 час после приема 1 таблетки «Бекарбона» отмечается повышение САД с 94(92-96) мм рт.ст. до 108(106-112) мм рт.ст. (p=0,0001), повышение ДАД с 65(62-67) мм рт.ст. до 73(68-77) мм рт.ст. (p=0,0004), учащение ЧСС с 68(63-75) уд. в мин. до 72(66-76) уд. в мин. (p=0,043). Повышение САД зафиксировано у 18 пациентов (90 %). Случаев снижения САД не было. Сочетанное повышение САД, ДАД и ЧСС отмечено у 16 пациентов (80%). Снижение ДАД выявлено у 2-х пациентов, урежение ЧСС – у 3-х пациентов.

Заключение:

Диагностированное нами повышение АД и ЧСС после употребления «Бекарбона» при ИАГ указывает на уменьшение парасимпатической активности, уменьшения нитритивного стресса и активацией симпатoadреналовой системы. М-холинолитики в терапевтических дозах противодействуют периферической дилатации и резкому снижению артериального давления, создаваемого эффектами холиновых эфиров, основных медиаторов парасимпатического отдела автономной нервной системы. Именно ослабление подавляющей парасимпатической активности при ИАГ позволяет «освободить» симпатическую активность АНС, что мы рассматриваем как важный патофизиологический механизм для оптимизации лечения ИАГ. Поэтому новым и перспективным методом комплексного лечения пациентов с ИАГ может выступать применение м-холинолитиков.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ПАРАМАГНИТНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ

ПАТОЛОГИЧЕСКОГО НЕОВАСКУЛОГЕНЕЗА СТЕНКИ АОРТЫ КАК ПРЕДИКТОРА ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рюмшина Н.И., Мочула О.В., Усов В.Ю.

НИИ кардиологии ТНИМЦ, г. Томск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) в современном индустриальном мире является самым распространенным неинфекционным заболеванием, и одновременно - важнейшим фактором риска развития таких потенциально летальных осложнений, как повреждение сердечной мышцы, острый инфаркт миокарда и ишемический инсульт. Однако формирование ишемического повреждения миокарда у таких больных при наличии у них коронарного атеросклероза как правило относится целиком на счет стенозирующих эффектов атеросклеротических бляшек, хотя у пациентов с резистентной артериальной гипертензией повреждение миокарда происходит и в отсутствие гемодинамически значимого коронарного атеросклероза. Факторы, определяющие развитие повреждения миокарда у пациентов с артериальной гипертензией, до настоящего времени изучены недостаточно. Между тем, современные методы МР-томографии грудной клетки с использованием парамагнитного контрастного усиления (ПМКУ) позволяют эффективно визуализировать как ишемические поражения миокарда, в том числе и достаточно «незначительные» по анатомическому объему, так и повреждения аортальной стенки, за счет накопления в них контрастов-парамагнетиков, представляющих собой маркеры повреждения гистогематических барьеров, и в том числе — гемато-миокардиального. Цель: оценка частоты повреждений миокарда и определяющие их факторы при МР-томографическом исследовании с парамагнитным контрастным усилением у пациентов с артериальной гипертензией без острого инфаркта миокарда в анамнезе.

Материал и методы:

Обследовано 29 пациентов с медикаментозно-резистентной АГ, возраст $57,3 \pm 9,8$ лет. Систолическое АД 154 (144; 168) мм. рт. ст., диастолическое АД 89 (76; 95) мм. рт. ст., масса миокарда левого желудочка 224 (186; 297) г. Магнитно-резонансная томография (МРТ) включала в себя проведение исследования сердца и грудной клетки в целом, с охватом грудной аорты вплоть до уровня диафрагмы, в ЭКГ-синхронизированном режиме, с парамагнитным контрастным усилением (гадобутрол, 1 мл/10 кг). Срезы МРТ сердца, с охватом аорты, были получены в T1- (TR= 500 мс, TE= 12 мс), T2-(TR=4000 мс, TE= 25 мс), ssfr – взвешенных режимах, а также в режиме кино-МРТ, и в режиме инверсии—восстановления с получением изображения «темного» миокарда, толщиной 5-8 мм, в матрицу 256 x 392 элемента изображения. Визуально оценивалось наличие или отсутствие включения парамагнетика в миокард левого желудочка, по данным исследования с ПМКУ в режиме инверсия-восстановление, с «темным» миокардом, при одновременной визуализации контрастного накопления в области стенки аорты. Определялся поперечный диаметр восходящей аорты выше аортального клапана, а также и диаметр нисходящей грудной аорты. Для стенки восходящей аорты, нисходящей аорты и области включения парамагнетика в миокард рассчитывался индекс усиления (ИУ) интенсивности T1-ВИ с подавлением жира, как отношение: $IU = (\text{Интенсивность T1-взв SE})_{\text{контраст}} / (\text{Интенсивность T1-взв SE})_{\text{исходн}}$

Результаты:

Пациенты, которым выполнялось МРТ сердца с ПМКУ, были

разделены на две группы — на лиц с наличием контрастного усиления миокарда как в T1-, так и в инверсном (с черным — интактным миокардом) (группа 1, n = 19), и тех, у кого этого включения не отмечалось (группа 2, n=10). Оказалось, что по величинам АД эти пациенты достоверно не отличались, хотя имелась некоторая тенденция к более высокому АД у пациентов с наличием повреждения миокарда, составляя в частности у них в группе 1 по систолическому АД 156 (146; 168) мм. рт. ст., и по диастолическому АД 90 (79; 95) мм. рт. ст., тогда как без повреждения - в группе 2 - 150 (144; 164) мм. рт. ст. и 87 (76; 93) мм. рт. ст., соответственно ($p > 0,05$). Напротив, по данным МРТ эти группы достоверно отличались по целому ряду параметров, которые можно объединить в определенный симптомокомплекс - наличие контрастного усиления со стороны стенки как восходящей, так и нисходящей аорты, расширение восходящей аорты. При этом пограничная величина диаметра восходящей аорты, за которой, как правило, отмечается очаговое нетрансмуральное повреждение миокарда, составила 29 мм, а ИУ интенсивности T1-взв. спин-эхо изображения стенки восходящей аорты, также достоверно сочетавшийся с повреждением миокарда $> 1,38$. Анализ корреляционных взаимосвязей свидетельствовал об относительно независимом характере поражения восходящей аорты от ее геометрических характеристик, и факта включения ПМК в миокард. В частности между собой диаметр восходящей аорты и индекс усиления стенки аорты при ПМКУ не коррелировали. Не были связаны между собой и величины диаметра восходящей и нисходящей аорты.

Заключение:

МР-томографическое исследование сердца, с обязательным охватом аорты и грудной клетки в целом, обоснованно у всех пациентов с АГ 2-3 стадии. У тех пациентов, у кого формирование АГ сопровождается устойчивым развитием повреждения аорты, ее дилатацией и усилением накопления парамагнетика в стенке аорты, развивается и повреждение миокарда. При величине индекса усиления более 1,38, в сочетании с диаметром аорты более 29 мм присутствует повреждение миокарда.

МАРКЕРЫ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С И БЕЗ АГ

Авалаян А.А., Шитов В.Н., Саидова М.А.,

Болотова М.Н., Ощепкова Е.В., Чазова И.Е.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава

России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить развитие кардиотоксичности у больных с тройным негативным раком молочной железы в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и без нее.

Материал и методы:

В исследование были включены 70 больных с тройным негативным раком молочной железы [средний возраст $48,6 \pm 13,3$ лет], получавших химиотерапию с включением антрациклинов, таксанов и производных платины (8 курсов). Всем больным выполнялась ЭхоКГ (включая 2D Speckle Tracking Imaging) до и после 8 курсов химиотерапии. Для оценки глобальной систолической функции ЛЖ определялись фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (по методу Simpson's Biplane) и показатель глобального продольного стрейна (GLS) по данным 2D Speckle Tracking Imaging [средние значения GLS для женщин - $22,1 \pm 1,8$]. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=18) – больные с анамнезом АГ и 2 группа (n=52) – без анамнеза АГ.

Результаты:

До химиотерапии показатель GLS в группе 1 был ниже нормальных значений ($-19.1 \pm 2.8\%$ vs $-22.1 \pm 1.8\%$) ($p < 0.05$) и ниже, чем в группе 2 ($-19.1 \pm 2.8\%$ vs $-20.0 \pm 2.8\%$) ($p > 0.05$). После всех 8 курсов химиотерапии наблюдалось снижение показателя GLS как в общей группе (от $-20.0 \pm 2.8\%$ до $-18.5 \pm 2.9\%$) ($p < 0.05$), так и в обеих группах: в группе 1 [$-19.1 \pm 2.8\%$ до $-16.4 \pm 3.8\%$ ($p < 0.05$)] и в группе 2 [$-20.1 \pm 2.8\%$ до $-19.2 \pm 2.4\%$ ($p < 0.05$)]. Несмотря на то, что ФВЛЖ снижалась в обеих группах, она находилась в пределах допустимых значений (норма ФВЛЖ $> 55\%$).

Заключение:

Показатель GLS у больных с тройным негативным раком молочной железы в сочетании с АГ исходно ниже нормальных значений, и ниже чем в группе без АГ. Больные с АГ и РМЖ, получающие химиотерапию антрациклинами, таксанами и производными платины, составляют группу риска развития кардиотоксичности и должны наблюдаться онкологом и кардиологом.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТКИ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Литвинова М.С.¹, Хаишева Л.А.², Шлык С.В.², Куц Е.И.¹, Рыжкова Е.С.³, Самохина Л.Ю.⁴

¹МБУЗ КДЦ «Здоровье», ²Ростовский государственный медицинский университет, ³Городская Больница №6,

⁴Ростовская областная клиническая больница

Введение (цели/ задачи):

В качестве антигипертензивной терапии первой линии при лечении резистентной артериальной гипертонии в настоящее время используют комбинации, часто включающие блокаторы кальциевых каналов. Однако непереносимость последних может существенно затруднять коррекцию артериального давления (АД).

Материал и методы:

Пациентка З., 1952 года рождения. Жалобы на высокое АД (до 240/100 мм.рт.ст.), общее недомогание, головную боль, головокружение. Из анамнеза известно, что страдает гипертонической болезнью около 10 лет, последние 4 года – стойкое повышение уровня АД. В 2001 г. выявлен первичный гипотиреоз, в связи с чем принимает эутирокс 75 мг/сутки (ТТ и Т4 в настоящее время – 4,624 мМЕ/мг и 0,94 нг/дл соответственно). В связи с нестабильностью АД ранее были исключены вторичные причины гипертонии, неоднократно проводилась коррекция терапии, в том числе назначались высокие дозы блокаторов кальциевых каналов, однако в связи с появлением отеков голеней пациентка прекращала прием. В последнее время принимает кандесартан 32 мг/сут, торасемид 5 мг/сутки, моксонидин 0,6 мг/сутки. На этом фоне сохраняется нестабильность АД. По данным ЭХОКГ – умеренная гипертрофия левого желудочка (ИММЛЖ 118 г/м²). По данным суточного мониторирования АД (СМАД) среднесуточные показатели составили САД=159 мм.рт.ст., ДАД=97 мм.рт.ст., суточный индекс САД составил 6%, ДАД- 8% (недостаточное снижение АД в ночные часы). Непереносимость блокаторов кальциевых каналов в максимальных дозах несколько ограничивает возможный выбор терапии. Однако нами было принято решение о назначении комбинированного препарата производства LesLaboratoires Servier (Франция) Трипликсам, содержащего амлодипин 5 мг, периндоприл А 10 мг, индапамид 2,5 мг, а также моксонидин 0,4 мг/сутки в 2 приема. Через

2 недели по данным дневника самоконтроля отмечена положительная динамика в виде стабилизации АД на уровне 150-160/80-90 мм. рт. ст. Пациентка отметила улучшение общего самочувствия, подъемов АД выше 160/90 мм. рт.ст., а также отеков голеней отмечено не было. На втором этапе было принято решение об увеличении дозы амлодипина до 10 мг и переходе на прием препарата Трипликсам в дозировке 10/2,5/10 мг. Прием моксонидина продолжен в прежнем режиме. Через 2 недели выполнено повторное СМАД, по результатам которого среднесуточные значения составили: САД=138 мм.рт.ст., ДАД=81 мм.рт.ст., суточный индекс САД - 15%, ДАД- 12% (адекватное снижение АД ночью).

Результаты:

На первом этапе, в результате приема комбинации амлодипина 5 мг, индапамида 2,5 мг и периндоприла 10 мг в сочетании с моксонидином 0,4 мг пациентка отметила улучшение самочувствие, отсутствие отеков. На втором этапе, в результате увеличения суточной дозы амлодипина до 10 мг отмечено достижение стабильного АД, хорошее самочувствие, отсутствие головокружения и отеков.

Заключение:

Достигнут положительный результат приема комбинированного препарата Трипликсам в высоких дозах в сочетании с моксонидином у пациентки с непереносимостью блокаторов кальциевых каналов в анамнезе, что еще раз доказывает эффективность указанной комбинации и снижение риска побочных эффектов при постепенной титрации дозы, в том числе у пациентов с резистентной АГ.

МЕЖВИЗИТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Одинцова Н.Ф., Атаманова А.А., Шангараев Р.Н., Сахабутдинова Д.Р., Яковлева Е.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности межвизитной вариабельности артериального давления (АД) у пациентов с разным течением артериальной гипертонии (АГ). Были поставлены задачи оценить вариабельность АД в зависимости от пола, возраста, стадии АГ.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 195 пациентов, из них мужчин было 73 человека (37%) и 122 женщины (63%). Средний возраст пациентов составил $61,76 \pm 0,84$ лет. АД измеряли по методу Короткова на двух руках в течение 5 визитов. Среднее значение АД в положении сидя принималось за его уровень на данном визите. Все пациенты принимали антигипертензивную терапию. Различия средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты:

В нашем наблюдении было 60 человек (30,8%) с изолированной систолической (ИС) АГ и 135 человек (69,2%) с систолодиастолической (СД) АГ. Среднее систолическое (С) АД достоверно не различалось в обеих группах, диастолическое (Д) АД было достоверно выше в группе СДАГ и составило $90,2 \pm 0,5$ мм рт.ст, пульсовое (П) АД было достоверно выше в группе ИСАГ и составило $66,5 \pm 1,5$ мм рт.ст ($p < 0,05$). При оценке межвизитной вариабельности АД нами наблюдались достоверно более высокие показатели стандартного отклонения (SD) и коэффициента вариации (КВ) как САД, так и ДАД в группе СДАГ ($p < 0,05$). При оценке АД у мужчин и женщин достоверных различий в уровне

САД, ДАД и ПАД выявлено не было. Вместе с тем у женщин наблюдались более высокие показатели вариабельности АД, так SD для САД составило $15,6 \pm 1,0$ мм рт.ст., KB для САД – $10,1 \pm 0,5$ мм рт.ст., SD для ДАД – $7,7 \pm 0,5$ мм рт.ст., KB для ДАД – $8,6 \pm 0,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Оценивая АД у пациентов в зависимости от возраста, нами выявлены достоверно более высокие показатели САД и ПАД у пациентов старше 60 лет, они составили $153,4 \pm 1,5$ мм рт.ст. и $64,8 \pm 1,3$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$). По ДАД достоверных различий между группами не было. При расчете вариабельности АД по всем параметрам различий в зависимости от возраста найдено не было. При оценке показателей с учетом стадийности АГ достоверных различий в уровне АД и вариабельности АД не установлено.

Заключение:

В нашем исследовании выявлена более высокая вариабельность АД у женщин, чем у мужчин, вариабельность АД и средние показатели САД и ПАД достоверно выше у пациентов старше 60 лет, вариабельность АД достоверно выше у пациентов с СДАГ.

МЕТОД ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Алейникова Т.В.

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. Гомель, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ), в связи с крайне широкой распространенностью, является одним из наиболее важных факторов риска развития кардиоваскулярной и цереброваскулярной заболеваемости и смертности. Разработка моделей прогноза развития неблагоприятных сердечно – сосудистых событий позволит улучшить предсказательную возможность повышенного сердечно – сосудистого риска у пациентов с АГ. Целью нашего исследования явилась разработка метода прогноза развития гипертонических кризов (ГК) у пациентов с АГ II степени, что позволит своевременно модифицировать тактику лечения таких пациентов и снизить риск возможного развития инфарктов миокарда (ИМ), мозговых инсультов (МИ), летальных исходов (ЛИ).

Материал и методы:

Обследовано 214 пациентов с АГ II степени: 121 женщина (56,5%) и 93 мужчины (43,5%) в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст $57,7 \pm 7,6$ года). Диагноз АГ был установлен на основании клинического обследования, а также исключения симптоматической АГ. Инструментальные методы исследования включали электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ), рентгенографию органов грудной клетки, эхокардиографию (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД). ХМ было выполнено для уточнения характера предполагаемых аритмических событий, анализа вариабельности сердечного ритма (BCP) и турбулентности сердечного ритма (TCP). В программе ХМ оценивались временные (time domain) показатели BCP: SDNN (мс), SDNN-i (мс), SDANN-i (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%). У 173 (80,8 %) пациентов были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма, позволяющие рассчитать и оценить параметры TCP. Оценивались параметры ТО («onset»-«начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» -«наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Циркадный профиль сердечного ритма оценивался по значению циркадного индекса (ЦИ). При проведении ЭхоКГ проведена оценка следующих показателей: левое предсердие (ЛП), конечный

систолический размер (КСР), конечный диастолический размер (КДР), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ), относительная толщина стенки (ОТС), фракция выброса (ФВ). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения «Statistica 10.0». Математическое моделирование проводилось с использованием логит-регрессионного анализа. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

В группе лиц с АГ II степени за весь период наблюдения ($2,5 \pm 1,5$ года) зарегистрировано 185 сердечно-сосудистых событий, из них 129 гипертонических кризов, 24 ИМ, 3 МИ, 9 пароксизмов фибрилляции предсердий и 20 эпизодов нестабильной стенокардии. Прогноз оценивался после выделения факторов, достоверно коррелирующих с частотой возникновения сердечно-сосудистых событий и неблагоприятных исходов. Вероятность развития неблагоприятного события у конкретного пациента определяли по формуле $p = e^y / (1 + e^y)$, где $e = 2,72$ (число Эйлера или экспонента). Низкая вероятность развития события: $p = 0,25$, средняя: $p = 0,26 - 0,75$ и высокая: $p \geq 0,76$. Выделены факторы, ассоциированные с возникновением ГК у пациентов с АГ II степени: SDANNi ($p = 0,0098$), ЦИ ($p = 0,00004$), TS ($p = 0,036$), иММЛЖ ($p = 0,0002$), ОТС ($p = 0,00008$). С помощью логит-регрессионного метода анализа ($X = 13,12$; $p = 0,022$) сформулирована модель прогноза развития ГК с использованием суммарного числа ГК за весь период наблюдения: $Y = 7,22 + 0,001 * XSDANNi - 8,74 * XЦИ - 0,017 * XTS + 0,003 * XiMMЛЖ + 6,59 * XOТС$. Доля правильно классифицированных случаев - 63,6%. Чувствительность модели прогноза составила 65,8%, специфичность 61,4%. Вероятность развития события (ГК) у пациента при наличии пороговых значений показателей в формуле логит-регрессии составляет 0,63 и возрастает по мере выхода показателей в область патологических значений.

Заключение:

При помощи логистической регрессии разработан метод прогноза развития гипертонических кризов (ГК) у пациентов с АГ II степени, что позволит своевременно модифицировать тактику лечения таких пациентов и снизить риск возможного развития инфарктов миокарда (ИМ), мозговых инсультов (МИ), летальных исходов (ЛИ).

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОЦЕНКИ ПОПУЛЯЦИОННОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ)

Максимов С.А.

НИИ Комплексных проблем Сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Разработать и апробировать на примере артериальной гипертензии (АГ) методические подходы оценки популяционного риска сердечно-сосудистых заболеваний

Материал и методы:

Исследование выполнено по результатам поперечного эпидемиологического исследования работающего населения в Кемеровской области. В зависимости от условий труда 4800 работников предприятий и учреждений сгруппированы в 11 профессиональных групп. Оценка популяционного риска АГ в профессиональных группах проводилась по распространенности 17 факторов риска и их значимости в развитии АГ. В качестве факторов риска АГ рассматривались мужской пол работника, возраст старше 50 лет, отсутствие высшего образования,

отсутствие семьи, низкий доход (по данным самооценки), пересаливание пищи, курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, абдоминальное ожирение, тахикардия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, высокий уровень липопротеидов низкой плотности, низкий уровень липопротеидов высокой плотности, высокий уровень индекса атерогенности. На первом этапе с помощью деревьев классификации определен вклад изучаемых факторов риска в значения распространенности АГ по всей выборке. Далее рассчитано отношение распространенности факторов риска АГ в профессиональных группах к распространенности по всей выборке. По полученным показателям рассчитывалась нагрузка факторами риска АГ как сумма произведений отношений распространенности факторов риска с их вкладом в риски развития АГ по следующей формуле: $P = \sum(R \times C) \cdot n$ Где: R – отношение распространенности фактора риска профессиональных групп к отношению распространенности в общей выборке; C – вклад фактора риска в значения распространенности АГ в общей выборке, в баллах. Рассчитана разница нагрузки факторами риска в профессиональных группах по сравнению с общей выборкой по формуле: $\Delta P = P_{гр} - P_v$. Где: $P_{гр}$ – нагрузка факторами риска в профессиональных группах; P_v – нагрузка факторами риска в общей выборке. На следующем этапе с помощью линейного регрессионного анализа определена ассоциация частоты АГ со значениями нагрузок факторами риска в профессиональных группах. По полученному в ходе регрессионного анализа В-коэффициенту разница нагрузок факторами риска в профессиональных группах переводилась в значения популяционного риска (в %) по формуле: $P\% = \Delta P \cdot V$ Где: V – В-коэффициент связи частоты АГ с нагрузкой факторами риска в регрессионном анализе.

Результаты:

По рангу максимальная значимость в вероятности развития АГ отмечается по фактору «ожирение» – 100 баллов, далее в порядке убывания следуют «возраст старше 50 лет» – 78 баллов, «гиперхолестеринемия» – 71 баллов, «абдоминальное ожирение» – 63 баллов, «гипертриглицеридемия» – 51 баллов, «липопротеиды низкой плотности» – 46 баллов и «индекс атерогенности» – 45 баллов. Ранговая значимость остальных предикторов на уровень ниже и составляет от 2 до 33 баллов. В соответствии с методикой исследования рассчитаны нагрузки факторами риска, которые переведены в значения дополнительного к популяционному риску. В порядке снижения, значения добавочного популяционного риска АГ, обусловленного факторами риска, составляет: +10,9% (распространенность АГ составляет 40,7%) – обслуживающего и технического персонала, +9,4% (38,4%) – руководители, +8,5% (38,8%) – механики, +1,6% (46,8%) – машинисты карьерной техники, -5,0 (28,9%) – работники тяжелого неквалифицированного труда, -7,9% (26,0%) – машинисты горных установок, -8,9% (34,6%) – служащие, -10,1% (24,1%) – электрослесари подземные, -10,6% (29,2%) – машинисты подземной техники, -12,8% (24,4%) – шахтовые руководители среднего звена, -14,4 (25,2%) – горнорабочие подземные. Рассчитанные значения дополнительного к популяционному риску в профессиональных группах сильно, прямо коррелируют с распространенностью АГ, коэффициент корреляции составляет 0,81, при $p=0,002$.

Заключение:

1. Разработанная методика расчета популяционного риска позволяет интегрально оценить бремя суммы факторов, формирующих риски конкретного заболевания, учитывая, при этом, распространенность факторов и их значимость в развитии данного заболевания. 2. Применение разработанной методики в 11 профессиональных группах позволило оценить дополни-

тельный популяционный риск АГ интегрально по 17 факторам риска и ранжировать исследуемые группы по бремену нагрузок факторами риска АГ.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОВЫШЕННОГО СРЕДНЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ЧЕЛОВЕКА

Киселев А.Р.¹, Ишбулатов Ю.М.²,

Караваев А.С.², Шварц В.А.³

¹Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ²ФГБОУ ВО «СГУ им. Н.Г. Чернышевского», г. Саратов, ³ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время известен ряд математических моделей сердечно-сосудистой системы (Ottesen J.T., 2000; Ringwood J.V., Malpas S.C., 2001; Kotani K., Struzik Z.R., Takamasu K., et al., 2005; и др.), в той или иной мере учитывающих нелинейные свойства механизма барорефлекторной регуляции артериального давления (АД). Ранее нами также была предложена модель вегетативной регуляции среднего АД у людей в норме (Караваев А.С., Ишбулатов Ю.М., Киселев А.Р. и др., 2017). Подобные математические модели позволяют «in silico» изучать биофизические свойства сложных биологических систем, которые недоступны для оценки в условиях клинического эксперимента. В частности, до сих пор остаются плохо изученными нелинейные свойства механизма барорефлекторной регуляции АД и его взаимодействия с другими процессами в сердечно-сосудистой системе, в частности, вегетативной регуляции частоты сердечных сокращений (ЧСС), оцениваемой по параметрам variability ритма сердца (VPC).

Материал и методы:

Выполнено имитационное моделирование влияния повышенного среднего АД на свойства ранее предложенной нами модели вегетативной регуляции среднего АД (Караваев А.С., Ишбулатов Ю.М., Киселев А.Р. и др., 2017). Экспериментальные клинические данные (систолическое и диастолическое АД, частота сердечных сокращений, спектральные оценки VPC) были получены у 10 нелеченых пациентов (возраста 45 ± 3 года) с артериальной гипертонией (АГ) в состоянии покоя при АД более 140/90 мм рт. ст. Для моделирования повышенного АД в модели вегетативной регуляции было увеличено минимальное АД, на которое реагируют каротидные барорецепторы, увеличили среднюю симпатическую активность и снизили парасимпатическую активность, увеличили инерционность системы, имитируя возрастное снижение эластичности артериальных сосудов и аорты. Проведено сопоставление экспериментальных и модельных статистических и спектральных показателей VPC и уровня АД.

Результаты:

Получено хорошее соответствие модельных ряда показателей VPC и уровня АД экспериментальным данным у пациентов с АГ. В частности, приведены основные результаты (модель vs эксперимент; данные представлены в виде $M \pm SD$): САД – 153 ± 1 vs 156 ± 6 мм рт.ст.; ДАД – 94 ± 1 vs 95 ± 9 мм рт.ст.; ЧСС – 76 ± 1 vs 70 ± 6 уд/мин; LF – 112 ± 6 vs 91 ± 24 мс²; HF – 119 ± 3 vs 120 ± 60 мс².

Заключение:

В целом с достаточным уровнем сходства были воспроизведены характерные показатели VPC и соотношение систолического и диастолического АД для состояния повышенного АД у пациентов с АГ (с учетом возрастной деградации барорецепторов и

снижения эластичности артерий). Развитие подобных модельных представлений представляет интерес для изучения «in silico» биофизических особенностей вегетативной регуляции кровообращения при сердечно-сосудистых заболеваниях.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ - БАЗИС ДЛЯ АТЕРОГЕНЕЗА: ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЛИПИДАМИ КРОВИ И АМИНОТРАНСФЕРАЗАМИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.¹, Матвеев В.А.²

¹Объединённая сеть клиник, ²4-я муниципальная клиническая больница, г. Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Определение взаимосвязей между показателями липидов крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП) и ферментов печени: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), по данным многофакторного корреляционного анализа, у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Обследованы 102 мужчины, средний возраст 47,83±0,79 г., с НАЖБП, ИБС, ССН, I-IV функционального класса (ФК) и МС. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Изучены показатели липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и аминотрансфераз АЛТ, АСТ. Многофакторный корреляционный анализ проводили с изучением критериев Стьюдента-Фишера между показателями липидов: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и аминотрансфераз АЛТ, АСТ в следующем порядке: I – показатели варианты общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и АЛТ, АСТ; II – показатели ≤10 перцентиля общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и ≤10 перцентиля АЛТ, АСТ; III – показатели >90 перцентиля общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и >90 перцентиля АЛТ, АСТ; IV – показатели ≤10 перцентиля общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и >90 перцентиля АЛТ, АСТ; V – показатели >90 перцентиля общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и ≤10 перцентиля АЛТ, АСТ.

Результаты:

Установлено, у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН I-IV ФК и МС показатели варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и соответствующие показатели варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля аминотрансфераз АЛТ, АСТ достоверно ($p < 0,001$) связаны. Отмечена ($p < 0,001$) отрицательная корреляция между ≤10 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и показателями >90 перцентиля аминотрансфераз АЛТ, АСТ. Определена отрицательная/реципрокная связь ($p < 0,001$) между показателями >90 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и ≤10 перцентиля аминотрансфераз АЛТ, АСТ.

Заключение:

Показаны гетерогенные достоверные взаимосвязи между показателями липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП и аминотрансфераз: АЛТ, АСТ у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН I-IV ФК и МС. Полученные закономерности взаимосвязей

липидов крови и аминотрансфераз АЛТ, АСТ свидетельствуют о том, что НАЖБП служит базисом для развития атерогенеза и формирования ИБС, ССН и МС. Установленные закономерности взаимосвязей липидов крови и аминотрансфераз АЛТ, АСТ у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН и МС способствуют проведению целенаправленной терапии обменных процессов в организме и профилактике осложнений сочетанной патологии.

НИЗКИЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ГИПОТОНΙΑ КАК РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ HER2+ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Виценя М.В.¹, Потехина А.В.¹, Овчинников А.Г.¹, Гаврюшина С.В.¹, Скоробогатова А.В.¹, Стенина М.Б.², Фролова М.А.², Агеев Ф.Т.¹, Чазова И.Е.¹

¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России,

²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и их факторы риска, прежде всего, артериальная гипертония (АГ), повышают риск дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и сердечной недостаточности, ассоциированной с противоопухолевым лечением. Не решен ряд вопросов по ведению больных, получающих кардиотоксичную терапию. Цель: определить частоту развития и факторы риска дисфункции ЛЖ у больных HER2+ раком молочной железы (РМЖ) с наличием/ отсутствием АГ, получающих противоопухолевую лекарственную терапию, включающую антрациклины и трастузумаб.

Материал и методы:

Включено 60 женщин (средний возраст - 49,9±11,8 лет) с первично-неоперабельным HER2+РМЖ (II-III стадии) без значимых ССЗ (ИБС, дисфункция ЛЖ, клапанные пороки). 43% больных РМЖ страдали АГ, им была назначена/скорректирована гипотензивная терапия с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/блокаторов рецепторов ангиотензина II. Проводилась неоадьювантная терапия, включавшая антрациклины, трастузумаб и паклитаксел; после оперативного вмешательства - адьювантная терапия трастузумабом общей продолжительностью до года. До начала, каждые 3 мес. в процессе и по окончании противоопухолевой терапии проведено общеклиническое обследование, а также Эхо-КГ с определением показателя общей продольной деформации (GLS). Под дисфункцией ЛЖ, связанной с противоопухолевой терапией считали снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ на 10 ед. и менее 50%, ранняя субклиническая дисфункция ЛЖ определялась при снижении GLS на 15% от исходного значения.

Результаты:

Исходно группы больных РМЖ с/без АГ помимо уровня АД значимо различались по возрасту (58±8,5 против 43,7±10,2, $p < 0,00001$, индексу массы тела (ИМТ) (28,45[26;31,6] против 23,5[20;28], $p < 0,01$), показателям липидного профиля, углеводного обмена, ФВ ЛЖ (62[60;65] против 64[63;67]%, $p < 0,05$), GLS (-20,2[-18,5;-21,8] против -22,3[-21;-23,2]%, $p < 0,01$). ФВ ЛЖ и GLS достоверно снижались уже через 3 мес терапии и к ее окончании составили 59[55;62]% и -17,2[16;18,9]% в группе с АГ и 56[53;61]% и -19[-18,2;-20,2]% в группе без АГ. Дисфункция ЛЖ, связанная с противоопухолевой терапией, была выявлена у 6 (10%) больных, 5 (83,3 %) из них составили больные РМЖ без АГ. Ранняя субклиническая дисфункция ЛЖ выявлена у 28 (46,6 %) больных, 20 (71,4%) из них составили больные РМЖ без

АГ. Исходный уровень ИМТ менее 25 кг/м² и систолического АД менее 120 мм.рт.ст. повышали вероятность ранней субклинической кардиотоксичности (ОШ 10,04 (95%ДИ 3,09-39,21), $p < 0,001$ и ОШ 4,27(95%ДИ 1,25-14,56), $p = 0,015$, соответственно).

Заключение:

У больных HER2+PMЖ с АГ в процессе противоопухолевой лекарственной терапии отмечена меньшая частота выявления субклинической дисфункции ЛЖ по сравнению с больными HER2+PMЖ без АГ, что может быть связано с назначением антигипертензивных препаратов с кардиопротективным эффектом. Низкий ИМТ и гипотония могут рассматриваться как предикторы ранней субклинической кардиотоксичности у больных HER2+PMЖ, получающих антрациклин-содержащую химиотерапию и трастузумаб. Необходимы исследования по первичной и вторичной профилактике дисфункции ЛЖ у этой категории больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИБОМЕТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мельчинская Е.Н., Громнацкий Н.И., Мельчинский Н.С.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние фиксированной комбинации манинила и метформина в составе препарата глибомет у больных артериальной гипертонией (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа на некоторые показатели углеводного и липидного обмена.

Материал и методы:

Обследовано 27 больных (10 муж./17 жен.) в возрасте 37-68 лет с АГ II ст. и СД 2 т. Стаж АГ составил $10,1 \pm 2,7$ лет, СД $8,5 \pm 3,6$ лет. Целевые уровни HbA1C и гликемии (Гл) не был достигнут. После отмены предшествующего лечения производными сульфаниламочевины к метформину добавлен глибомет (манинил 2,5 мг и метформин 400 мг) 1 табл. х 2 р/день при необходимости с титрацией до 2 табл. х р/день. Исходно и через 6 мес. исследовали уровни HbA1C, Гл тощаковой и постпрандиальной, общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности триглицеридов.

Результаты:

Через 6 мес. исследования средний уровень HbA1C снизился на $0,9 \pm 2,2\%$, Гл тощаковой – $1,84 \pm 0,63$ ммоль/л, постпрандиальной – $2,09 \pm 0,75$ ммоль/л ($p < 0,05$ во всех случаях). Целевые уровни HbA1C достигнуты у 42% больных, тощаковой и постпрандиальной Гл – у 61 и 54% пациентов, соответственно. Все показатели липидного обмена оставались прежними. НЯ глибомета не отмечено.

Заключение:

У больных АГ с СД 2 типа глибомет оказывает позитивное влияние на показатели углеводного обмена и не вызывает динамику параметров липидного профиля. Полученные результаты указывают на целесообразность применения глибомета у пациентов данной категории.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В КАЗАХСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2017 ГОДЫ

Абсеитова С.Р.¹, Нурсаитова А.О.², Ныгыманбекова Р.М.¹

¹ Национальный научный медицинский центр, ²Республиканский центр электронного здравоохранения, г. Караганда, КАЗАХСТАН

Введение (цели/ задачи):

Анализ оказания помощи пациентам с острым коронарным син-

дромом (ОКС) в Казахстане за период с 2010 по 2017 годы.

Материал и методы:

База данных электронного регистра стационарных больных (ЭРСБ), Республиканского центра электронного здравоохранения

Результаты:

Ежегодно около 50 000 пациентов с первичным диагнозом ОКС поступают на стационарное лечение. В 2010 г. в стране было 6 медицинских организаций (МО) с возможностью проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ), из них 3 МО работали в режиме 24 часа 7 дней в неделю. В настоящее время развернуто 27 центров с возможностью проведения первичных ЧКВ, из них в 21 МО оказывается помощь в режиме 24 часа 7 дней в неделю. Количество проведенных ЧКВ у пациентов с ОКС в 2010 г. составило 1812, в 2017 г. увеличилось до 12026. Частота проведения фибринолиза при остром ИМ с подъемом сегмента (сп) ST на электрокардиограмме (ЭКГ) в 2010 г. составила 33% от общего количества прошедших стационарное лечение с таким диагнозом, в 2017 г. несколько уменьшилось до 29,5%, но увеличился удельный вес догоспитальной фибринолитической терапии с 27% в 2010 г. до 79% в 2017 г. В 2017 г. у пациентов с первичным диагнозом ОКС в исходах заболевания острый инфаркт миокарда развился в 37%, нестабильная стенокардия - в 62% случаев. От общего числа пролеченных пациентов с диагнозом острый ИМ были доставлены скорой помощью 61,3%, 17,3% пациентов поступили с амбулаторно-поликлинических МО, 14,6% были переведены из других МО, по самообращению принято 6,8%. У пациентов с ИМспST реперфузионное лечение проведено в 86,2% случаев, из них фибринолитическая терапия проведена в 29,5%, ЧКВ - в 51,5%, urgentное аорто-коронарное шунтирование (АКШ) выполнено в 5,2% случаев. У пациентов с повторным ИМ ЧКВ проведено в 29,7% случаев, АКШ – в 7,7%. У пациентов с ОКС без подъема (бп) сегмента ST высокого риска ЧКВ проведено в 43,6% случаев, при сложных многососудистых поражениях коронарных артерий выполнено АКШ в 8,2% случаев. Основным результатом создания системы неотложной помощи при остром коронарном синдроме является снижение показателя стационарной летальности при остром инфаркте миокарда с 15% в 2010 г. до 6,9% в 2017 г., показатель летальности у пациентов с острым ИМспST в 2017 г. составил 8,0%. Несмотря на то, что в целом количество пациентов с острым ИМ, которым были проведены ЧКВ увеличилось с 8,5% в 2010 г. до 47,2% в 2017 г., не получили инвазивное лечение пациенты с ИМспST в 17,4% случаях и с ИМбпST в 48,2% случаях.

Заключение:

Возможности расширения доступности ЧКВ при ОКС/ИМ как можно большему числу пациентов ограничиваются низкой плотностью населения, большими расстояниями между населенными пунктами, климатическими особенностями северных регионов, своевременной доступностью санитарной авиации.

ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В БУХАРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ БУХАРСКОГО ОБЛАСТИ

Хикматов М.Н.

Ташкентская Медицинская Академия,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценка распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (БО) пациентов различных половозрастных групп в бухарской популяции Бухарского области.

Материал и методы:

В исследование включены результаты обследования 80 работников сельского хозяйства, проходивших профилактический медицинский осмотр (78,5% женщин и 21,5% мужчин; средний возраст 41,80 ± 15,28 лет и 42,03 ± 15,44 лет). Статистические данные представлены в виде M ± SD.

Результаты:

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний обнаружены у 87,5% обследованных. Первое ранговое место занимало ожирение и повышенный ИМТ — 62,5%, второе место — АГ (40%), третье — курение (37,5%), четвертое — гиперхолестеринемия (32,0%), пятое — гиподинамия (18,0%), шестое — гипергликемия (12,5%). Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 28,02 ± 6,44 кг/м², в том числе у мужчин — 28,78 ± 5,52 кг/м², у женщин — 27,81 ± 6,44 кг/м². Доля пациентов с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) составила 43,5% (48,4% женщин и 37,2% мужчин; p = 0,001). Пик распространенности ожирения среди мужчин приходился на возраст 36—45 лет (88,9%), у женщин — на 46—55 лет (54,8%). Курили 37,5% обследованных (65,1% мужчин и 29,9% женщин; p = 0,0001). Пик распространенности курения среди мужчин приходился на возраст 56—65 лет (92,4%), у женщин — на 18—25 лет (27,3%). Распространенность злоупотребления алкоголем составила 15,0%; пик распространенности злоупотребления алкоголем у мужчин приходился на возраст 56-65 лет (66,7%), у женщин — на 36—45 лет (30,3%). Частота АГ среди обследуемых составила 40% (мужчины — 58,1%, женщины — 35,0%) и увеличивалась с возрастом (у мужчин r = 0,525, p < 0,05; у женщин r = 0,416, p < 0,01). Распространенность гиперхолестеринемии (ГХС) составила 32%, среди мужчин — 27,9%, среди женщин — 33,1% и увеличивалась с возрастом. Пик распространенности ГХС у мужчин и женщин приходится на возрастную группу 56—65 лет (100,0% и 69,2% соответственно). Частота гипергликемии составила — 8,5%, среди мужчин — 9,3%, среди женщин — 8,2%. Малоактивный образ жизни вели 18% пациентов (11% женщин и 7% мужчин).

Заключение:

Таким образом, наиболее распространенными Бухарского области во взрослой популяции бухарского населения являются модифицируемые.

ОСОБЕННОСТИ АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

АХМАТОВА Ф.Д., ЧУКАЕВА И.И.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

У больных острым инфарктом миокарда (ИМ) неблагоприятный профиль аортального давления может приводить к повышению нагрузки на левый желудочек, ухудшать коронарный кровоток и способствовать развитию осложнений. Изменение характера давления в аорте может определяться особенностями ишемического анамнеза больного, связанного с выраженностью стенозирования коронарных артерий. Цель исследования: определить особенности аортального давления у больных инфарктом миокарда с наличием и отсутствием стенокардии в анамнезе.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 2 группы больных ИМ: 1-я группа - 27 больных ИМ, медиана возраста - 51,5 [47;59] лет, p > 0,05, - имела в анамнезе стенокардию напряжения, продолжительность ИБС анамнестически составила 1 [0,5; 3] год,

p < 0,0001; 2-я группа - 38 больных ИМ, медиана возраста - 56 [50;61] лет, - до момента поступления в стационар не имели ишемического анамнеза, диагноз ИБС был верифицирован в момент развития ИМ, продолжительность ИБС - 0 [0; 0] лет. Группы не различались по уровню ХС ЛПНП - 3,6 [3,0; 4,1] моль/л и 3,9 [2,9; 4,8] моль/л; ТГ - 2,1 [1,5; 2,7] моль/л и 2,2 [1,7; 2,8] моль/л; частоте курения - 76% и 70%, частоте АГ - 76% и 89%, объему талии - 103 [96; 107] и 103 [96; 110] см, p > 0,05. Всем больным было определено центральное АД методом апplanationной тонометрии на аппарате SphygmoCor, проведена коронароангиография с определением степени стенозирования коронарных артерий.

Результаты:

Стенотические изменения коронарных артерий были значимо выше в первой группе: стеноз ствола левой коронарной артерии - медиана 25 [0; 50]%, p < 0,0001; стеноз правой коронарной артерии в проксимальном сегменте - медиана значений 30 [0; 70]%, p < 0,04 и дистальном сегменте - медиана значений 35 [0; 95]%, p < 0,02. Атеросклеротических изменений указанных сегментов коронарных артерий у больных 2 группы не выявлено. В остальных сегментах коронарных артерий степень стенозирования была сопоставима в обеих группах. При регистрации показателей центральной гемодинамики время до момента начала отраженной волны в аорте T_r в группах не различалось. В 1-й группе в сравнении со 2-й отмечалось укорочение времени достижения точки второго систолического пика (пика отраженной волны) в аорте T₂: 201,5 [188,5; 220,0] мс и 218,5 [199,0; 233,5], p = 0,03. Время достижения точки первого систолического пика (пика пульсовой волны сердечного выброса) T₁ не имело существенных различий: 106,5 [103,0; 111,0] мс и 110 [104,0; 113,5] мс, p > 0,05.

Заключение:

Изменение аортального АД характеризуется ранним появлением пика отраженной волны в аорте у больных ИМ, имеющих в анамнезе стенокардию и распространенный стенозирующий коронарный атеросклероз. Последствиями таких изменений может стать повышение центрального систолического АД с увеличением нагрузки на левый желудочек и снижение диастолического АД с потенциальным уменьшением коронарного кровотока.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК

ШУМАКОВА В.А.¹, ОМЕЛЬЯНЕНКО М.Г.¹, УРУСОВА Е.В.²

¹ФГБОУ ВО ИВГМА МЗ РФ,

²ОБУЗ ИвОКБ, г. Иваново, Россия

Введение (цели/ задачи):

Нефрогенная гипертензия занимает одно из первых мест среди вторичных артериальных гипертензий (АГ) и встречается у 5-16% пациентов. Она часто протекает в злокачественной форме, плохо поддается консервативной терапии, сопровождается нарушением функции почек и быстро приводит к инвалидизации и смерти больных. Цель работы. Выявить особенности течения и коррекции АГ у пациентов с патологией почек.

Материал и методы:

Обследовано 200 пациентов с АГ, проходивших лечение в нефрологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ в 2017г., среди которых 60% женщин и 40% мужчин. Средний возраст больных составил 58 ± 1,3 лет. Среди обследованных преобладали лица с АГ 2 ст. (63%). АГ 1 ст. отмечена у 16% пациентов, АГ 3 ст. - у 21% пациентов.

Результаты:

Выявлено, что у большинства пациентов АГ развивалась на фоне хронического пиелонефрита (48%) и хронического гломерулонефрита (27%). У 8 % пациентов с АГ отмечен поликистоз почек, у 8% - подагрическая нефропатия, у 7 % - мочекаменная болезнь, у 2% - двухсторонний нефроптоз. Наличие хронической болезни почек (ХБП) наблюдалось у 96 % пациентов с АГ, причем у 36,4% лиц выявлена ХБП 5 ст., у 28,2% - ХБП 4 ст., у 21,5% - ХБП 3 ст., у 13,9% - ХБП 1 и 2 ст. Для адекватной коррекции АГ у преобладающего большинства обследованных использовалась комбинированная терапия из двух (у 30% пациентов) и трех (у 41% пациентов) препаратов. В 11% случаев использовалось 4 антигипертензивных препарата, в 2% случаев - 5. При помощи монотерапии удалось достигнуть целевых цифр АД у 16 % пациентов, причем необходимо отметить, что 92% лиц данной группы в качестве антигипертензивного препарата использовали антагонист рецепторов к ангиотензину (II) (АРА) лозартан. Для коррекции АГ у обследованных чаще всего применяли АРА (45%), ингибиторы АПФ (39%), диуретики (39%). Антагонисты Са-каналов использовались в терапии 35 % пациентов, препараты центрального действия (моксонидин) - 18% пациентов, β-адреноблокаторы - в 16% случаев. В терапии пациентов с нефрогенной АГ преобладали следующие комбинации антигипертензивных препаратов: АРА + диуретик (19 %); ингибитор АПФ + диуретик (10%); блокатор Са каналов + диуретик + АРА (28 %), АРА + блокатор Са каналов + моксонидин (21 %) .

Заключение:

Таким образом, среди пациентов с нефрогенной АГ преобладают женщины с ХБП 3-5 ст. и 2 ст. артериальной гипертензии. Наиболее часто для эффективной терапии данной категории пациентов используют комбинации двух или трех антигипертензивных препаратов, таких как АРА (иАПФ)+диуретик или АРА + блокатор Са каналов + диуретик.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Агзамова Ш.А., Ташпулатова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Россия

Введение (цели/ задачи):

В климактерическом периоде в результате дефицита половых гормонов часто развивается артериальная гипертензия, общесоматические и кардиогемодинамические проявления, которые снижают качество жизни женщин и уменьшают ее продолжительность. Личностные особенности, развитие психологических расстройств в данном периоде могут также способствовать возникновению артериальной гипертензии (АГ) или ее быстрому прогрессированию. Цель исследования: изучение качества жизни женщин в период постменопаузы при артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Обследованы 50 женщин страдающих артериальной гипертензией в период постменопаузы, средний возраст которых, составил 52,5±0,9 лет. 1-ю группу составили женщины с АГ I степени (n=24, 48%), 2-ю - с АГ II степени (n=26, 52%). Наличие тревоги и диагностика депрессии определяли с помощью тестов Спилберга и Д.Бернса (1995).

Результаты:

У всех женщин выявлено снижение уровня качества жизни. По тесту Д. Бернса нормальное состояние выявлено у 15 (30±6,5%, DI: 43%-17%) женщин, а состояния скрыто протекающей депрессии и на грани клинической депрессии у 35 (70±6,5%, DI:

63%-57%), что увеличивает риск развития осложнений и прогрессирование артериальной гипертензии на 1,7 (RR=1,7) раза. Высокий уровень тревожности по тесту Спилберга в 2,8 раза чаще регистрировался у женщин со 2-й степенью артериальной гипертензии по сравнению с 1-й, что увеличивал риск развития осложнений артериальной гипертензии на 2,87 (RR=2,87) раза. Средний балл личностной тревожности (ЛТ) у женщин 1-й группы составил 33,2±0,19 баллов, во 2-й группе этот балл был достоверно выше и составил 41,8±0,29 (p<0,01). Средний балл ситуативной или реактивной тревожности (СТ) так же был достоверно ниже у женщин 1-й группы (32,8±0,18) против 43,5±0,26 (p<0,01) баллов 2-й группы.

Заключение:

У всех женщин с АГ в постменопаузе повышен уровень ситуационной и личностной тревожности, выраженность которой зависит от степени развития заболевания. Снижение качества жизни усугубляет течение патологического процесса.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕТА - АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бесланев И.А., Курданова М.Х.,

Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.

Центр медико-экологических исследований - ГНЦ РФ ИМБП РАН, г. Нальчик, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) остается самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. Нарушения электроимпульсной активности головного мозга являются существенным фактором определяющим развитие и течение АГ. Цель: выявить особенности частотно - амплитудных показателей - ритма электроэнцефало-граммы (ЭЭГ), их взаимосвязи между собой и параметрами гемодинамики у больных артериальной гипертензией и здоровых лиц.

Материал и методы:

В клинических условиях обследовано: 73 больных АГ 2 степени, II – III стадии (37 мужчин и 36 женщин); возраст 54,2±3,3 года; индекс массы тела 25,9±0,8 кг/м², длительность течения АГ - 10,9±1,2 лет. 55 практически здоровых лиц (25 мужчин и 30 женщин); возраст 47,6±3,4 лет; индекс массы тела 24,3±1,2 кг/м², сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. ЭЭГ проводили на компьютерном комплексе «ЭЭГ - 2000» Мицар - 201, (Россия) в 21 и 18 отведениях. Для количественной оценки ЭЭГ рассчитывали индекс β - ритма (%). В спектре рассчитывали: усредненную амплитуду (мкВ), частоту (Гц) и мощность β - ритма (мкВ²/Гц). Межзональные и межполушарные различия оценивали по асимметрии β - индекса, амплитуды и амплитудному картированию. Параллельно с записью ЭЭГ проводили регистрацию ЭКГ и АД суточными портативными мониторами МЭКГ - ПН - МС - «ДМС - передовые технологии», (Россия). Обработку ЭЭГ проводили с применением методов компьютерного анализа в программе «ЭЭГ 2010» Мицар. Линейную скорость кровотока (LV, см/с) и скорости распространения пульсовой волны (PWV, м/с) рассчитывали в программе «СОЮЗ - 2012», среднее - динамическое артериальное давление (АДср, мм рт.ст.) по общепринятой формуле. Анализ корреляционных связей был проведен в пакете программы «Statistica» v. 10. StatSoft Inc, (США). Для улучшения значимости модели регрессии использовали частные коэффициенты эластичности (Ei) и детерминации d2 - (отдельного определения). Результаты обработа-

ны на ПК и считались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты:

Все средние значения у больных АГ достоверно отличались от таковых в группе здоровых лиц. У больных АГ выявлено не только значительное увеличение показателей АДСр, но и увеличение ЧСС, линейной скорости кровотока (LV) и скорости распространения пульсовой волны (PWV) - на 12- 29%. На ЭЭГ у больных АГ доминировал β - ритм с амплитудой (12,2 – 14,3 мкВ), мощно-стью (6,6 – 17,2 мкВ²/Гц). Образ ритма: с мало выраженной частотно-амплитудной модуляцией, не устойчивый. Наиболее низкие значения мощности β – ритма у больных АГ по сравнению с группой здоровых лиц фиксируются в лобно-полюсных (Fp1, Fp 2), лобных (F3, F4, F7, F8) и отведениях. Частота β – ритма у больных АГ по сравнению с группой здоровых лиц достоверно ниже во всех отведениях (18,93 Гц против 21,78 Гц, $p < 0,01$). Индекс β – ритма % у больных АГ снижен в лобно-полюсных, лобных, височных и центральных отведениях (на 12- 29%) по сравнению с группой здоровых лиц. В спектре у больных АГ выявлено нарушение зонального и межполушарного распределения β - ритма, снижение амплитуды β - ритма со смещением β - активности в центральные и теменные отведения. Амплитудная межполушарная асимметрия (19 %). Между частотой, амплитудой β – ритма и АДСр в группе больных АГ установлены разнонаправленные взаимосвязи: обратные между амплитудой и АДСр ($r = -0,379 - 0,408$; $p < 0,01$) и прямые взаимосвязи между частотой β – ритма и АДСр ($r = 0,412 - 0,438$; $p < 0,01$), отсутствующие в группе здоровых лиц. Полученные данные позволяют предположить значимую роль β – ритма в формировании гемодинамических сдвигов при АГ. Это предположение обосновывается достоверными различиями между группами здоровых лиц и больных АГ почти по всем изученным параметрам β – ритма и его корреляцией с показателями гемодинамики.

Заключение:

Следует отметить, что β – ритм ЭЭГ имеет важное клиническое значение при АГ. С помощью комплексного исследования можно оценить влияние неврологического статуса и его центральных компонентов в процессы регуляции гемодинамики и применять полученные данные для достижения адекватного симпатического баланса у больных АГ.

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Нагорнова К.А., Бугрова О.В.,
Сайфутдинов Р.И., Артемова Н.Э.

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью работы являлась оценка состояния почечной гемодинамики у больных системной красной волчанкой (СКВ) с синдромом артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Обследован 91 больной СКВ в среднем возрасте $37,35 \pm 11,9$, давностью болезни – $9,47 \pm 8,1$ лет, индексом SLEDAI-K2 – $12,05 \pm 7,7$, SLAM – $10,59 \pm 4,7$; индекс повреждения SLICC/ACR составил $2,48 \pm 1,7$. Синдром АГ имели 49 (54%) пациентов, в 75% случаев на фоне волчаночного нефрита (ВН). Контроль здоровых составили 30 человек. У всех обследованных определена скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, индекс активности ВН SLICC RA/RE. Состояние почечно-

го кровотока оценивали методом дуплексного сканирования с использованием импульсно-волнового доплеровского режима и в режиме цветового доплеровского картирования на аппарате Toshiba путем определения общепринятых скоростных параметров кровотока и индексов сосудистого сопротивления в устье и стволе почечной артерии и мелких внутрпочечных сосудах.

Результаты:

Независимо от степени активности СКВ в целом имелась тенденция к уменьшению скорости кровотока во всех оцениваемых сосудах и повышению индексов сосудистого сопротивления, наиболее выраженная с увеличением давности СКВ, что, вероятно, следует расценивать, как отражение структурного поражения, свойственного СКВ, на уровне микрососудистого русла. У больных с ВН наблюдалось значимое снижение диастолической скорости кровотока и рост индексов сопротивления в крупных и мелких внутрпочечных артериях, более выраженное при активных вариантах ВН. Имелась обратная взаимосвязь индекса активности ВН SLICC RA/RE со скоростными показателями, что отражает сосудистое поражение, свойственное ВН. Присоединение АГ приводило к значимо более выраженному падению кровотока и росту индексов сопротивления по сравнению с таковыми параметрами у больных СКВ без АГ, что подтверждалось данными корреляционного анализа. Подобные изменения усугублялись у пациентов с АГ, имеющих сниженную СКФ (менее 60 мл/мин), что подтверждалось сильной прямой корреляционной связью индексов сосудистого сопротивления с уровнем креатинина сыворотки крови, обратной – со значением СКФ. Описанные изменения почечного кровотока происходили у больных СКВ при наличии АГ вне зависимости от наличия ВН.

Заключение:

Таким образом, наличие синдрома АГ у больных СКВ, вероятно, связано с наиболее значительными морфологическими изменениями почечных сосудов, вероятно, отражающими редукцию сосудистого русла, что на доплерограммах проявляется в виде повышения индексов сосудистого сопротивления и падения почечного кровотока.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МАШИНИСТОВ И ИХ ПОМОЩНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Яркова В.Г., Жмуров В.А., Решетникова Т.В.,
Шум А.С., Осколков С.А., Жмуров Д.В.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава
России, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности состояния липидного обмена у машинистов и их помощников с артериальной гипертензией в зависимости от стажа трудовой деятельности.

Материал и методы:

В настоящей работе представлен анализ результатов клинического наблюдения, специальных биохимических исследований 156 машинистов и их помощников, из них 96 больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), и 60 здоровых. Обследуемые машинисты и помощники машинистов были в возрасте от 19-59 лет (средний возраст которых составил $42,6 \pm 10,6$ лет). Все обследуемые машинисты и помощники машинистов были разделены в зависимости от длительности работы на железной дороге на 3 группы: 1) пациенты, трудо-

вой стаж которых составил до 10 лет: - 18 человек с ЭАГ (9,4% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 28,6±7,38 лет. - 18 здоровых (4,7% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 25,5±4,20 лет. 2) пациенты, трудовой стаж которых составил от 11 до 20 лет: - 19 человек с ЭАГ (9,9% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 40,6±5,35 лет. - 20 здоровых (4,7% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 36,8±7,68 лет. 3) пациенты, трудовой стаж которых составил более 20 лет: 59 человек с ЭАГ (30,7% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 50,6±4,19 лет. - 22 здоровых (5,7% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил 51,0±2,12 лет. Группу контроля составили 25 здоровых добровольца мужского пола, средний возраст которых составил 31,7±6,4 лет, ИМТ = 23,1±1,16 кг/м², на момент осмотра не предъявлявшими жалоб, без вредных привычек, не имеющих острых и хронических заболеваний, трудовая деятельность которых не носит стрессовый характер, наличие нормированного 8-часового рабочего дня, отсутствия ночных смен. У всех обследуемых больных в плазме крови определяли общий холестерин (ОХС) и триглицериды (ТГ). Холестерин липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), содержание холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), индекс атерогенности (ИА). Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональной ЭВМ с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 и электронных таблиц «Microsoft Excel».

Результаты:

Изучая показатели липидного обмена у машинистов и их помощников в зависимости от стажа трудовой деятельности среди здоровых работников выявлены статистически значимые различия по всем показателям липидного спектра в группе с трудовым стажем более 20 лет по сравнению с контролем: увеличение уровня холестерина ($p=0,003$), ЛПНП ($p=0,05$), ТГ ($p=0,008$), ИА ($p=0,002$) и снижение уровня ЛПВП ($p=0,002$). В группе с трудовым стажем от 11-20 лет достоверно отличался только ИА от группы контроля. В группе с трудовым стажем до 10 лет и контрольной группой достоверных различий по всем исследуемым показателям выявлено не было. Между группами с трудовым стажем до 10 лет и более 20 лет выявлены достоверные различия по содержанию ОХ ($p=0,02$), а также ИА ($p=0,02$), в сторону увеличения их в группе пациентов с трудовым стажем более 20 лет. У машинистов и их помощников больных ЭАГ нами выявлено достоверное различие всех показателей в группах со стажем трудовой деятельности от 11-20 лет и более 20 лет по сравнению с группой здоровых работников. В группе с трудовым стажем до 10 лет выявлено достоверное снижение ЛПВП и повышение ИА по сравнению со работниками, по остальным показателям липидного спектра статистически значимых различий не выявлено. Между группами выявлено достоверное увеличение содержания ОХ ($p=0,02$), ТГ ($p=0,006$) и ИА ($p=0,004$) в группе с трудовым стажем более 20 лет по сравнению с группами, трудовой стаж которых составил до 10 лет.

Заключение:

У машинистов и их помощников с трудовым стажем более 20 лет выявлено достоверное различие всех показателей липидного обмена в группах с (ЭАГ) и здоровых работников по сравнению с контролем.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ

С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Васильев В.Ю.², Скибицкий В.В.¹, Фендрикова А.В.¹
¹МБУЗ г. Сочи «Городская больница №4», ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценка структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка у солечувствительных (СЧ) и солерезистентных (СР) пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 64 пациента с АГ (30 мужчин и 34 женщины), медиана возраста 59 (51,5-65) лет. Оценка солечувствительности производилась при помощи суточного мониторирования АД (BPLab ООО «Петр Телегин») до и после проведения пробы В.И. Харченко. В дальнейшем всем пациентам выполнялось эхокардиографическое исследование с определением толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ), массы миокарда (ММ) ЛЖ, индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Результаты исследования обработаны при помощи программы Statistica 10 (StatSoft Inc. США). Количественные признаки представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Сравнительный анализ показателей в независимых группах проводился при помощи U-критерия Манна-Уитни с уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты:

По результатам пробы В.И. Харченко 39% пациентов ($n=25$) были отнесены к СЧ, а 61% больных ($n=39$) к СР. Основные показатели структурно-функционального состояния левого желудочка оказались выше в группе СЧ по сравнению с группой СР, однако разница оказалась недостоверной. Так, в группах СЧ и СР больных ТМЖП составила 12 (11-15) мм и 11 (10-14) мм, ТЗС ЛЖ 10,5 (10-12) мм и 10 (9-11) мм, ММ ЛЖ 205,2 (161,9-274,3) г и 192,2 (160,9-247,7) г, ИММ ЛЖ 116 (95,9-127,2) г/м² и 97,2 (84-119,7) г/м², КДР ЛЖ 49(46-54) мм и 48 (45-52) мм соответственно. При дополнительном анализе результатов пробы на солечувствительность были сформированы 2 группы: 1 группа – больные, у которых при сравнении результатов суточного мониторирования АД до и после солевой наблюдалось повышение АД во время ночного сна на 5 мм.рт.ст. и более и 2 группа - без значительных изменений АД в ночные часы.

Заключение:

Таким образом, полученные результаты демонстрируют важность определения АД во время ночного сна в рамках стандартной пробы В.И. Харченко, что позволит выделить пациентов, требующих более тщательного контроля показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОДИНАМИИ

Иванченко В.С., Гагарина А.А., Ушаков А.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,
 г. Симферополь, Крым,

Введение (цели/ задачи):

Параметры суточного мониторирования артериального давления (СМАД), такие как среднесуточные, дневные и ночные значения АД, вариабельность и степень ночного снижения АД имеют доказанную взаимосвязь с повышением риска кардио-

васкулярных осложнений, увеличением массы миокарда левого желудочка и развитием микроальбуминурии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Наряду с показателями СМАД, высокую прогностическую значимость имеет исследование вариабельности сердечного ритма (BCP), степень снижения которой тесно связана с поражением органов-мишеней и риском сердечно-васкулярных событий. Цель. Исследовать особенности суточной динамики АД и BCP у пациентов, страдающих АГ, в зависимости от уровня физической активности (ФА).

Материал и методы:

Обследовано 76 пациентов с АГ 1 и 2 степени, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с наличием ожирения (36 человек) и 2-я группа – без ожирения (40 человек). Контрольная группа была представлена 26 лицами, не страдающими АГ, ожирением и сердечно-сосудистой патологией. Комплексное клинико-инструментальное обследование пациентов проводили по общепринятому стандартному алгоритму. Всем пациентам проведено СМАД, с определением средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельности САД и ДАД, степени ночного снижения АД. При анализе холтеровского мониторирования электрокардиограммы выполняли оценку следующих показателей BCP: SDNNi (мс) – среднее стандартное отклонение кардиоинтервалов за 5-минутные периоды записи; RMSSD (мс) – квадратный корень суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов, SI – индекс напряжения регуляторных систем. Для оценки ФА использовали краткий международный опросник по ФА (IPAQ).

Результаты:

По данным СМАД у пациентов 1-ой и 2-ой групп наблюдались достоверно более высокие среднесуточные, дневные и ночные значения САД и ДАД по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$), при этом сочетание АГ с ожирением сопровождалось ухудшением суточной динамики АД, что проявлялось увеличением среднего ночного САД ($147,64 \pm 1,99$ мм рт. ст.) по сравнению с пациентами без ожирения ($143,90 \pm 1,76$ мм рт. ст., $p = 0,04$), а также увеличением доли лиц с недостаточной степенью ночного снижения ($72,2\%$) и с ночным повышением артериального давления ($8,3\%$). На фоне гиподинамии у пациентов с АГ установлено достоверное увеличение среднесуточных, дневных и ночных значений САД и ДАД, а также повышение вариабельности АД по сравнению с пациентами, имеющими достаточный уровень ФА. При изучении показателей BCP были выявлены статистически значимые различия основных среднесуточных показателей временного анализа у пациентов с АГ обеих групп по сравнению с группой контроля, однако достоверных различий между 1-ой и 2-ой группами не наблюдалось. У пациентов с АГ на фоне гиподинамии было установлено снижение SDNNi ($40,18 \pm 1,75$ мс) по сравнению с пациентами, имеющими достаточный уровень ФА ($49,77 \pm 1,81$ мс, $p < 0,01$), а также достоверное увеличение SI, что указывало на выраженное напряжение регуляторных систем и преобладание симпатического отдела вегетативной нервной регуляции. При проведении корреляционного анализа в 1-ой группе были установлены статистически значимые связи SDNNi со среднесуточным ДАД ($r = -0,34$; $p = 0,04$), с вариабельностью САД в дневное время ($r = -0,53$; $p = 0,0008$), с ВАР ДАД в дневное и ночное время ($r = -0,44$; $p = 0,007$ и $r = -0,41$; $p = 0,01$), со степенью ночного снижения САД и ДАД ($r = 0,42$; $p = 0,01$ и $r = 0,34$; $p = 0,04$). Во 2-ой группе определялись достоверные корреляции SDNNi со среднесуточным САД ($r = -0,32$; $p = 0,04$), с вариабельностью САД в дневное и ночное время ($r = -0,32$; $p = 0,04$ и $r = 0,39$; $p = 0,01$); RMSSD с вариабельностью САД и ДАД в дневное время ($r = -0,46$; $p = 0,003$ и $r = -0,40$; $p = 0,01$).

Заключение:

У пациентов, страдающих АГ, отсутствие адекватной ФА является дополнительным фактором, приводящими к ухудшению суточной динамики АД и нарушению BCP, что наиболее выражено при наличии ожирения. Выявленное снижение временных параметров BCP – SDNNi и RMSSD, а также увеличение индекса напряжения регуляторных систем, ассоциируется с повышением вариабельности АД и недостаточной степенью ночного снижения АД, что лежит в основе формирования прогностически неблагоприятного течения АГ на фоне гиподинамии.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Петелина Т.И., Авдеева К.С., Гапон Л.И., Мусихина Н.А., Зубева Е.В., Добрынина Л.А., Копылова Л.И., Семухина Е.Н.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности эластических свойств артериальной стенки у пациентов артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями и проследить характер взаимосвязи эластических свойств с биохимическими параметрами сыворотки крови.

Материал и методы:

Обследовано 129 пациентов в возрасте от 21 года до 65 лет, пациенты распределились в две группы. 1-я группа – пациенты с эссенциальной АГ I-III степенью, ($n = 52$); 2-я группа – пациенты с АГ I-III степенью и метаболическими нарушениями (абдоминальное ожирением и умеренная гиперлипидемия - $ОХ < 6,5$ ммоль/л), ($n = 77$). Оценивали параметры эластических свойств сосудистой стенки по данным сфигмографии на аппарате VASERA VS-1000 «FUCUDA» Denshi: CAVI – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс; R-, L-ABI – лодыжечно-плечевой индекс; R-AI – индекс аугментации; индекс отражения пульсовой волны; R-, L- PVW – скорость пульсовой волны. Всем пациентам выполнено биохимическое исследование крови. Определяли показатели: липидного спектра (общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ)); продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) (малоновый диальдегид (МДА) и антиоксидантной защиты - супероксиддисмутазы (СОД) и каталаза); воспалительные факторы - высокочувствительный С-реактивный белок (вч-СРБ), гомоцистеин, ФНО-а, фибриноген; маркеры эндотелиальной дисфункции – нитриты, эндотелин-1-21.

Результаты:

Во 2-й группе больных выявлено достоверное превышение показателей СПВ – R – ABI, L – ABI, R – PVW ($p = 0,018$; $p = 0,024$; $p = 0,047$, соответственно); показателей липидного профиля - ОХС, ЛПВП, ТГ ($p = 0,05$; $p = 0,038$; $p = 0,029$, соответственно); маркеров воспалительной реакции вч-СРБ ($p = 0,024$) по сравнению с пациентами 1-й группы. Зарегистрирована тенденция к повышению уровня эндотелина-1-21. Методом корреляционного анализа в 1-ой группе определены отрицательные взаимосвязи показателей СПВ с параметрами воспаления и ПОЛ: CAVI с нитритами; PVW R с гомоцистеином и МДА; R AI с ФНО-а и положительные - R-AI и R-ABI с фибриногеном. Во 2-ой группе выявлены отрицательные взаимосвязи показателей CAVI с эндотелином-1; ABI L с ФНО-а и положительные R-AI с фибриногеном и МДА. Во 2-ой

группе у больных со 2 и 3 степенью ожирения методом регрессионного анализа выявлена прямая зависимость CAVI от МДА и СОД ($r=0,525$; $p=0,003$ и $p=0,047$, соответственно); ABI-R от ЛПВП ($r=0,57$; $p=0,041$). У пациентов со 2 и 3 степенью повышения АД зарегистрированы положительные взаимосвязи CAVI с ЛПНП и уровнем нитритов ($r=0,28$; $p=0,015$ и $p=0,007$, соответственно) и отрицательная взаимосвязь CAVI с уровнем ОХС ($r=0,28$; $p=0,029$) и R-AI с уровнем СРБ ($r=0,44$ $p=0,082$).

Заключение:

У пациентов АГ с метаболическими нарушениями выявленные изменения биохимических параметров липидного спектра, параметров ПОЛ и воспалительных маркеров, могут являться основой патогенетических механизмов нарушения эластичности сосудистой стенки, ассоциируясь с возможностью развития кардио и цереброваскулярных нежелательных явлений.

ОТНОШЕНИЕ СОНОГРАФИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК МАРКЕР ОЖИРЕНИЯ ВЫСОКОГО КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА

Дружилов М.А., Дружилова О.Ю.,

Хейн И.В., Кузнецова Т.Ю.

ФГБОУ ВО «ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ», г. ПЕТРОЗАВОДСК, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Специфичность пороговых значений косвенных критериев абдоминального висцерального ожирения, в том числе показателя окружности талии (ОТ), снижается при переходе с популяционного на индивидуальный уровень оценки, что определяет необходимость изучения методов его прямой верификации для выделения пациентов с ожирением высокого кардиометаболического риска. Цель: анализ ассоциации отношения сонографически определяемой абдоминальной висцеральной и подкожной жировой ткани с параметрами кардиоваскулярного ремоделирования и метаболическими факторами риска у пациентов с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы:

Обследовано 274 нормотензивных (по данным суточного мониторинга артериального давления), без сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, мужчин в возрасте от 35-ти до 55-ти лет ($44,8 \pm 5,0$ лет), с АО (ОТ > 94 см) и «невысоким» риском по шкале SCORE. Выполняли ультразвуковое исследование сердца, каротидных артерий, сонографическую оценку толщины подкожной и висцеральной абдоминальной жировой ткани (АЖТ), суточное мониторирование АД с оценкой среднесуточной скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте (монитор VPlab «МНСДП-3», ООО «Петр Телегин», Россия), определяли уровни липидного спектра и сахарного профиля, мочевой кислоты и С-реактивного белка крови (СРБ), альбуминурии. Для оценки значимости различий между группами использовался двусторонний t-тест, критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера.

Результаты:

Средняя толщина сонографически определяемой висцеральной АЖТ составила $69,5 \pm 14,4$ мм, подкожной АЖТ – $27,3 \pm 5,8$ мм, отношение висцеральная/подкожная АЖТ – $2,6 \pm 0,6$. Выделенная подгруппа пациентов ($n=78$), характеризующаяся отношением висцеральная/подкожная АЖТ $\geq 3,0$, отличалась (по сравнению с группой в целом) большей частотой наличия гипертрофии левого желудочка (при пороговом значении 125 г/м² по формуле Devereux – $34,6\%$ против $12,0\%$, $p<0,001$), диастолической дисфункции левого желудочка ($43,6\%$ против $17,2\%$, $p<0,001$), ка-

ротидного атеросклероза ($47,4\%$ против $18,2\%$, $p<0,001$), преддиабета ($38,5\%$ против $16,1\%$, $p<0,01$), альбуминурии высоких градаций ($33,3\%$ против $17,9\%$, $p<0,01$), а также более высокими уровнями триглицеридов ($2,2 \pm 0,9$ ммоль/л против $1,9 \pm 1,0$ ммоль/л, $p<0,05$), холестерина липопротеинов низкой плотности ($3,8 \pm 1,1$ ммоль/л против $3,5 \pm 1,5$ ммоль/л, $p<0,05$), мочевой кислоты ($0,38 \pm 0,08$ ммоль/л против $0,35 \pm 0,08$ ммоль/л, $p<0,01$), СРБ крови ($3,2 \pm 0,7$ мг/л против $2,1 \pm 1,1$ мг/л, $p<0,01$), среднесуточной СПВ в аорте ($7,9 \pm 0,7$ м/с против $7,5 \pm 0,7$ м/с, $p<0,001$). При отсутствии различий по ИМТ ($31,4 \pm 3,4$ кг/м² и $30,7 \pm 3,4$ кг/м²) данная подгруппа характеризовалась также большей величиной ОТ ($106,7 \pm 8,6$ см против $103,8 \pm 7,6$ см, $p<0,01$).

Заключение:

Сонографическая оценка параметров висцеральной и подкожной АЖТ позволит повысить специфичность пороговых значений показателя ОТ в отношении выделения лиц с висцеральным ожирением, характеризующимся более высоким кардиометаболическим риском.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Полозова Э.И., Сеськина А.А., Сорокина Н.Н.,

Пузанова Е.В., Абрамова С.Г., Азизова Э.З.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. ОГАРЕВА», г. САРАНСК, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

В последние годы в практической медицине достаточно часто стала использоваться оценка качества жизни (КЖ) пациентов как критерий, позволяющий получить информацию о физическом, психоэмоциональном и социальном состоянии человека при различных заболеваниях и патологических состояниях. Различия между данными медицинского заключения об эффективности проведенного лечения, сделанные врачом на основании результатов клинического обследования, и оценкой пациентом качества своей жизни, могут быть очень существенными. Они могут быть обусловлены особенностями личности самого пациента, диагностическими и лечебными процедурами, побочными эффектами препаратов, их влиянием на психоэмоциональную сферу. Поэтому возникает необходимость в использовании в клинической практике при характеристике динамики состояния пациентов в процессе проводимого лечения и реабилитационных мероприятий комплексного подхода с включением интегральных критериев оценки КЖ как меры их физического, психического и социального благополучия. Метаболический синдром (МС) в настоящее время представляет собой очень серьезную проблему медико-социального плана вследствие его высокой распространенности, прогрессирующего течения, развития осложнений, снижающих качество жизни больных. Исследование КЖ больных с МС может способствовать повышению эффективности лечения и комплексной реабилитации пациентов с данной патологией. Цель исследования: изучение качества жизни больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Основой работы явились клинические исследования 97 пациентов с метаболическим синдромом в возрасте от 50 до 73 лет, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2015-2017 г.г. Все обследуемые пациенты имели 3 степень АГ. По стратификации сердечно-сосудистого риска все отобранные пациенты характеризовались очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты в $86,6\%$ случаев имели 3-х компонентный МС, в $13,4\%$ - 4-х компонентный. Для оценки качества жизни применялся об-

щий опросник SF-36 (русифицированная версия), который является наиболее распространенным в клинических исследованиях. За показатели нормы приняты данные опроса, полученные у 23 практически здоровых добровольцев. Полученные в ходе работы цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики. Применялся критерий *t* Стьюдента.

Результаты:

В ходе проведенного исследования было выявлено снижение всех аспектов КЖ у больных с МС по сравнению с данными здоровых респондентов: показатель физического функционирования (RF) уменьшался на 24,7% ($p < 0,05$), ролевого функционирования (RP) – на 47,8% ($p < 0,05$), интенсивности боли (P) – на 40,5% ($p < 0,05$). Общее состояние здоровья (GH) пациентов снижалось на 48,6% ($p < 0,05$), жизнеспособность (VT) – на 45,1% ($p < 0,05$), социальное функционирование (SF) – на 31,8% ($p < 0,05$), эмоциональное функционирование (RE) – на 36,9% ($p < 0,05$), психологическое здоровье (MH) – на 47,5% ($p < 0,05$). Согласно полученным результатам можно отметить, что МС приводит к ограничениям всех аспектов жизни человека (физического, психологического и социального). При сравнении со здоровыми респондентами выявлено, что шкалы оценки КЖ, связанные с психологической сферой больного (VT и MH), и показатель RP, отражающий степень ограничения повседневной деятельности проблемами со здоровьем, оказались наиболее чувствительными. В исследовании при анализе показателей КЖ в разных возрастных группах отмечено, что с увеличением возраста наблюдается ограничение физической активности пациентов с МС, снижение оценки пациентом в настоящий момент времени своего состояния здоровья, сопротивляемости болезни и перспектив лечения. Показатели психического здоровья и социальной активности также имели тенденцию к снижению с увеличением возраста.

Заключение:

На основании полученных данных показана необходимость комплексного исследования КЖ у больных с МС. При наличии у пациентов метаболического синдрома имеет место снижение жизненной активности, ограничение повседневной физической деятельности. МС отрицательно влияет на оценку больным общего состояния. Проведение в клинической практике мониторинга оценки КЖ у больных МС с использованием опросника SF-36 с последующим анализом полученных количественных показателей способствует индивидуализации лечения пациентов и коррекции тактики ведения, что имеет большое практическое значение.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА САНАТОРНО – КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Каладзе Н.Н., Сизова О.А., Янина Т.Ю., Ревенко Н.А.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Ранняя диагностика артериальной гипертензии (АГ), поиски прогностических маркеров поражения органов-мишеней помогут усовершенствовать профилактику развития ранних осложнений АГ. Цель исследования: оценить динамику показателей функции эндотелия, коррекции выявленных изменений и повышение эффективности реабилитационных мероприятий у подростков с первичной артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследовано 57 пациентов с первичной АГ (ПАГ), получавших санаторно – курортное лечение на базе санатория «Юбилейный» г. Евпатории. Средний возраст составил $13,8 \pm 0,17$ лет. Кон-

трольную группу (КГ) составили 21 подросток (средний возраст $13,7 \pm 0,14$). Всем детям было проведено суточное мониторирование АД (СМАД). Определение уровня маркеров функции эндотелия асимметричного диметиларгинина (АДМА) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови проводили с использованием иммуноферментного анализа и стандартных наборов тест-систем. Концентрация оксида азота в сыворотке крови представлена суммой нитритов и нитратов (NOx, мкмоль/л) и определена хемолюминесцентным методом с использованием реакции Грисса.

Результаты:

При анализе показателей СМАД у пациентов констатировано достоверно ($p < 0,01$) более высокий уровень среднесуточного САД и среднедневного САД в сравнении с КГ. Высокие показатели САД и ДАД приводят к неадекватному нарастанию периферического сопротивления и, соответственно, способствуют формированию гиперкинетического типа кровообращения, что служит причиной постоянного механического воздействия на эндотелий сосудов. При изучении маркеров дисфункции эндотелия (ДЭ) значительная роль отводится NO, как одному из наиболее мощных вазодилататоров. Самый высокий вазоконстрикторный потенциал наблюдается у ЭТ-1. В качестве показателя функционирования системы NO выступает уровень метилированных производных L-аргинина – монометиларгинина, АДМА – аминокислота, которая является конкурентными блокаторами синтеза NO. Установлено, что у больных с АГ средний уровень NOx достоверно ($p < 0,001$) ниже КГ на 44% и составил $20,70 \pm 2,17$ мкмоль/л, тогда как уровень NOx в КГ составил $37,23 \pm 2,87$ мкмоль/л. У детей с ПАГ выявлен повышенный уровень ЭТ-1 в сыворотке крови ($0,57 \pm 0,01$ нг/мл, $p < 0,01$) в сравнении с КГ ($0,33 \pm 0,04$ нг/мл). Средний уровень АДМА составил $0,64 \pm 0,017$ мкмоль/л, что достоверно ($p < 0,01$) превышало уровень КГ $0,27 \pm 0,02$ мкмоль/л. При ДЭ снижение вазорелаксирующих факторов происходит не только путем гиперсекреции вазоконстрикторов, но и за счет активации ингибиторов NO – АДМА. В условиях курорта в системе реабилитационных мероприятий при АГ у подростков важное место занимает бальнеотерапия, в частности, хлоридные натриевые ванны с минерализацией 20 г/л, которые оказывающие тонизирующее и регуляторное влияние на ССС, улучшающие периферическое кровообращение и обладающие гипотензивным действием, путем снижения периферического сопротивления сосудов. При включении в реабилитационный комплекс хлоридных натриевых ванн было выявлено достоверно ($p < 0,05$) более выраженное снижение срСут САД на 4,5%; срСут ДАД на 8%; срДн САД на 3%, срНоч САД на 6,5%; а также срНоч ДАД на 6,3%, приближаясь к соответствующим показателям КГ. При оценке динамики показателей маркеров функции эндотелия после проведенного санаторно-курортного лечения отмечается достоверная положительная динамика. При оценке динамики показателей NOx после санаторно-курортной реабилитации отмечается повышение уровня $NO \rightarrow x$ ($41,5$ мкмоль/л, $p < 0,001$) – до уровня КГ. Отмечено достоверное снижение уровня ЭТ-1 в 1,8 раза ($p < 0,01$), но достижения значения ЭТ-1 в КГ не произошло. Уровень АДМА оставался достоверно различимым ($p < 0,01$) с данными КГ.

Заключение:

У подростков с АГ были выявлены нарушения функциональной активности эндотелия, которые выражались в повышении ЭТ-1, АДМА, снижении уровня NO. Проведение реабилитационного комплекса с включением бальнеотерапии способствует снижению среднесуточных показателей АД, нормализации функциональной активности эндотелия в виде нормализации синтеза оксида азота ($p < 0,001$), достоверного снижения ЭТ-1 ($p < 0,01$) и уровня АДМА ($p < 0,01$).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА/ИНДАПАМИДА/ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Крючкова О.Н.¹, Ицкова Е.А.¹, Турна Э.Ю.¹, Лутай Ю.А.¹, Костюкова Е.А.¹, Кучеренко Т.В.²

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», ²ГБУЗ РК «7 городская клиническая больница», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Достижение эффективного контроля артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является сложной задачей, что обусловлено как патогенетическими особенностями течения данной коморбидной патологии, так и побочными эффектами ряда лекарственных препаратов. Цель исследования: оценить динамику показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у пациентов с ранее неконтролируемой АГ в сочетании с ХОБЛ при переводе на фиксированную комбинацию амлодипина/индапамид/периндоприл.

Материал и методы:

Обследовано 38 пациентов с артериальной гипертензией II стадии, 2 степени в сочетании с ХОБЛ II-III. Средний возраст больных составил – 59,34±2,37 лет. Критерием включения в исследование было отсутствие достижения целевого уровня АД при использовании двойной комбинации любых антигипертензивных препаратов. Всем пациентам в дальнейшем была использована фиксированная комбинация амлодипина/индапамид/периндоприл аргинин (Трипликсам®, «Лаборатория Сервье», Франция) в дозе 5/1,25/5 мг, с последующим возможным увеличением до 10/2,5/10 мг. До исследования и через 30 дней проводимой терапии с использованием изучаемой комбинации анализировали динамику показателей СМАД (аппарат ABPM LABTECH) и спирографических показателей (аппарат Спироком).

Результаты:

Через 30 дней у 26 (68,4%) пациентов были достигнуты целевые уровни АД. Дальнейшее увеличение дозы фиксированной комбинации амлодипина/индапамид/периндоприла аргинина до 10/2,5/10 мг позволило достигнуть целевого уровня АД у 35 (92,1%) пациентов. Побочных эффектов в процессе терапии зарегистрировано не было. Под влиянием терапии произошло статистически значимое снижение как среднесуточных показателей систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), так и показателей АД в дневной и ночной период. При анализе суточного профиля АД до терапии обращало на себя внимание преобладание пациентов с повышением или отсутствием снижения АД в ночном периоде (night-peaker — 31%, non-dipper — 48%, dipper — 21%). Через 30 дней проводимой терапии процент пациентов с патологическим суточным ритмом снизился до 23% (night-peaker) и 39% (non-dipper), и соответственно, увеличилось количество пациентов с физиологическим ночным снижением АД (dipper до 38%).

Заключение:

Применение фиксированной комбинации амлодипина/индапамид/периндоприла аргинина у пациентов с ранее неконтролируемой АГ в сочетании с ХОБЛ позволило достигнуть целевых уровней АД у большинства пациентов и сопровождалось положительной динамикой показателей СМАД.

ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА КОМБИНАЦИИ

ИНГИБИТОРА АПФ С ПРЯМЫМ ИНГИБИТОРОМ РЕНИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Пироженко А.А., Дробота Н.В., Разумовский И.В., Заковряшина И.Н., Шлык С.В., Хаишева Л.А. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Провести оценку антигипертензивной и органопротективной эффективности режима терапии, основанного на комбинации ингибитора АПФ (иАПФ) с прямым ингибитором ренина (алискирен) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование было включено 58 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет. Все пациенты имели: установленный диагноз АГ, поражение левого желудочка (ЛЖ) в виде его гипертрофии (ГЛЖ) и диастолической дисфункции (ДД ЛЖ); отсутствие достижения целевых значений АД, информированное согласие. Больным была назначена комбинация прямого ингибитора ренина (алискирена) в дозировке 150 мг и иАПФ (периндоприла) в дозировке 5 мг. В начале лечения всем пациентам была проведена оценка профиля суточного АД и оценка морфофункционального состояния миокарда левого желудочка по стандартным показателям эхокардиографии с доплерометрией. Через 3 месяца антигипертензивной терапии вышеперечисленные исследования были повторены.

Результаты:

По окончании 12 недель терапии периндоприлом и алискиреном были выявлены достоверные изменения основных показателей суточного профиля АД, которые проявлялись статистически значимым снижением среднесуточных, дневных и ночных значений САД и ДАД: среднесуточное, дневное и ночное САД уменьшились соответственно на 17,6%, 19% и 18,1%, а среднесуточное, дневное и ночное ДАД – на 12,4%, 13% и 9,9% (p≤0,05). Были зарегистрированы достоверные (p≤0,05) изменения морфофункциональных показателей ЛЖ, проявившиеся снижением его массы миокарда на 10,6% от исходных значений, уменьшением толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ соответственно на 10,6% и 10,1%. Параллельно отмечалось улучшение диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ), о чем свидетельствовало увеличение показателя трансмитрального кровотока Е/А на 23,5% и снижение времени изоволюмического расслабления на 13,8% (p≤0,05).

Заключение:

Комбинированная терапия периндоприлом и алискиреном характеризуется выраженным антигипертензивным эффектом, проявляющемся в снижении прогностически неблагоприятных показателей по данным суточного мониторинга АД, а именно – снижении среднесуточных показателей САД и ДАД, и кардиопротективным эффектом, проявляющимся в регрессе ГЛЖ и ДДЛЖ.

ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Помогайбо Б.В.¹, Филиппов А.Е.², Лаврентьева Д.Ю.¹

¹Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, ²Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Нарушение релаксационных свойств миокарда левого желудочка является ранним патологическим проявлением дисфункции миокарда при артериальной гипертензии и сопровождается

выраженным энергетическим дефицитом, в большей степени обусловленным ростом постнагрузки и массы миокарда, а также накоплением коллагена в интерстиции. При этом своевременная диагностика диастолической дисфункции в дебюте гипертонической болезни помогает эффективно предотвращать развитие сердечной недостаточности. В тоже время взаимосвязь диастолической дисфункции с гипертрофией левого желудочка не столь очевидна, и при артериальной гипертензии диастолическая дисфункция левого желудочка может выступать самостоятельным маркером начального поражения сердца при его нормальной геометрии. Цель исследования. Изучить частоту встречаемости скрытой (неассоциированной с гипертрофией левого желудочка) диастолической дисфункции левого желудочка у мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией, оценить ее взаимосвязи с лабораторно-инструментальными показателями поражения сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы:

В период с 2014 по 2017 год в исследование было включено 79 мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в ФГКУ «413 военный госпиталь» Минобороны России (г. Волгоград). Критерием включения являлись признаки диастолической дисфункции левого желудочка (нарушения транзитрального кровотока при импульсной трансторакальной эхокардиографии) при отсутствии признаков гипертрофии левого желудочка. Всем больным выполнялось комплексное обследование: общеклинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, липидограмма, определение липопротеида (а), электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, комбинированное суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы, рентгенография органов грудной клетки, офтальмоскопия, осмотр невролога. Все отобранные пациенты изъявили желание принять участие в исследовании после проведенного информирования, подписав информированное согласие. Статистическая обработка полученного массива переменных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты:

Средний возраст больных составил. Распределение диастолической дисфункции по типу спектра транзитрального диастолического потока оказалось следующим: нарушенное расслабление (EA) – 21 больной (28%). Случаев рестриктивного обратимого/необратимого типа спектра транзитрального диастолического потока не выявлено. Частота встречаемости факторов риска развития атеросклероза в группах с гипертрофическим и псевдонормальным типом диастолической дисфункции не отличались: курение – 54% и 61% соответственно при $p < 0,05$, дислипидемия – 50% и 42% ($p < 0,05$), абдоминальное ожирение – 29% и 38% ($p < 0,05$), неблагоприятная наследственность по сердечно-сосудистой патологии – 7% и 4% ($p < 0,05$), больных с нарушением углеводного обмена не было. Для изучения взаимосвязи выраженности диастолической дисфункции левого желудочка с лабораторно-инструментальными показателями поражения сердечно-сосудистой системы мы провели предварительный однофакторный корреляционный анализ, в результате которого было установлено взаимосвязь диастолической дисфункции с ночной вариабельностью систолического ($r = 0,38$) и диастолического давления ($r = 0,35$), средним диастолическим давлением днем ($r = 0,31$) и ночью ($r = 0,36$), толщиной межжелудочковой перегородки ($r = 0,32$), уровнем триглицеридов ($r = 0,28$) и липопротеида (а) ($r = 0,27$). Далее эти переменные поочередно включались в многофакторный регрессионный анализ, при этом

взаимосвязь диастолической дисфункции оказалась значимой с вариабельностью диастолического давления в ночные часы ($p < 0,05$) и средним диастолическим давлением ночью ($p < 0,05$), а также с толщиной межжелудочковой перегородки ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, скрытая диастолическая дисфункция левого желудочка у больных молодого возраста с артериальной гипертензией представлена гипертрофическим и псевдонормальным типом. Она может ассоциироваться с отдельными показателями диастолической артериальной гипертензии и с толщиной межжелудочковой перегородки.

ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Ицкова Е.А.,
Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Изучение влияния различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии на динамику показателей периферического кровообращения, жесткость магистральных сосудов эластического типа у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материал и методы:

В основной группе – 75 пациентов (средний возраст $60,85 \pm 0,96$) с АГ 1 и 2 степени, перенесших ИИ, которые были рандомизированы на две группы (гр.): в гр. А – 37 пац., назначалась комбинация олмесартан и гидрохлортиазид в терапевтических дозах, в гр. В – 38 пац., назначалась комбинация олмесартан и амлодипин. В гр. сравнения – 30 пац. с АГ II стадии 1 и 2 ст. Пациентам до начала лечения и через год на фоне терапии проводились доплерография сосудов шеи с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ), пиковой систолической скорости кровотока (V_{ps}), конечно-диастолической скорости (V_{ed}), индекса резистентности (RI) и пульсационного индекса (PI), расчет индексов Линдегарда (церебрального вазоспазма) и AASI ($AASI = 1 - B$, где B — коэффициент линейной регрессии САД и ДАД).

Результаты:

На фоне терапии в гр. В достоверно повышались V_{ps} и V_{ed} с обеих сторон ($p < 0,05$): до лечения составили ($57,88 \pm 3,08$ и $14,95 \pm 0,82$ см/с), через год на фоне терапии – ($70,68 \pm 3,36$ и $22,58 \pm 1,43$ см/с), также нами выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение индекса Линдегарда (до лечения $1,7 \pm 0,1$; на фоне терапии – $1,4 \pm 0,1$). На фоне терапии в гр. А достоверно ($p < 0,05$) снизился индекс AASI (до лечения – 0,343; на фоне терапии – 0,246), в гр. В этот показатель достоверно не отличался с показателем до лечения ($p > 0,05$).

Заключение:

Комбинированная антигипертензивная терапия олмесартаном и амлодипином способствовала достоверному увеличению пиковой систолической и конечно-диастолической скорости кровотока в общей сонной артерии, а также снижение степени вазоспазма (индекс Линдегарда), что указывает на снижение жесткости сосудов среднего калибра. На фоне терапии олмесартаном и гидрохлортиазидом наблюдалось более выражен-

ное снижение индекса амбулаторной жесткости артерий (ААСI), отражающего тонус и степень растяжимости аорты и крупных артерий эластического типа.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ В КОРРЕКТНОСТИ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Леонова А.М.¹, Черных А.И.¹, Бонцевич Р.А.¹, Щуровская К.В.¹, Благая В.В.², Северина О.В.³, Покровская Т.Г.¹, Леонов А.А.¹

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет,

²Многопрофильная поликлиника «Гармония здоровья», ³Женская консультация при Городской поликлинике № 7 ГКБ №2, г Белгород, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность: Проблема отсутствия единой классификации и недостатка информации – стала причиной ошибок при постановке диагнозов артериальной гипертензии (АГ) у беременных, которые влияют на течение и исход беременности, представляют угрозу для женщины и плода, увеличивая частоту перинатальной смертности. Цель: Оценить знания врачей различных специальностей по классификации артериальной гипертензии у беременных и умение применять ее на практике при постановке диагноза.

Материал и методы:

Для исследования была разработана оригинальная анкета опроса врачей, в котором приняли участие 50 человек с различным стажем работы и различных специальностей (акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики), работающие с беременными. Вопрос о классификации АГ у беременных проанализирован по 42 анкетам. В вопросе были указаны три ситуации, соответствующие “Хронической АГ – умеренной степени” (вариант А), “Гестационной АГ – тяжелой степени” (вариант В), “Преэклампсии – умеренной степени” (вариант С), которым требовалось дать верное определение.

Результаты:

Выявлено, что в ситуации – «А» правильно поставили диагноз – 5%. Использовали устаревшие названия (Гипертоническая болезнь (ГБ) и нефропатия) – 21%. Указали правильную степень, но неполный диагноз (просто АГ) – 29%, неправильную степень АГ указали – 19%, диагноз нейроциркуляторная дистония (НЦД) был поставлен в 5% случаев и наконец, неправильный диагноз указали – 21%. В ситуации – «В» правильно указали диагноз – 15%. Использовали устаревшие названия (ГБ и нефропатия) – 15%. Указали правильную степень, но неполный диагноз (просто АГ) – 17%, неправильную степень АГ указали – 19% и наконец, неправильный диагноз указали – 34%. В ситуации – «С» правильно указали диагноз – 41%. Использовали устаревшие названия (ГБ и нефропатия) – 12%. Неправильную степень АГ указали – 3% и наконец, неправильный диагноз указали – 44%.

Заключение:

В ходе проведенного исследования, было выявлено, что знания врачей, несмотря на наличие профильных клинических рекомендаций и достаточного количества источников информации по вопросам антигипертензивной терапии у беременных, низкие. Медицинским образовательным учреждениям и специалистам следует уделять больше времени для изучения данного вопроса.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,

ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БАБАДЖАНОВ Ж.К.

УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ, г. УРГЕНЧ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Проблема когнитивных нарушений в последние годы становится одной из основных проблем текущего столетия. Клиническая значимость своевременного выявления различных когнитивных нарушений может в значительной степени предупредить дальнейшее снижение когнитивной функции при своевременном эффективном вмешательстве. Цель исследования. Выявить особенности нервно-психического статуса и спектр возможных нарушений когнитивной функции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 32 пациента с ХСН, обусловленной АГ, средний возраст – 62,6±4,2 года. I стадия ХСН наблюдалась в 34,8% случаев, II А стадия – в 55,8%, II Б – у 9,4% больных. Оценка функционального класса (ФК) ХСН показала, что I ФК верифицирован у 43,8%, II ФК – 46,9%, III ФК – 9,3% пациентов. В группу контроля вошли 11 пациентов с АГ без признаков ХСН. Пациентам обеих групп помимо общего клинического осмотра, оценки антропометрических показателей, данных биохимического анализа крови и липидного спектра проводили комплексное нейропсихологическое тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA) и шкале оценки психического статуса (MMSE), а также оценивали наличие нервно-психических расстройств по Шкале HADS с определением уровня тревоги и депрессии. С целью оценки корректирующего влияния проводимой терапии на нервно-психический статус и когнитивные нарушения всем больным с ХСН, помимо базисной терапии, в схему лечения был добавлен гиполипидемический препарат розувастатин в дозе 10–20 мг. Доза препарата подбиралась индивидуально, в зависимости от исходных значений ОХС, ХС ЛПНП. Через 12 недель наблюдения повторно проводили оценку когнитивных функций и нервно-психического статуса.

Результаты:

Сравнительный анализ полученных результатов показал высокую распространенность нарушений когнитивной функции (КФ) различной степени выраженности у пациентов с ХСН. Средняя оценка пациентов основной группы по шкале MoCA составила 20,16±3,44 из 30 баллов, в то время как у лиц контрольной группы – 26,24±2,46 баллов с чувствительностью метода 90%. У большинства пациентов (75,1%) доминировала умеренная степень снижения КФ, в одном случае (3,1%) выявленные изменения носили характер тяжелой деменции, легкий характер нарушений встречался в 9,3% случаев, а у 12,5 % больных отсутствовали каких-либо нарушения в когнитивной сфере. Степень когнитивных нарушений у пациентов с ХСН увеличивалась с 22,9±2,54 до 18,29±3,97 баллов (p < 0,07) с повышением значений уровня артериального давления (АД). Кроме того, с увеличением степени АГ и длительности заболевания достоверно отмечалось повышение уровня тревожности с 8,23±2,54 до 13,45±2,11 баллов и депрессии с 6,44±1,94 до 15,05±2,61 баллов. Важно подчеркнуть, что, пациенты с низким комплаенсом имели более серьезные нарушения, при этом достоверные отличия отмечались только по показателям депрессии (p < 0,05), в то время как тревожность имела характер тенденции (p=0,07). Результаты сравнительного анализа гендерных различий показали, что изменения КФ чаще отмечались у женщин (21,5±2,36; p < 0,05), чем у мужчин (24,4±3,6, p < 0,05), а уровень депрессии в

2 раза превышал ($11,8 \pm 3,04$; $p < 0,05$) значения этого показателя в группе мужчин ($6,23 \pm 3,64$; $p < 0,05$). Установлены корреляционные зависимости между показателями MoCA теста и уровнем ОХС ($r = 0,87$; $p < 0,05$) и ХС ЛПВП ($r = -0,75$; $p < 0,05$). Через 12 недель базисной терапии с добавлением розувастатина средняя оценка MoCA теста в основной группе составила $23,46 \pm 3,11$ баллов, а оценка нервно-психических расстройств по Шкале HADS продемонстрировала только субклинические расстройства у пациентов основной группы.

Заключение:

У больных ХСН наблюдается высокая распространенность нарушений когнитивной функции различной степени выраженности. Когнитивные нарушения зависят от уровня АД, параметров липидного спектра, комплаенса, имеют также гендерные отличия. Длительная терапия ХСН с добавлением в схему лечения гиполипидемического препарата в сочетании с высоким комплаенсом позволяет улучшить показатели нервно-психического статуса и КФ.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПАССИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДИКТОРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Фролов В.М., Сушкова И.Э., Ильина С.В., Чеснакова Т.В. Медицинский центр (преморбидных и неотложных состояний) МО, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) не смотря на широкую распространенность и тенденцию к омоложению, крайне редко диагностируется на ранних стадиях. Целью настоящего исследования явился поиск ранних критериев развития АГ у лиц молодого возраста и оценка их прогностической значимости.

Материал и методы:

С января 2011 по январь 2018 г обследовано 214 пациентов (165-мужчин, 49 женщин, в возрасте от 22 до 40 лет). Всем выполнено мониторирование гемодинамических показателей и вегетативной нервной системы в условиях тилттеста, на системе «Task Force Monitor» (Австрия). При ортостазе проводились нейрорефлекторные пробы (Вальсальвы, с гипервентиляцией). В режиме «on-line» исследовались ЭКГ, измерение АД 2-мя методами (осциллометрически и «от сокращения к сокращению»), параметры гемодинамики (10 показателей) методом импедансной кардиографии. По данным вариабельности сердечного ритма и АД, спонтанного барорефлекса, оценивалась степень адаптации к внешним воздействиям.

Результаты:

Выявлены 6 типов реакции АД на ортостаз, наиболее информативными оказались начальная ортостатическая гипертензия (ОГ), стойкая ОГ, лабильность АД, отсроченная ОГ. Значимость типов реакции АД повышалась при сочетании с реакцией периферического сопротивления, дисфункцией вегетативной нервной системы, снижением чувствительности барорецепторов.

Заключение:

Проведенное неинвазивное мониторирование сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы при ортостазе, с оценкой динамики исследуемых показателей и особенно их сочетание, позволило выявить ряд критериев, которые могут являться ранними предикторами артериальной гипертензии.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УСЛОВИЯХ ВЫРАЖЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА

Чигисова А.Н.¹, Максимов С.А.¹, Огарков М.Ю.²,

¹ФГБНУ «НИИ КПССЗ», г. Кемерово,

²НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний работающего населения с выраженным профессиональным отбором на мере работников угольных шахт.

Материал и методы:

С помощью расширенных профилактических медицинских осмотров получена информация о состоянии здоровья работников мужского пола двух крупных шахт Кемеровской области ($n = 1915$). Проводилось анкетирование для оценки возрастной структуры, профессиональной принадлежности, наличия хронических неинфекционных заболеваний и поведенческих факторов риска. Регулярно курившими считали лиц, выкуривавших $1 \geq$ сигарет в день. Измерение артериального давления и определение диагноза артериальной гипертензии (АГ) проводилось согласно рекомендациям ВОЗ/РМОАГ (2010 год). Изучался липидный спектр. В исследуемой популяции производственные факторы следующие: тяжесть и напряженность труда, запыленность, воздействие шума и вибрации. В условиях, негативно влияющих на состояние здоровья, законодательно закрепленный профессиональный отбор и «стихийный» самоотбор обуславливают относительно благополучное состояние здоровья (Максимов С.А., 2015 год). В качестве референсной группы использовали случайную популяционную выборку мужского населения Кемеровской области ($n = 700$), сформированную в ходе эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Средний возраст работников угольных шахт и референсной группы следующий: $39,3 \pm 10,2$ лет и $45,8 \pm 11,4$ лет ($p < 0,001$). Оценку общего сердечно-сосудистого риска осуществляли согласно Рекомендациям Европейского Общества Кардиологов «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике» (пересмотр 2012 года). У лиц до 40 лет использована шкала относительного риска. Риск 1% считали низким, $\geq 5\%$ – высоким. Для лиц 40 лет и старше оценивали абсолютный 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний согласно системе SCORE. Риск считали низким при суммарном показателе $< 1\%$, умеренным – 1-4%, высоким – 5-9%, очень высоким – $\geq 10\%$. Критериями исключения из исследования являлись: сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания почек с показателем скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73м², указание на перенесенный ранее ишемический инсульт. Статистическая обработка в рамках программы «STATISTICA 8.0».

Результаты:

У работников < 40 лет регистрируется высокая распространенность курения по сравнению с референсной группой, 65,5% и 40,3% ($p < 0,001$). При этом у обследованных выявлена низкая частота АГ – 9,1%, в референсной группе – 42% ($p < 0,001$). Средние значения общего холестерина в изучаемых популяциях идентичны. У работников высокая частота относительного риска ($\geq 5\%$) была низкой и не имела достоверных различий с референсной группой, 1,5% и 1,7% ($p = 0,37$). У работников чаще регистрировались уровни относительного риска 3% и 4% – 12,4% и 2,7%, в референсной группе этот показатель составил 7,3% и 0,8% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$). Также в исследуемой популяции чаще обнаружен относительный риск 2% – в 55,4% случаев против 38% у референсной группы ($p < 0,001$). Относительный риск был низким у 28% работников и 52,2% референсной группы

($p < 0,001$). В возрасте ≥ 40 лет курение выявлено у 56,7% работников и 48,5% референсной группы ($p = 0,0009$). Распространенность АГ в исследуемой популяции низкая, 24,9%, в референсной группе данный показатель составил 64,1% ($p < 0,001$). У лиц ≥ 40 лет, согласно шкале SCORE, очень высокий риск выявлен у 0,4% обследованных и 6,3% референсной группы ($p < 0,001$). Высокий абсолютный риск у работников регистрировался реже по сравнению с референсной группой, 4,3% и 19,8% ($p < 0,001$). Наибольшая распространенность умеренного риска, согласно шкале SCORE, отмечена среди работников угольных шахт – 77,6% по сравнению с референсной группой, 58,7%, $p < 0,001$. В категории низкого абсолютного риска достоверных различий между работниками и референсной группой не выявлено, 17,7% и 15,2% ($p = 0,296$).

Заключение:

В возрасте до 40 лет в популяции работников угольных шахт за счет высокой частоты курения относительный сердечно-сосудистый риск выше, чем у жителей Кемеровской области. При этом вследствие выраженного профессионального отбора в возрасте 40 лет и старше, абсолютный сердечно-сосудистый риск у большинства работников определен как умеренный. Напротив, высокая распространенность АГ в популяции жителей Кемеровской области обуславливает значительную долю лиц с высоким и очень высоким абсолютным риском.

ОШИБКИ КОДИРОВАНИЯ ДИАГНОЗОВ УВЕЛИЧИВАЕТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Туков А.Р., Невзоров В.П., Гурьев А.В.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна
ФМБА России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Одним из факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является гипертония. По данным ВОЗ от гипертонии уже страдает более миллиарда человек в мире, она является причиной сердечных приступов и инсультов. По оценкам исследователей, повышенное кровяное давление ежегодно является причиной девяти миллионов смертельных случаев. По данным эпидемиологического исследования в России 48% мужчин и 40% женщин имеют артериальную гипертонию. Распространенность артериальной гипертензии за последние 6 лет возросла с 40 до 44%, а к 2025 году прогнозируется увеличение числа людей, страдающих повышенным уровнем артериального давления до полутора миллиардов. Для корректной оценки заболеваемости гипертонической болезни, необходимо знать качество учёта этих диагнозов. В доступной нам литературе не встречается работ, посвящённых этому направлению. Цель работы: проведения анализа качества кодирования диагнозов болезней, характеризующихся повышением кровяного давления и их учёта.

Материал и методы:

В работе использована информационная база Отраслевого регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС (ОРЧ), работников предприятий и организаций, обслуживаемых учреждениями здравоохранения ФМБА России. В регистр поступает ежегодно информация о зарегистрированных болезнях в отчётном году. Для кодирования диагнозов использован серийно-порядковый метод - кодовыми обозначениями являются числа натурального ряда с закреплением отдельных диапазонов (серий) чисел за объектами классификации с одинаковыми признаками, применяемый в МКБ-10.

Результаты:

В МКБ-10 гипертоническая болезнь с преимущественным пора-

жением сердца, почек, либо сердца и почек шифруются одним кодом, что является нарушением системы классификации (I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия; I11 Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца; I12 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек; I13 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек; I15 Вторичная гипертензия). Такое кодирование является причиной ошибочного первичного учёта гипертонической болезни. В информационной базе регистра находится информация о 18450 ликвидаторах последствий аварии на ЧАЭС (мужчин). За время наблюдения с 1987 по 2015 г. у этого контингента лиц зарегистрировано 3816 диагнозов «болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением». За этот же период повторно взято на учёт 180 диагнозов «болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением», но с кодами I11 - I15, то есть 4,7%. Если взять эту цифру, то можно пересчитать, сколько диагнозов гипертонической болезни ошибочно берётся на учёт, как выявленные впервые в жизни по стране, в мире.

Заключение:

Предлагается два выхода из создавшегося положения: первый – исключение из МКБ – 10 кодов, шифрующих два диагноза, как нарушение системы классификации, и второй – изменение содержания таблиц 1000, 2000, 3000 отчётной формы 12.

ПАРАМЕТРЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С НАЛИЧИЕМ И В ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Долишняя Г.Р., Кароли Н.А., Ребров А.П.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России, г. Саратов, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценка показателей суточной артериальной ригидности (АР) у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в зависимости от наличия и отсутствия артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

В исследование включены 159 мужчин с ХОБЛ. Средний возраст – $61,4 \pm 6,0$ лет, средняя длительность ХОБЛ – 6,0 [4,0; 10,0] лет. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – 116 больных с сочетанием ХОБЛ и АГ, 2 группа – 43 пациента с ХОБЛ без АГ. Критерии исключения: возраст менее 18 лет и более 80 лет; АГ очень высокого риска, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, патология сосудов, хронические заболевания в фазе обострения, заболевания бронхов и лёгких другой этиологии. Группа контроля – 37 практически здоровых лиц без АГ и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Все обследованные сопоставимы по полу, возрасту. Проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата VPLab МнСДП-2 («Петр Телегин», Россия). Для оценки АР использованы скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте, время распространения отражённой волны (RWTT), индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (ИА). Для решения проблемы зависимости эластичности артерий от величины артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) использованы параметры АР, приведённые к систолическому АД = 100 мм рт. ст. и ЧСС = 60 ударам в минуту.

Результаты:

Нарушения суточной АР выявлены у пациентов с ХОБЛ как с АГ, так и без АГ в сравнении с аналогичными параметрами группы контроля. Увеличение СРПВ в аорте более 10 м/с встречалось у большинства больных ХОБЛ как с АГ (81,9%), так и без АГ

(76,7%), что в 4,5–5 раз чаще, чем у больных группы контроля ($p < 0,001$). ИА $\geq -10\%$ выявлен у большинства пациентов с ХОБЛ с наличием (68,97%) и отсутствием АГ (53,49%). У больных ХОБЛ с АГ увеличена средняя СРПВ в аорте за сутки ($11,8 \pm 1,95$ м/с) в сравнении с больными ХОБЛ без АГ ($11,0 \pm 1,4$ м/с, $p < 0,05$), с лицами группы контроля ($8,1 \pm 1,2$ м/с, $p < 0,01$); увеличена среднедневная ($11,96 \pm 1,9$ м/с) и средненочная СРПВ в аорте ($11,2 \pm 1,99$ м/с) в сравнении с лицами группы контроля ($8,5 \pm 1,2$ м/с, $p < 0,001$, $7,5 \pm 1,3$ м/с, $p < 0,001$ соответственно). У больных ХОБЛ без АГ среднесуточная ($11,0 \pm 1,4$ м/с), среднедневная ($11,2 \pm 1,6$ м/с) и средненочная СРПВ в аорте ($10,6 \pm 1,2$ м/с) были выше, чем у лиц группы контроля ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно). ИА за сутки, дневные и ночные часы у больных ХОБЛ с АГ ($-2,3 \pm 17,9\%$, $-5,9 \pm 17,4\%$, $6,51 \pm 24,2\%$ соответственно) и без АГ ($-11,9 \pm 20,4\%$, $-13,7 \pm 20,9\%$, $-7,1 \pm 22,8\%$ соответственно) был значимо выше, чем у практически здоровых добровольцев ($-30,9 \pm 22,6\%$, $-32,5 \pm 20,95\%$, $-25,5 \pm 28,3\%$ соответственно). Значимыми были различия между больными с наличием и отсутствием АГ в величине ASI за сутки ($142,0$ [129,5; 167,0] и $125,0$ [116,0; 136,0] мм рт. ст., $p < 0,01$ соответственно), дневные ($139,5$ [126,5; 161,0] и $125,0$ [115,0; 135,0] мм рт. ст., $p < 0,01$ соответственно) и ночные часы ($151,0$ [131,5; 186,0] и $131,0$ [114,0; 150,0] мм рт. ст., $p < 0,01$ соответственно). Среднесуточный, среднедневной и средненочной ASI у больных ХОБЛ с АГ и без АГ был выше, чем у практически здоровых добровольцев ($105,5$ [95,5; 131,5] мм рт. ст., $p < 0,001$ и $p < 0,05$; $101,0$ [91,0; 131,0] мм рт. ст., $p < 0,01$ и $p < 0,05$; $113,5$ [106,5; 138,5] мм рт. ст., $p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). RWTT за сутки, дневные и ночные часы у больных ХОБЛ с АГ ($119,1 \pm 11,1$ мс, $117,5 \pm 10,6$ мс, $124,9 \pm 13,9$ мс соответственно) и без АГ ($125,6 \pm 8,6$ мс, $122,8 \pm 8,6$ мс, $130,4 \pm 10,1$ мс соответственно) было значимо выше, чем у обследованных контрольной группы ($139,96 \pm 9,7$ мс, $p < 0,001$ и $p < 0,01$; $135,9 \pm 10,7$ мс, $p < 0,001$ и $p < 0,01$; $147,3 \pm 10,3$ мс, $p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). При оценке приведённых параметров сохраняются изменения AP, что свидетельствует о нарушении упруго-эластических свойств артерий у пациентов с ХОБЛ, независимо от величины АД и ЧСС.

Заключение:

Нарушения эластических свойств артерий выявляются у пациентов с ХОБЛ как с наличием, так и в отсутствии АГ. Более выраженные изменения упруго-эластических свойств артерий зарегистрированы при сочетании ХОБЛ и АГ.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИТЕРИЕВ STOPP/START

Ильина Е.С.¹, Богова О.Т.¹, Бордовский С.П.²,
Польшина Н.И.², Никулин В.Э.², Сычев Д. А.¹

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

²ФГАОУ ВО Сеченовский Университет

Минздрава России, г Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Зачастую причиной неадекватного ответа на фармакотерапию пациентов старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) становятся неблагоприятные лекарственные реакции (НЛР) из-за назначения потенциально нерекомендованных лекарственных средств (ЛС), которые способны снижать качество их жизни и приводить к осложнениям, повышению частоты госпитализаций и смертности. Для выявления этого феномена в разных странах создаются ограничительные перечни (PIM-Potentially Inappropriate Medication-перечни), включающие потенциально неуместные или не рекомендованные ЛС для

когорты пациентов старческого возраста. Одними из наиболее широко распространенных среди PIM-перечней являются критерии STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions - STOPP и Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment - START), которые были разработаны ведущими мировыми экспертами в 2008 году, и обновленные в 2015 году. Цель. Анализ частоты назначения потенциально не рекомендованных ЛС по критериям STOPP/START пациентам старческого возраста с АГ. Задача. Выявить зависимость между назначением не рекомендованных ЛС, согласно критериям STOPP и развитием лекарственно-индуцированного падения, как предиктора НЛР у пациентов старческого возраста с АГ.

Материал и методы:

Были проанализированы 966 истории болезней пациентов с АГ старше 75 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты, перенесшие падение в стационаре, были обследованы на предмет наличия причин падения (нарушение статики, патология опорно-двигательного аппарата, наличие вестибуло-атактического синдрома, развития urgentных ситуаций). При отсутствии таких причин случай падения рассматривался как падение ассоциированное с приемом ЛС, и данные пациентов включались в группу с лекарственно-индуцированными падениями - группу 1. Ко 2 группе были отнесены пациенты без падений в стационаре и падений в анамнезе. Все пациенты находились на лечении в кардиологическом стационаре и получали в среднем $8,95 \pm 2,44$ препаратов, что трактовалось как полипрагмазия. Нами был проведен анализ фармакотерапии из листа лекарственных назначений на предмет наличия потенциально не рекомендованных ЛС (ПНЛС по критериям «STOPP/START»). При использовании критериев STOPP/START мы применяли показатели только из части STOPP, выявляя неуместно назначенные ЛС, не учитывая показатели из раздела START.

Результаты:

При сравнении методом дисперсионного анализа фармакотерапии, получаемой пациентами с АГ старческого возраста по количеству потенциально не рекомендованных ЛС нами отмечено, что в группе I среднее количество критериев STOPP на 1 пациента достоверно выше аналогичного показателя в группе II в 2 раза (2,2 против 1,01).

Заключение:

Потенциально нерекомендованные ЛС, выявленные посредством STOPP критериев у пациентов с АГ старческого возраста обладают способностью провоцировать развитие НЛР, в частности лекарственно-индуцированное падение, и поэтому назначать их рекомендуется с осторожностью. При развитии падения у пациентов с АГ старческого возраста необходимо проводить аудит получаемой фармакотерапии, для исключения потенциально не рекомендованных ЛС.

ПОИСК БИОХИМИЧЕСКИХ КАРДИОМАРКЕРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гончаров И.Н.², Гончарова А.Г.¹,

Пиляева Н.Г.³, Разгулина К.П.²

¹ФГБУН ГНЦ РФ ИМБП РАН, ²НОЦ БИОМЕД

МГУ, ³БИОХИММАК, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Поиск биохимических кардиомаркеров эффективности лечения хронической сердечной недостаточности в сочетании с артериальной гипертензией

Материал и методы:

В исследование были включены 60 больных с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией (ХСН и АГ), средний возраст $70,6 \pm 8,2$ года, индекс массы тела $27,4 \pm 1,3$ кг/м кв. Оценивался уровень уровнем sSST2 при первичном осмотре и через два месяца терапии. Анализировались данные холтеровского мониторирования ЭКГ и АД, оценивалась глобальная систолическая функция левого желудочка на основании определения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по методу Simpson's Biplane и показателя глобальной продольной деформации левого желудочка (global longitudinal strain, GLS) при доплерографии сердца. Проводилась плановая терапия Антагонисты рецепторов ангиотензина II (АТ1-подтип) в комбинациях (Валсартан + Сакубитрил), диуретиками (торасемид), антагонистами минералокортикоидов (спиронолактон), ингибиторами АПФ (рамприл), бета-блокаторами (бисопролол, метопролол).

Результаты:

Уровень sSST2 был повышен у всех пациентов с хронической сердечной недостаточностью, включая сердечную недостаточность с сохранённой фракцией выброса в сочетании с артериальной гипертензией ($65,4 \pm 12,6$). Выявлена корреляция между уровнем sSST2 и показателем глобальной продольной деформации левого желудочка (GLS). Вероятно, это связано с тем, что измерение продольной деформации является наиболее чувствительным маркером преходящей ишемии миокарда на фоне атеросклеротического изменения коронарных сосудов (Radwan H., Hussein E., 2017) или «страдания кардиомиоцитов» другого генеза (Авалян А.А. и соавт., 2017). Уровень sSST2 не всегда коррелировал со степенью снижения ФВ ЛЖ. Через два месяца терапии при ХСН и АГ уровень sSST2 достоверно снизился ($p \leq 0,05$) у всех обследованных.

Заключение:

Белок sSST2, вероятно, является одним из специфичных, биохимических кардиомаркеров эффективности лечения хронической сердечной недостаточности в сочетании с артериальной гипертензией, по сравнению с инструментальным расчетным показателем ФВ ЛЖ.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСОВ КОРОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ И ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕИНВАЗИВНОЙ АРТЕРИОГРАФИИ У ЛИЦ РАЗЛИЧНОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

РЕПИНА Н.И., Бродская Т.А., Невзорова В.А.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России,
г. Владивосток, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить состояние жесткости аорты, относительных индексов коронарной перфузии и периода изгнания миокарда левого желудочка методом неинвазивной артериографии у лиц молодого возраста европейской (славянской) и южно-азиатской (корейской) этнической принадлежности в зависимости от статуса табакокурения.

Материал и методы:

Обследовано 145 пациентов в возрасте от 22 до 49 лет (76 (52,4%) женщин и 69 (47,6%) мужчин), постоянно проживающих на территории Приморского края и Сахалинской области. Из них 83 человека было европейской (славянской) этнической принадлежности (средний возраст $35,7 \pm 1,8$) и 62 человека южно-азиатской (корейской) этнической принадлежности, мигранты 2-3-ого поколения (средний возраст $37,2 \pm 2,4$). Первую группу составили пациенты европейской этнической принадлежности: подгруппа 1А - некурящие, 45 человека (54,2%),

подгруппа 1Б – курящие, 38 человек (45,8%). Вторую группу составили пациенты корейской этнической принадлежности: подгруппа 2А – некурящие, 31 человек (50%) и подгруппа 2Б курящие, 31 человек (50%). Всем пациентам выполнена неинвазивная артериография с помощью артериографа TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия), оценена скорость пульсовой волны в аорте (СПВА, м/с), проанализированы систолический и диастолический индексы площади перфузии коронарных артерий (ИПС ИПД, %), а также их соотношение ИПС/ИПД; рассчитан индекс периода изгнания левого желудочка (ИПИ).

Результаты:

СПВА оказалась достоверно выше у курящих представителей славянской этнической принадлежности ($8,3 \pm 4,0$ м/с) по сравнению с некурящими ($7,0 \pm 0,2$ м/с, $p < 0,02$). Среди лиц корейской этнической принадлежности такой разницы не наблюдалось ($7,3 \pm 0,4$ м/с и $7,0 \pm 0,5$ м/с, $p > 0,05$). Оценка соотношения индексов коронарной перфузии ИПС/ИПД не показала достоверных различий в обследованных группах ($p > 0,05$). Однако индекс периода изгнания (ИПИ) был достоверно выше у лиц корейской этнической принадлежности ($409,0 \pm 4,4$ ед.) по сравнению со славянами ($389,2 \pm 4,0$ ед., $p < 0,01$) среди некурящих, а среди курящих достоверных отличий не отмечено ($406,3 \pm 13,1$ ед. и $410,4 \pm 9,1$ ед., $p > 0,05$). Оценка ИПИ не показала достоверных различий между курящими и некурящими лицами в обеих этнических группах ($p > 0,05$), однако у курящих показатель ИПИ выше в обеих этнических группах. ИПИ показал слабую положительную связь с возрастом пациента ($r = 0,25$, $p < 0,05$) у лиц славянской этнической принадлежности, а у представителей корейской этнической принадлежности таких связей не обнаружено.

Заключение:

На основе изучения неинвазивных характеристик жесткости аорты у лиц европейской и южно-азиатской этнической принадлежности молодого и среднего возраста нами установлены достоверные этнические различия, связанные и не связанные со статусом курения. Описаны более выраженные изменения механических свойств аорты в группе курильщиков славянской этнической принадлежности по сравнению с корейцами. Однако оценка коронарной перфузии и сократительной способности миокарда методом неинвазивной артериографии в нашем исследовании не показала высокой чувствительности в отношении влияния табакокурения. При этом наблюдаются достоверные этнические различия ряда индексов, характеризующих функциональное состояние миокарда и имеющих значение для индивидуального прогноза относительного сердечно-сосудистого риска.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А.,
Турна Э.Ю., Костюкова Е.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ
ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ), сочетающаяся с абдоминальным ожирением способствует формированию метаболического синдрома, характеризующегося снижением чувствительности тканей к инсулину и ранним развитием и прогрессированием атеросклероза. Основными патогенетическими механизмами метаболического синдрома (МС) являются активация факторов воспаления, эндотелиальная дисфункция, изменение прокоагулянтной активности плазмы крови, оксидативный стресс, вы-

раженные иммунологические сдвиги, нарушения автономной нервной регуляции, которые реализуются на уровне различных органов и систем. Цель исследования. Изучить соотношение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, как показателей системного воспаления у больных с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Обследовано 38 больных АГ II степени, в сочетании с МС в возрасте 40-55 лет. Диагноз МС был установлен на основании критериев Международной федерации диабета 2009 года. Группу контроля составили 33 нормотензивных пациента, не имевшие проявлений МС. Оценивалось содержание в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) и противовоспалительного ИЛ-4. Концентрацию интерлейкинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител.

Результаты:

Уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови больных основной группы ($25,77 \pm 4,26$ пкг/мл) в 2 раза превышал уровень ИЛ-1 β в группе контроля ($12,69 \pm 1,24$ пкг/мл, $p < 0,05$). Содержание ИЛ-6 в основной группе ($57,14 \pm 3,2$ пкг/мл) было в 1,8 раза выше, чем в контрольной группе ($30,61 \pm 4,77$ пкг/мл, $p < 0,05$); ФНО- α ($31,09 \pm 1,81$ пкг/мл) в 1,7 раза выше, по сравнению с практически здоровыми лицами ($17,57 \pm 2,51$ пкг/мл, $p < 0,05$). Выраженная активация провоспалительных цитокинов сочеталась с достоверным снижением уровня противовоспалительного ИЛ-4, который у больных основной группы ($9,08 \pm 0,31$ пкг/мл) был в 2,4 раза ниже, чем у лиц группы контроля ($21,9 \pm 0,89$ пкг/мл, $p < 0,05$).

Заключение:

У больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом наблюдается активация системных механизмов воспаления, что проявляется достоверным увеличением уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и снижением уровня ИЛ-4 в сыворотке крови.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ММП-9– 1562 С/Т И СОДЕРЖАНИЕ КОМПЛЕКСА ММП9/ТИМП1 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Невзорова В.А., Саковская А.В.

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить полиморфизм гена матричной металлопротеиназы 9 (ММП) (-1562) С/Т в ассоциации с содержанием комплекса ММП 9/ тканевого ингибитора матричной металлопротеиназы 1 (ММП9/ТИМП1) у пациентов с Артериальной Гипертензией (АГ) в зависимости от наличия или отсутствия Метаболического Синдрома (МС).

Материал и методы:

Обследовано 58 пациентов (27 мужчин; 31 женщина) с АГ I-III степени в возрасте от 18 до 60 лет европейской этнической принадлежности. В зависимости от наличия или отсутствия признаков МС пациенты с АГ разделены на две подгруппы с признаками МС ($n = 35$) и без признаков МС ($n = 23$). Группа контроля сформирована из 59 здоровых лиц европейской этнической принадлежности сопоставимая по возрасту и полу с группой лиц с АГ. ДНК, выделенные из цельной венозной крови, с помощью набора для выделения ДНК Wizard® Genomic DNA Purification Kit Кат.# A1125 (Promega, США). Амплификацию всех исследуемых участков проводили на амплификаторе Gene Amp PCR System 2720 (Applied Biosystems, США). Далее очищенные фрагменты использовали для циклического секвенирования. Первич-

ную обработку результатов проводили с помощью программ Sequence Scanner ver. 1.0 Mega 6.06 и Vector NTI Advance ver. 11. Определение содержания комплекса ММП-9/ТИМП-1 проводилось методом сэндвич-варианта иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью реактивов R&D Diagnostics Inc. (США) в пкг/мл. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ Statistica ver 6.0 и Epi Info ver. 7.1.3.10. Для оценки достоверности различий между выборками использовался критерий χ^2 . Показатели концентрации комплекса ММП9/ТИМП1 оценены по медиане с указанием 25 и 75 перцентиля. Полученные данные распределены по тертилям в следующей градации: первый тертиль 0-33,3%, для которого выбраны значения содержания комплекса ММП9/ТИМП1 0,5 - 6,4 пкг/мл; второй тертиль 33,3-66,6%, для которого определены значения 6,5 – 45,1 пкг/мл; третий тертиль 66,6 – 99,9% со значениями содержания 45,2 – 37565,25 пкг/мл. Для оценки вклада изученных показателей в риск развития артериальной гипертензии использовано отношение шансов (ОШ). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,1$ для генетических исследований и $p < 0,05$ для показателей, полученных методом ИФА.

Результаты:

Согласно полученным результатам генотипы СТ и ТТ ММП9 (-1562) встречаются одинаково часто в группах пациентов с АГ и у здоровых лиц (ОШ=1,4, $p = 0,39$). Статистически значимое ($p = 0,04$) увеличение встречаемости Т аллеля ММП9 (-1562) найдено в подгруппе пациентов с АГ без признаков МС (ОШ=2,66 $p = 0,04$) по сравнению с группой контроля. У здоровых лиц содержание комплекса ММП9/ТИМП1 составило 5,8 (3,7; 11,2) пкг/мл, в то время как у лиц с АГ оно равнялось 15,0 (4,9; 219,3) пкг/мл ($p < 0,05$). У лиц с АГ +МС содержание комплекса ММП9/ТИМП1 составило 12,4 пкг/мл (4,5; 98,) ($p < 0,05$ относительно здоровых), у лиц с АГ без МС - 43,1 пкг/мл (6,4; 267,7) ($p < 0,05$, относительно здоровых) и без статистической значимости по сравнению с лицами с АГ+МС ($p > 0,05$). У здоровых лиц как с генотипом СС, так и с наличием Т аллеля нет статистически значимой разницы в содержании комплекса ММП9/ТИМП1 во всех тертилях. У пациентов с АГ при наличии Т аллеля отмечено статистически значимое снижение содержания показателей, образующих второй или средний тертиль ($p < 0,05$ относительно здоровых лиц). У лиц с АГ без МС при наличии Т аллеля отсутствует показатели комплекса ММП9/ТИМП1, входящие в средний тертиль значений и преобладают экстремально высокие показатели концентрации комплекса ММП9/ТИМП1 ($p < 0,05$ по сравнению с пациентами с АГ+МС при наличии Т аллеля).

Заключение:

Функциональный полиморфизм гена ММП-9– 1562 С/Т чаще встречается у пациентов с АГ без МС, который в присутствии Т аллеля ассоциирован с высокими показателями концентрации комплекса ММП9/ТИМП1.

ПРЕДИКТОРЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Меншикова И.Г., Магальяс Е.В., Скляр И.В., Квасникова Ю.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава

России, г. Благовещенск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является заболеванием, затрагивающим не только медицинские, но и социально-экономические аспекты. Одним из основных показателей, позволяющих в полной мере отразить медико-социальную эффективность

лечения, является временная утрата трудоспособности (ВУТ). Поэтому становится актуальным проведение исследования, которое позволило бы в более короткие сроки, рассмотреть влияние лечебно-профилактических мероприятий на временную утрату трудоспособности для оптимизации терапии АГ путем широкого внедрения обучающих программ в практическое здравоохранение. Цель исследования – прогнозирование медико-социальной эффективности комплексного лечения больных АГ с помощью регрессионного анализа.

Материал и методы:

Обследовано 75 больных с эссенциальной АГ проводилось комплексное клинично-инструментальное исследование. Женщин было 65,7%, мужчин - 34,3%. Средний возраст больных составил $48,6 \pm 1,8$ лет. Диагноз АГ выставлялся согласно рекомендациям РМОАГ/ВНОК, 2010 и ESH/ESC, 2013. Суточное мониторирование АД (СМАД) выполнялось на аппарате «Кардиотехника» (КТ-04 АД), «Инкарт» (Россия). Эходоплерокардиография (ЭХОДКГ) проводилась на ультразвуковом аппарате XD-11 XE «PHILIPS» (США). Динамика количества случаев и дней временная утрата трудоспособности больных АГ была получена из книг регистрации листов нетрудоспособности (ф.036/у) и сведений о причинах временной нетрудоспособности (ф.16 – ВН). Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью общего вопросника SF-36, содержащего 8 шкал. Обучение в школе здоровья проводилось согласно руководства для врачей «Школа здоровья. Артериальная гипертензия» под редакцией Р.Г. Оганова (М., 2008). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакетов программ Excel (Microsoft) и STATISTICA (data analysis software system), версия 10.0, StatSoft, Inc. (США).

Результаты:

В качестве результативного признака был использован параметр Y (число дней временной утраты трудоспособности). Предварительно нами были оценены парные коэффициенты корреляции между следующими независимыми признаками: уровнем общего холестерина (ОХС) и среднесуточной величиной систолического артериального давления (САД), $r=0,37$; уровнем ОХС и толщину задней стенки левого желудочка в диастолу (ТЗСЛЖД), $r=0,43$; уровнем ОХС и уровнем КЖ по шкале физической активности (PF), $r=-0,41$; среднесуточной величиной САД и ТЗСЛЖД, $r=0,48$; среднесуточной величиной САД и уровнем КЖ по шкале PF, $r=-0,43$; ТЗСЛЖД и уровнем КЖ по шкале PF, $r=-0,38$. Ни один из коэффициентов корреляции не превышал 0,5, что позволяет одновременно использовать данные переменные в регрессионном анализе в качестве предикторов. Способ осуществляется следующим образом: определяется уровень ОХС, среднесуточная величина САД, ТЗСЛЖД. Выявляются параметры КЖ по шкале PF. Для математического выражения зависимости временной утраты трудоспособности от клинично-лабораторных, инструментальных показателей, параметров внутрисердечной гемодинамики и КЖ с помощью множественного регрессионного анализа строится уравнение, позволяющее рассчитать количество дней ВУТ: $Y = 4,45 \cdot X_1 + 0,08 \cdot X_2 + 7,69 \cdot X_3 - 0,11 \cdot X_4 - 20,95$ где: Y – временная утрата трудоспособности в днях; X_1 – уровень ОХС в ммоль/л.; X_2 – среднесуточная величина САД в мм рт.ст.; X_3 – ТЗСЛЖД в см; X_4 – уровень КЖ по шкале PF в баллах. После решения регрессионного уравнения судят о количестве дней ВУТ в течение последующих 12 месяцев после проведенного комплексного лечения. Сравнение количества дней ВУТ в течение года до лечения с ожидаемым количеством дней после лечения позволяет определить медико-социальную эффективность антигипер-

тензивной терапии в сочетании с обучающими программами. Коэффициент детерминации (R^2) полученной модели равен 0,84. Критерий Фишера для данной модели – $F(4,7) = 94,18$, что подтверждает значимость прогноза модели ($p < 0,0001$). Стандартная ошибка прогноза составила 3,4, остатки разности результатов наблюдений и спрогнозированных значений имели нормальное распределение.

Заключение:

Таким образом, в комплексное лечение больных АГ необходимо включать обучающие программы с целью повышения приверженности больных к лечению и эффективности медикаментозной терапии. Предложенное регрессионное уравнение дает возможность прогнозировать количество дней временной утраты трудоспособности и определить оптимальную тактику ведения больного.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КАК СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Алиджанова Х.Г., Петриков С.С., Алиев И.С., Шевченко Е.В., Дубинина Е.А., Рамазанов Г.Р.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Длительно существующая артериальная гипертензия (АГ), вызывая необратимую васкулопатию в головном мозге, приводит к риску развития инсульта. Адекватная антигипертензивная терапия (АГТ) способствует профилактике инсульта [Ettehad D, 2016; Tao Xu, 2017]. Однако, эффективный контроль гипертонии и обучение приверженности лечению остается нерешенной задачей. Цель исследования: изучить связь между приверженностью к антигипертензивной терапии (АГТ) и риском развития ишемического инсульта (ИИ) в разных возрастных группах.

Материал и методы:

В исследование включены 93 пациента (41 муж. и 52 жен.) в возрасте от 47 до 86 лет (средний возраст $65,9 \pm 9,8$ лет), находившиеся в стационаре с диагнозом острый ишемический инсульт (ИИ). I группу составили пациенты ≤ 65 лет - 40 чел (21 муж и 19 жен, средний возраст $54,6 \pm 5,9$ лет); II – ≥ 65 лет, 53 чел (20 муж и 33 жен, средний возраст $73,8 \pm 6,7$ лет). Приверженность к АГТ оценивали по тесту Мориски–Грина; комплаентными считали больных, набирающих 4 балла, некомплаентными – менее 3.

Результаты:

В I группе на догоспитальном этапе АГ не диагностирована у 7 (17%) муж ≤ 50 лет. У остальных пациентов давность АГ составила в среднем 3,4 года; из них приверженными к терапии были - 14 (42%) чел; нерегулярный прием препаратов отметили 8 (24%); не достигали целевого уровня АД – 6 (18%); отменили АГТ – 5 (15%) чел с впервые выявленной АГ. Пациенты ≤ 50 лет в 38% случаях имели ряд метаболических факторов риска (частое употребление алкогольных напитков, дислипидемия, нарушение толерантности к углеводам, ожирение, курение). У более половины пациентов отсутствовал регулярный контакт с врачом и мотивация лечения АГ. Однако, мультиморбидность (19%) и работоспособность обязывали придерживаться рекомендаций врача, но недостаточно контролировались. Суммарная оценка приверженности к лечению составила $2,2 \pm 0,3$ балла. Во II группе на догоспитальном этапе АГ не диагностирована у 1 (2%) муж; у остальных - давность АД составила $\geq 11,8$ лет; из них приверженными к АГТ были 32 (60%) чел, нерегулярный прием АГТ отмечен у 10 (19%); не достигали целевого уровня АД - 10 (19%) чел. Чаще, чем в I группе диагностирована мульти-

морбидность: ИБС (80%), инфаркт миокарда в анамнезе (41%), сердечная недостаточность (82%), пароксизмальная и постоянная формы фибрилляции предсердий (64%), дегенеративные пороки сердца (6%), сахарный диабет (32%), болезни почек (78%). Суммарная оценка приверженности к лечению составила $3,1 \pm 0,4$ балла.

Заключение:

Недостаточная приверженность к АГТ на догоспитальном этапе выявлена у больных ИИ разных возрастов. Низкая приверженность чаще наблюдается у мужчин ≤ 50 лет (длительностью АГ ≤ 3 -х лет, метаболическими нарушениями и низкой информированностью об осложнениях). Ранняя диагностика АГ на амбулаторном этапе, кратность посещения врача и «школы» для больных АГ позволят сократить частоту инсульта у лиц работоспособного возраста. В старшей возрастной группе в формировании приверженности терапии играет роль не только кратность посещения врача, но и «упрощение» схем лечения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

СЕДЫХ Д.Ю.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, г.КЕМЕРОВО, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

В условиях перенесенного пациентом инфаркта миокарда (ИМ) некорригированное артериальное давление (АД) напрямую ассоциируется с высоким числом сердечно-сосудистых осложнений (ССО), в том числе с летальным исходом, за счет сохранения эндотелиальной дисфункции, потенцирующей атеросклероз. В связи с этим, польза гипотензивной терапии в отношении улучшения прогноза несомненна, а оценка приверженности к ней среди данной категории больных является актуальным вопросом. Цель исследования – изучить приверженность пациентов к гипотензивной терапии после перенесенного ИМ.

Материал и методы:

В проспективное одноцентровое нерандомизированное исследование путем случайного отбора включены 130 пациентов, подписавших информированное добровольное согласие, с установленными, в соответствии с критериями Российского общества кардиологов, диагнозом ИМ, поступавшие на протяжении календарного месяца 2015 года в ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. акад. Л.С. Барбараша». Критериями исключения явились: возраст свыше 75 лет; наличие тяжелой сопутствующей патологии с «ожидаемой» продолжительностью жизнью до одного года; присутствие ограничений больных в коммуникации, вследствие когнитивно-мнестических нарушений. Пациенты были внесены в программу контрольного наблюдения: на первом госпитальном визите исходно оценено наличие у больных клиники артериальной гипертензии (АГ), назначенная гипотензивная терапия; на втором через 2,5 месяца от ИМ и третьем – через год амбулаторных визитах изучены степень достижения целевого АД и приверженность больных с АГ к гипотензивной терапии.

Результаты:

Клиника АГ из 130 пациентов с ИМ была идентифицирована у 78 (60%) больных. Всем 100% на госпитальном этапе было достигнуто целевое АД и при выписке назначены препараты бета-адреноблокаторов (БАБ) и блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (БРААС). Через 2,5 месяца амбулаторного лечения ИМ из 78 пациентов с АГ целевого АД достигли 43 (55%) ($p=0,000$), БАБ принимали 52 (66,6%) человека ($p=0,000$), а БРААС – 46 (60%) ($p=0,000$). На годовом этапе приверженность к терапии

была оценена лишь у 44 доживших и вышедших на контакт человек (30% составили смерть от ССО): БАБ принимали 24 (54,5%) больных ($p=0,000$), БРААС – 28 (63,6%) ($p=0,000$), а достижение целевого АД было присуще 22 (50%) ($p=0,000$).

Заключение:

Выявленное в исследовании на протяжении периода наблюдения снижение приверженности к гипотензивной терапии у пациентов с перенесенным ИМ, а соответственно и сопутствующее снижение доли лиц, достигших целевого АД, требует активной оптимизации лечебно-профилактической работы в отношении данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ КАДИОНЕЙПРОТЕКТОРА КОКАРНИТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 СТЕПЕНИ

ЛИТВИНОВА Т.И., ПЕТЕЛЬСКИЙ Ю.В., АНАЦКО С.В.

УЗ «Гродненская областная клиническая

больница», г. Гродно, БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Сравнить клиническую эффективность кардионейпротектора кокарнит в комплексном лечении пациентов с артериальной гипертонией 1 степени.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 80 пациентов (60 мужчин и 20 женщин) 18-35 лет (средний возраст $27,0 \pm 5,5$ года) с установленным диагнозом АГ 1 степени. Пациенты были разделены на две группы: I группа – 45 человек, которым назначен амлодипин по 5 мг в сутки и кокарнит по 2 мл 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 дней; II группа – 35 человек, которым назначена монотерапия амлодипином по 5 мг в сутки.

Результаты:

Динамика суточного мониторинга АД осуществлялась до начала лечения, на 7, 14 и 30 сутки. До начала лечения достоверных отличий между группами по всем показателям суточного профиля АД не наблюдалось. У пациентов обеих групп к 7-му дню терапии отмечалось достоверное ($p < 0,001$) снижение АД. У пациентов I-й группы показатели САД и ДАД снизились на 13,4 и 11,1% соответственно. Во II-й группе также наблюдалось снижение среднесуточных показателей систолического (на 16,5%) и диастолического (на 18,2%) АД. К концу исследования среднее систолическое АД снизилось в I-й группе на 20%, во II-й – на 17,5%, а среднее диастолическое – на 26,8 и 21% соответственно. У получавших комбинированное лечение кокарнитом и амлодипином со второй недели терапии доза амлодипина была уменьшена с 5 мг до 2,5 мг в сутки. В обеих группах пациентов, получавших медикаментозную коррекцию АГ, к концу 4-й недели терапии жалоб, предъявляемых до лечения, не отмечалось. Все пациенты, получавшие кокарнит в комбинации с амлодипином, отмечали улучшение общего самочувствия, повышение обучаемости и работоспособности.

Заключение:

При лечении пациентов с АГ 1 степени применение кокарнита в сочетании с амлодипином способствует более эффективной коррекции АД, уменьшению дозы основного гипотензивного препарата. Использование данного медикаментозного средства в комплексном лечении у данных пациентов улучшает клиническое течение заболевания. Во всех случаях кокарнит хорошо переносился, побочных эффектов при применении этого препарата не наблюдалось.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ

**АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Корниенко Н.В., Резанова Н.В., Гафарова Н.Х.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ
ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Крым

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из распространенных болезней системы кровообращения, приводящая к развитию различных сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим для снижения риска развития кардиоваскулярных событий необходима адекватная эффективная антигипертензивная терапия (АГТ). Целью исследования была оценка эффективности и безопасности применения фиксированной комбинации АГТ у пациентов с АГ по сравнению с лечением свободными комбинациями.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 74 пациента с установленным диагнозом АГ II-III степени (соответственно 47% и 53%) в возрасте от 48 до 65 лет (84% мужчин и 16% женщин). Средняя продолжительность АГ составила 16,5 лет. Из них 36 (46%) пациентов страдали ишемической болезнью сердца, а у 40 (54%) обследуемых диагностирована хроническая сердечная недостаточность различной степени тяжести. Диагноз АГ верифицирован согласно общепринятым критериям. Пациентам, помимо стандартного обследования, было проведено исследование уровня креатинина, калия, мочевой кислоты, липидов крови и глюкозы натощак, а также ЭКГ, суточное мониторирование АД (СМАД), доплер-эхокардиография. На момент включения в исследование среднее систолическое АД (САД) составило 165,6±15,2, а среднее диастолическое АД (ДАД) – 92,4±10,3 мм.рт.ст. Все обследуемые имели неконтролируемую АГ на фоне ранее назначенной АГТ свободными комбинациями. Наряду с другими препаратами (дезагреганты, статины, бета-блокаторы), традиционно входящими в лечение пациентов с данной патологией, к терапии была добавлена фиксированная трехкомпонентная комбинация, содержащая амлодипин, индапамид, периндоприл в разных дозировках от 5+1,25+4 мг до 10+2,5+8 мг 1 раз в сутки. Доза препарата подбиралась индивидуально и титровалась под контролем субъективного самочувствия, изменения уровня АД при визитах и показателей СМАД. Период наблюдения составил 3 месяца. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistika 6,0. Различия между показателями считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты:

Через 3 месяца лечения у всех пациентов была выявлена положительная динамика при использовании трехкомпонентной фиксированной комбинации амлодипина, индапамида, периндоприла. У подавляющего числа обследованных (87%) с ранее предшествующей неэффективной АГТ на фоне приема произвольных свободных комбинаций антигипертензивных препаратов (АГП), были достигнуты целевые уровни АД =130/80 мм. рт.ст., а также отмечено статистически значимое снижение среднесуточных показателей САД (128,4±9,0) и ДАД (82,0±4,1) мм.рт.ст, преимущественно в ночное время. Лучший антигипертензивный эффект был получен при сочетании амлодипина, индапамида, периндоприла в дозах 5+2,5+8 мг в сутки. Отрицательной динамики в биохимических показателях крови зафиксировано не было. Значимых побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не было зарегистрировано. У 2 больных развилась артериальная гипотензия, которая нивелировалась снижением дозы препарата.

Заключение:

Проведенное исследование показало, что применение трехкомпонентной фиксированной комбинации АГП является предпочтительной альтернативой терапии свободными комбинациями. Правильный выбор АГП повышает эффективность и безопасность лечения пациентов с АГ. Использование данной комбинации в разных дозировках в одной таблетке, позволяет увеличить приверженность больного к лечению в отличие от ранее неэффективной моно-и двухкомпонентной АГТ. Достижение целевого уровня АД способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

**ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ
АМЛОДИПИНА/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С
РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧКИ
ПРИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ.**

Поповкина О.Е.

МРНЦ им. А.Ф. Цыба-филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

В последние годы в онкоурологии активно применяется таргетная терапия, позволяющая увеличить безрецидивную и общую выживаемость больных метастатическим раком почки (РП). Лечение проводится циклично, непрерывно, длительно. Перерыв или отмена из-за нежелательных явлений могут привести к бурному прогрессированию заболевания. Повышение артериального давления (АД) – характерный побочный эффект для Сунитиниба. Цель исследования: оценить эффективность антигипертензивной терапии с использованием фиксированной комбинации дигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов/ингибитор рецепторов к ангиотензину II (Эксфорж 5/80 мг и 5/160 мг) у пациентов с распространенным метастатическим РП, получающих таргетную терапию Сунитинибом.

Материал и методы:

В исследование включены 24 пациента, распределенных на 2 группы по 12 человек, сопоставимые по возрасту, течению заболевания, получающих таргетную терапию Сунитинибом. Все пациенты обследованы (ЭКГ, суточное мониторирование АД, глазное дно, ЭхоКГ): 1-я группа – без артериальной гипертензии до начала лечения, 2-я группа – с артериальной гипертензией II степени, получавшие терапию Эксфоржем 5/80 мг до начала таргетной терапии. Ежедневно контролировалось АД.

Результаты:

У 67% (8 пациентов) 1-й группы после 2 цикла таргетной терапии отмечалось повышение систолического АД >156±3,7 мм рт.ст., диастолического >96±5,1 мм рт.ст., которое потребовало назначения гипотензивной терапии Эксфоржем 5/80 мг, после чего АД вернулось к нормотензии. Это позволило продолжить прием Сунитиниба без редуцирования дозы. В 83% случаев (10 пациентов) 2 группы повышение АД отмечено после 1 цикла таргетной терапии: систолическое ≥176±3,2 мм рт.ст., диастолическое ≥103±2,4 мм рт.ст. После увеличения дозы Эксфоржа до 5/160 мг АД нормализовалось, таргетная терапия продолжена без снижения дозы Сунитиниба.

Заключение:

Применение фиксированной комбинации Амлодипин/Валсартан (Эксфорж) у пациентов с распространенным метастатическим РП, получающих таргетную терапию Сунитинибом, позволяет нормализовать и контролировать АД, а также продолжить лечение без снижения дозы Сунитиниба.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МУЖЧИН МОЛОДОГО

ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Помогайбо Б.В., Лаврентьева Д.Ю.

ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия

Введение (цели/ задачи):

Психометрический поиск тревожных и депрессивных нарушений в кардиологической практике демонстрирует их высокую частоту встречаемости. В тоже время в рутинной практике психометрическая оценка пациентов проводится редко, несмотря на имеющиеся данные о взаимосвязи тревожных и депрессивных нарушений с низкой комплаентностью и повышением сердечно-сосудистой смертности. Тревожные и депрессивные расстройства увеличиваются с возрастом, что не исключает необходимости их исследования в молодом возрасте. Цель исследования: изучить частоту встречаемости тревожных и депрессивных нарушений с помощью шкалы HADS у мужчин молодого возраста с гипертонической болезнью и оценить возможную ассоциацию психических акцентуаций с клиническими показателями больных.

Материал и методы:

В наше исследование было включено 87 мужчин молодого возраста (средний возраст $40,6 \pm 1,3$ год) с диагностированной гипертонической болезнью сердца, находившихся на стационарном лечении в ФГКУ «413 военный госпиталь» Минобороны России. Длительность гипертонической болезни в среднем составила $2,5 \pm 0,3$ года. Всем больным выполнялось стандартное обследование: общеклинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, липидограмма, электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, дуплексное сканирование сонных артерий. Для оценки уровня тревоги и депрессии использовали валидизированную в России госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты:

Повышенный уровень тревоги в группе мужчин молодого возраста, страдающих гипертонической болезнью, выявлен в 16% случаев, а повышенный уровень депрессии встречался с частотой 7%. Средний уровень тревоги и депрессии составил $5,11 \pm 0,32\%$ и $3,69 \pm 0,22\%$ соответственно. При однофакторном корреляционном анализе уровень тревоги положительно значимо ($p < 0,05$) ассоциировался с возрастом ($r=0,41$), индексом массы тела ($r=0,31$), средним систолическим артериальным давлением в дневные часы ($r=0,33$), вариабельностью систолического давления в дневные ($r=0,27$) и ночные часы ($r=0,25$). Для уровня депрессии значимых корреляций с клинико-инструментальными параметрами не выявлено.

Заключение:

В группе больных гипертонической болезнью молодого возраста тревожные нарушения могут встречаться с частотой 16%, а депрессивные нарушения – с частотой 7%. Для тревожных нарушений может иметь место значимая взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела и нагрузкой систолическим давлением, а систолическая артериальная гипертензия может являться маркером необходимости оценки психометрического статуса больного.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Невзорова В.А., Бродская Т.А., Репина Н.И., Саковская А.В., Богданов Д.Ю., Мартыненко И.М. ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Введение (цели/ задачи):

Разработка системы комплексной оценки персонализированной диагностики и профилактики индивидуального сердечно-сосудистого риска (ССР) на основе анализа вклада известных и вновь разрабатываемых факторов с учетом особенностей ремоделирования сердечно-сосудистой системы (ССС) у лиц европейской (славянской) этнической принадлежности по сравнению с лицами корейской (южно-азиатской) этнической принадлежности, мигрантов 2-3 поколения.

Материал и методы:

Обследовано 2117 человек, европейской и корейской этнической принадлежности (мигрантов 2-3 поколения) с факторами ССР (артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ожирение и др.) и без них. Методы включали анкетирование, инструментальные (включая эхокардиографию) и лабораторные исследования (изучение дислипидемии, концентрации адипокинов, мозгового натрийуретического пептида (BNP) и Д-димера). Группы сравнения включали: некурящих, курящих в настоящее время и бывших курильщиков, внутри групп пациенты ранжированы по возрасту. Оценка механических свойств (жесткости) аорты произведена методом неинвазивной ангиографии (артериограф TensioClinic TL1, TensioMed, Венгрия).

Результаты:

Установлены достоверные различия характеристик отдельных факторов ССР у лиц корейской этнической принадлежности, мигрантов 2-3 поколения по сравнению с европейской расой, а именно определены антропометрические различия, особенности дислипидемии, концентрация адипокинов, BNP и Д-димера, выявлены особенности ремоделирования левых отделов сердца и механических свойств аорты. Установлены более значительные изменения механических свойств аорты в группе курильщиков славянской этнической принадлежности по сравнению с корейской расой. Проанализированы данные литературы, касающиеся клинико-функциональных и расово-этнических особенностей ремоделирования ССС у лиц с АГ, имеющих значение для индивидуализации подходов к диагностике и контролю ССР у лиц различной этнической принадлежности, проживающих вне традиционных мест обитания, что имеет особую актуальность для Российской Федерации в силу существующего демографического разнообразия, сформированного в результате миграционных потоков населения. Обоснованы предложения о возможности реклассификации ССР с учетом этнической принадлежности пациента, показателей жесткости аорты, геометрии миокарда, статуса курения и «бывшего курильщика», ряда биохимических показателей, с целью персонализации программ стратификации риска, диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение:

Полученные результаты вносят вклад в понимание патогенеза развития субклинического поражения органов мишеней как у лиц с АГ как наиболее распространенным фактором ССР, так и при наличии иных мало изученных других факторов ССР, что позволяет подойти к индивидуализации программ диагностики, первичной и вторичной профилактики ССР. Включение в индивидуализированные профилактические и диагностические программы исследования маркеров и комплексной оценки геометрии левого желудочка, маркеров неинвазивного исследования жесткости аорты, адипонектина и лептина крови и ряда других показателей позволит разработать персонализированный подход к организации профилактики с учетом реклассификации ССР. Результаты работы должны быть использованы в научных целях для продолжения исследований с целью стратификации

риска сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с современной парадигмой персонализированной медицины.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Горячева А.А., Охупкина Л.П., Горячева Е.И.

ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России,

г. Архангельск, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время на фоне чрезвычайно высокой распространенности артериальной гипертензии среди населения прослеживается устойчивая тенденция к увеличению доли лиц молодого возраста в структуре заболевания. Распространенность артериальной гипертензии среди молодых людей до 30 лет варьирует от 3,4% до 40,7%. Возраст дебюта этой патологии, считавшейся ранее свойственной только взрослым, значительно понизился, и гипертензия регистрируется в более ранних возрастных группах. Факторами риска развития гипертонии являются наследственность, стресс, курение, низкая физическая активность, наличие избыточной массы тела или ожирение и другие факторы. Цель исследования: оценить факторы риска артериальной гипертензии у лиц молодого возраста.

Материал и методы:

В течение нескольких лет нами были проведены комплексные медицинские обследования студентов первого и второго курсов Смоленской государственной медицинской академии, обследовано 1618 студентов 1 курса и 1536 студентов 2 курсов. Были оценены жалобы, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, электрокардиограмма, проведена антропометрия в полном объеме, по показаниям были проведены биохимические и другие исследования.

Результаты:

Анализ данных углубленных медицинских осмотров студентов первых и вторых курсов показал, что в основную медицинскую группу вошло 50,9% студентов I курса, 44,9% студентов II курса; в подготовительную медицинскую группу – 21,6% и 18,1%; в специализированную медицинскую группу – 15,6% и 19,1% соответственно; освобождено от занятий – 0,9% на I курсе и 1,4% на II курсе. Были выявлены многочисленные жалобы, которые студенты предъявляли на медицинских осмотрах: это слабость, снижение аппетита, мышечная гипотония, нарушение координации, утомляемость, раздражительность, боли в области сердца, нарушения сна, метеозависимость, головокружения. Из факторов риска развития артериальной гипертензии отмечены: избыточный вес и ожирение различной степени выявлены у 22,8% первокурсников и 21,1% второкурсников. Курили 14,3% первокурсников и 29,7% студентов второго курса; хронический стресс регистрировался у 11,4% и 8,7%; очаги хронической инфекции – у 33,8% и 45% студентов первых и вторых курсов. Состояние здоровья ухудшается с переменной погодой у 14,6% обследованных, а у 8,6% – со сменой сезона года. При этом 52% студентов оценивали состояние своего здоровья как удовлетворительное и только 9,3% как отличное. Среднее офисное систолическое артериальное давление в основной группе здоровья среди студентов I и II курсов составило $122,4 \pm 2,72$ мм рт.ст, диастолическое артериальное давление – $73,5 \pm 2,14$ мм рт.ст. В специальной группе здоровья: систолическое артериальное давление – $140,1 \pm 2,72$ мм рт.ст, диастолическое артериальное давление $82,3 \pm 2,72$ мм рт.ст. Таким образом, студенты, отнесенные по состоянию здоровья к специализированной медицинской группе, имели более высокие цифры артериального

давления ($p < 0,05$) по сравнению с основной группой. Как и следовало ожидать, среди студентов I и II курсов наиболее часто выявлялось высокое нормальное артериальное давление и артериальная гипертензия I степени (20,9 % и 18,6% соответственно), у 3,6% студентов выявлена артериальная гипертензия II степени. Согласно данным многочисленных исследований, наибольшую опасность в отношении развития осложнений представляет именно гипертония I степени, поскольку у лиц с таким уровнем артериального давления жалобы, как правило, малочисленны или их нет вообще, они считают себя совершенно здоровыми и могут выполнять тяжелую физическую работу.

Заключение:

Представленные данные свидетельствуют о настоятельной необходимости первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, и в первую очередь артериальной гипертензии, в высших учебных заведениях, улучшении и совершенствовании организации труда, быта и отдыха студентов в соответствии с принципами здорового образа жизни современного человека.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кустова Н.В., Садыкова Д.И., Сабирова Д.Р., Бабинцева А.А.

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

АКАДЕМИЯ – ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Пульсоксиметрический скрининг, как правило, принято использовать для выявления критических ВПС у новорожденных. В нашей работе мы хотим продемонстрировать, что данный тест может выявить множество других важных состояний, включая персистирующую легочную гипертензию новорожденных (ПЛГН), тем самым уменьшая показатели младенческой смертности. Частота заболеваемости ПЛГН широко варьирует в разных центрах и составляет от 0,43 до 6,82 случаев на 1000 новорожденных. Уровень летальности от ПЛГН все еще высок, и достигает 48 %. До 46 % выживших детей имеют неврологические осложнения. Сложность и несвоевременность диагностики критических ВПС и персистирующей легочной гипертензии новорожденных приводит к запоздалой постановке точного диагноза, что является причиной поздней госпитализации в специализированные стационары в тяжелом, а зачастую, и критическом состоянии.

Материал и методы:

Пульсоксиметрический скрининг проводили дважды: на третьем часу жизни ребенка и на третий день после рождения. Анализ данных проведен с апреля 2016г. по февраль 2017г., скринингом охвачено 8358 новорожденных. Критерии исключения были следующие: дети с пренатально диагностированным ВПС и новорожденные, чей гестационный возраст составлял менее 34 недель.

Результаты:

Снижение сатурации ниже нормального значения было выявлено у 95 пациентов (1,14%). Для исключения ВПС всем новорожденным с положительным результатом теста была выполнена эхокардиография сердца. Благодаря скринингу, у 13 новорожденных были выявлены врожденные пороки сердца, 5 из них оказались критическими. Персистирующая легочная гипертензия выявлена у 20 новорожденных. Также, одним из серьезных заболеваний у 30 детей диагностирована внутриутробная пневмония.

Заключение:

С помощью пульсоксиметрического скрининга возможно выявление не только критических ВПС, но и других нозологий: персистирующую легочную гипертензию новорожденных и внутриутробную пневмонию.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ПИЛОТОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Кузьмина А.Ю.

ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ВМА им. С.М. Кирова (филиал), г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Своевременная диагностика и коррекция артериальной гипертензии (АГ) у пилотов гражданской авиации (ГА) имеет чрезвычайно важное значение. Такая тактика позволяет: предотвратить развитие состояний, угрожающих безопасности полетов (гипертонический криз, ОНМК и др.) в целях медицинского обеспечения безопасности полетов; обеспечить хорошее самочувствие и высокую работоспособность пилотов в полете; сохранить здоровье и качество жизни; продлить профессиональное долголетие. Особенно актуальна проблема АГ среди лиц старшей возрастной группы, т.к. распространенность АГ увеличивается с возрастом. Цель исследования: оценить распространенность АГ среди пилотов ГА в возрасте 55 лет и старше.

Материал и методы:

Проведено обследование 1189 пилотов ГА поступавших на плановое обследование по достижении возраста 55 лет и старше в 2009-2010 гг. в отделение экспертизы и восстановительного лечения ЦКБ ГА, г. Москва. Обязательное стационарное обследование проводилось по достижении возраста 55 лет и далее очередное - через два года на третий, не зависимо от показаний, с последующим освидетельствованием в Центральной врачебно-лётной экспертной комиссии ГА (г. Москва). Критерием включения в группу исследования служил возраст обследуемых - 55 лет и старше. Средний возраст обследованных пилотов - $56,75 \pm 0,07$ лет, максимальный - 68 лет. Дизайн: кросс-секционное исследование. Проведение инициативного исследования одобрено Этическим комитетом. Программа обследования включала клинический осмотр с измерением АД по общепринятой методике, проведение лабораторных исследований и инструментальных методов обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, ЭКГ проба с физической нагрузкой, ЭЭГ, ТС МАГ, УЗИ брюшного отдела аорты, осмотры специалистов и по показаниям - СМАД, МСКТ, аортография и др. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.5.

Результаты:

По данным первичного осмотра оптимальное АД ($< 120/80$ мм рт.ст.) было зафиксировано у 49,7% обследованных; нормальное АД ($120-129/80-84$ мм рт.ст.) у 4,2%; высокое нормальное ($130-139/85-89$ мм рт.ст.) у 30,9% и АГ ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) у 15,2% пилотов. Средние значения ($M \pm m$) составили для САД - $124,81 \pm 0,28$ мм рт.ст., ДАД - $81,35 \pm 0,16$ мм рт.ст., ПАД - $43,73 \pm 0,2$ мм рт.ст. Таким образом, по данным первичного осмотра врачом уровень АД был в пределах нормальных значений у 84,8% пилотов и соответствовал АГ у 15,2%. После проведения клинико-инструментального обследования диагноз АГ был установлен у 26,7% пилотов ($n=318$): гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии - 13%; ГБ II стадии - 13,4%, наиболее частыми были изменения в брахиоцефальных артериях; ГБ III

стадии - 0,3% обследованных. Медикаментозное лечение АГ было назначено 219 пилотам: в 56,6% случаев в виде монотерапии, 33,3% - двухкомпонентной терапии, 4,1% - комбинация из трех препаратов. В 11 случаях (6%) медицинское обследование было прекращено. Рутинное измерение АД лежит в основе диагностики АГ и оценки ее распространенности по данным большинства эпидемиологических исследований. Однако клинико-инструментальное обследование лиц старшей возрастной группы имеет определенные преимущества. Так, по данным рутинного осмотра АГ была выявлена у 15,2% пилотов, а после проведения полного клинико-инструментального обследования у 26,7% лиц - почти у каждого четвертого пилота.

Заключение:

1. Распространенность АГ среди пилотов старшей возрастной группы составляет 26,7%, что ниже аналогичных популяционных показателей (31,9-65,2%). Это обусловлено, прежде всего, проведением профессионального отбора по медицинским показаниям. 2. Точность диагностики АГ у пилотов ГА 55 лет и старше по данным клинико-инструментального обследования выше, чем по данным рутинного клинического осмотра, что имеет важное значение для определения профессионального прогноза. 3. Все случаи АГ у пилотов были обусловлены наличием ГБ. Ни у одного из обследованных не было выявлено симптоматической АГ, вероятно, ее можно отнести к крайне редким случаям для этой группы лиц. 4. Поскольку медицинский прогноз у лиц с АГ зависит, главным образом, от уровня АД и состояния органов-мишеней, то более точная его оценка возможна после проведения детального обследования. Наибольшее внимания требует определение состояния сосудистого русла. Конфликт интересов отсутствует.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ

Гафаров В.В.¹, Громова Е.А.², Крымов Э.А.², Гагулин И.В.¹, Гафарова А.В.¹, Панов Д.О.²

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии ССЗ,

²НИИТГПМ - филиал ИЦиГ СО РАН,

г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Определить распространенность психосоциальных факторов (ПСФ) и их связь с артериальной гипертензией (АГ) в женской популяции 25-64 лет мегаполиса Западной Сибири (г. Новосибирск).

Материал и методы:

В рамках третьего скрининга (1994 г) программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет ($n=870$) одного из районов г. Новосибирска. Скрининг проводился согласно протоколу программы ВОЗ «MONICA». Уровень личностной тревожности (ЛТ) изучали с помощью теста Спилбергера. Социальная поддержка (СП) оценивалась при помощи теста Брекман-Сим; рассчитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Артериальная гипертензия (АГ) выставлялась при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт ст и/или прием антигипертензивных препаратов. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2 (хи-квадрат). Значения $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты:

В женской популяции 25-64 лет распространенность высокого уровня личностной тревожности (ВУТ) составила 60.4%. Уровни СП составили: индекс близких контактов – ICC (низкий – 57.1%, средний – 37.3%, высокий – 5.7%), индекс социальных связей – SNI (низкий – 33.3%, средний-1 – 44.4%, средний-2 – 19.8%, высокий – 2.5%). Доля ВУТ и низких уровней СП была наибольшей в младших возрастных группах. В отношении семейного положения, распространенность АГ была наиболее высокой у замужних в сравнении с незамужними женщинами (67.7% и 11% соответственно $p < 0.001$). То же с ВУТ и АГ (распространенность АГ составила при ВУТ 66.7% $\chi^2 = 21,412$; $df = 3$, $p < 0.001$). Среди замужних женщин с низким ICC распространенность АГ была самой высокой и составила 67.6% ($\chi^2 = 16,178$; $df = 3$, $p = 0.001$). Низкие значения индекса SNI у замужних (71.8% для SNI-низкий и 59.8% для SNI-средний-1, p для всех < 0.05) ассоциировались с большей распространенностью АГ, чем у женщин с другой семейной категорией. Распространенность АГ у женщин 25-64 лет уменьшалась по мере повышения образования (высшее – 17,4%; ср.-специальное – 26,5%; среднее – 23,9%; начальное 32,2% ($p < 0.001$) почти в 2 раза. Следует отметить, что при ВУТ распространенность АГ была самой низкой среди женщин с высшим уровнем образования – 17.7%, и достигала наибольших значений у лиц с начальным образованием – 34% ($\chi^2 = 47,435$; $df = 3$, $p < 0.001$). В отношении уровня образования, у женщин с низким индексом ICC распространенность АГ была наиболее низкой в группе с высшим образованием – 12,9%, увеличиваясь в 3 раза и достигая максимального значения – 38,1%, в категории начального образования ($\chi^2 = 56,977$; $df = 3$, $p < 0.001$). У женщин с низкими значениями SNI и начальным образованием распространенность АГ была наибольшей и составила 33% для SNI-низкий, и 40% для SNI-средний-1 (p для всех < 0.001). В профессиональных группах распространенность АГ была значимо выше среди работников физического труда (13.5%), в то время как среди руководителей доля женщин с АГ не превышала 8% ($\chi^2 = 98,835$; $df = 9$, $p < 0.001$). У женщин с ВУТ АГ встречалась чаще среди работников физического труда – 14.9%, но не встречалась или встречалась реже у руководителей ($\chi^2 = 63,627$; $df = 9$, $p < 0.001$). В профессиональных категориях «физический труд» у женщин с низким уровнем ICC распространенность АГ была наиболее высокой (9.4%) в сравнении с другими группами ($\chi^2 = 67,078$; $df = 9$, $p < 0.001$). В группе женщин с низкими индексами SNI и физическим трудом АГ также имела более высокую распространенность (9.6%, $\chi^2 = 30,221$; $df = 14$, $p < 0.01$).

Заключение:

Установлена высокая распространенность ВУТ (60%) и низкой СП (ICC-низкий – 57%; SNI-низкий, средний-1 – 78%) в женской популяции 25-64 лет, особенно в младших возрастных группах (25-34; 35-44 лет). У женщин с низким уровнем образования, неквалифицированным трудом и семейным статусом «замужем» в сочетании с ВУТ и низкими уровнями близких контактов и социальных связей (ICC-низкий; SNI-низкий, соответственно) отмечена более высокая распространенность АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Васильев М.Ю.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и других факторов риска (ФР) сер-

дечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди мужчин трудоспособного возраста крупного промышленного города.

Материал и методы:

Обследовано 735 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. Анкетирование включало следующие вопросы: возраст, пол, национальность, наличие эпизодов повышенного артериального давления (АД); оценивался семейный анамнез ССЗ, факт приема антигипертензивных средств при артериальной гипертензии (АГ), факт курения. Инструментальное обследование включало двухкратное измерение АД в положении сидя через 5 мин отдыха с расчетом среднего АД. Производился расчет индекса массы тела (ИМТ). Определялось содержание общего холестерина и креатинина в крови, расчет клиренса креатинина (КК) проводился по формуле CKD-EPI; определение альбуминурии проводилось на анализаторе «НемоСue Albumin 201» (Швеция); депрессия оценивалась по шкале Бека.

Результаты:

Средний возраст обследованных мужчин составил $47 \pm 6,5$ лет. Оценка уровня АД выявило его повышение у 56,3% ($n = 414$) обследованных. Средние значения систолического и диастолического давления среди лиц с повышенным АД составили соответственно $157,4 \pm 18,1$ мм.рт.ст и $97,2 \pm 9,2$ мм.рт.ст. Из них у 55,6% ($n = 230$) выявлена АГ 1-ой степени, у 27,5% ($n = 114$) АГ 2-ой степени, и у 16,9% ($n = 70$) АГ 3-ей степени. Повышенное нормальное АД (130-139/85-89) выявлено у 7% ($n = 51$). У 295 человек (39%) отмечено, наличие АГ у одного из родственников первой линии. Обращает внимание тот факт, что среди лиц с нормальным уровнем АД на момент осмотра 43,7% ($n = 321$) отдельные эпизоды повышения АД в анамнезе отмечали 15% ($n = 48$). Анализ уровня холестерина выявил его повышение ($> 5,0$ ммоль/л) у 307 мужчин, что составило (41,7%) от числа обследованных. Среднее значение холестеринемии (ХС) в этой группе составило 5,91 ммоль/л. Частота повышенного АД среди данной категории обследованных составила 65,8% ($n = 202$). Факт курения отметили 67,9% ($n = 499$) среди всех обследованных мужчин. Среди них повышенное АД отмечено у 57,9% ($n = 289$). Сочетание двух факторов – курения и ХС – отмечено у 27,3% ($n = 201$) мужчины. В этой группе обследованных повышенное АД имели 140 человек (69,6%). Снижение КК менее 90 мл/мин и менее 60 мл/мин имело место соответственно у 98 (48,6%) и у 13 мужчин (6,5%). Альбуминурия была выявлена у 13,8% ($n = 102$) мужчин, из них 80 (19,3%) мужчин имели повышенное АД. Соответственно у 3% ($n = 22$) отмечена альбуминурия, не сопровождавшаяся подъемом АД. Полученные расчетным методом данные КК выявили у 53,9% ($n = 396$) мужчин его снижение ниже 90 мл/мин, а 6,7% ($n = 49$) имели значение КК менее 60 мл/мин. Среди лиц со сниженным КК (менее 90 мл/мин и менее 60 мл/мин) повышенный уровень АД отмечен соответственно у 53,3% ($n = 211$) и 46,9% ($n = 23$). Среди мужчин, имеющих уровень креатинина менее 115 ммоль/л, у 46,2% ($n = 277$) КК был менее 90 мл/мин, из них у 2,7% ($n = 16$) – менее 60 мл/мин. Оценка трофологического состояния обследованных выявило, что более половины мужчин – 57,7% ($n = 424$) имели значения ИМТ более 25 кг/м². Среди них лица с повышенным уровнем АД составили 62,3% ($n = 264$). Из них 136 (32,1%) человек имели ИМТ более 30 кг/м², т.е. страдали ожирением, 95 мужчин (69,9%) этой группы имели повышенный уровень АД. Для оценки психического состояния использовали опросник Бека. Наличие депрессии разной степени выраженности выявлено у 42,5% ($n = 312$), среди них АГ была зафиксирована у 47% ($n = 195$). Депрессия легкой степени наблюдалась у $22,5 \pm 2,0\%$, умеренной степени – у $18,0 \pm 1,9\%$, выраженная депрессия вы-

явлена у $7,9 \pm 1,3\%$ мужчин. В большинстве случаев ФР встречаются в сочетаниях, наличие «изолированных» ФР отмечено только у $12,5\%$ мужчин.

Заключение:

Полученные нами данные уточняют представления о структуре ФР сердечно-сосудистых заболеваний в конкретно взятом промышленном городе и регионе, что необходимо для совершенствования системы профилактики ССЗ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕССИМПТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чепурненко С.А.¹, Шавкута Г.В.¹, Ляшенко Е.Н.²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²МБУЗ «Центральная городская больница»

г. Батайска Ростовской области, Россия

Введение (цели/ задачи):

Исследование распространенности бессимптомного поражения миокарда (БПМ) и брахиоцефальных артерий (БЦА) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) для выявления лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском (ВОССР).

Материал и методы:

Обследовано 162 пациента (62 мужчин и 100 женщин), страдающий второй и третьей степенью АГ. Средний возраст женщин составил $55,98 \pm 8,28$ лет, мужчин $48,22 \pm 11,33$ лет. Всем больным выполнялся расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение объема талии и объема бедер, а так же инструментальные методы диагностики: эхокардиоскопия (ЭХОКС) по стандартной методике, ультразвуковое исследование БЦА, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил), электрокардиография в 12 стандартных отведениях. Пациенты, имеющие какое-либо из сердечно-сосудистых событий в анамнезе (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, верифицированную стенокардию, аорто-коронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство, стентирование коронарных артерий и т.д.) в исследование не включались.

Результаты:

Средний ИМТ у мужчин составил $31,78 \pm 5,04$ кг/м². По ИМТ мужчины распределились следующим образом: Нормальная масса выявлена в $4,8\%$, избыточная в $30,6\%$, ожирение (О) 1 степени у $46,8\%$, О 2-й степени в $9,8\%$, О 3 степени – в 8% . Таким образом, основная масса мужчин ($77,4\%$) имела либо избыточную массу тела, либо О 1 степени. ИМТ у женщин в среднем составил $32,05 \pm 5,7$ кг/м². Нормальная масса тела выявлена у 10% женщин, избыточная у 27% . О 1 степени обнаружено в 43% , О 2-й степени в 10% , О 3-степени – в 10% . Следовательно, большинство обследованных женщин (70%) имели избыточную массу тела и О 1 степени. Подчинение распределения ИМТ у пациентов выборки нормальному закону Гаусса свидетельствует о ее репрезентативности. По результатам ЭХОКС индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у мужчин составил $141,24 \pm 13,11$ г/м². Согласно рекомендациям ESH/ESC 2013г. ИММЛЖ более 115 г/м² является критерием бессимптомного поражения миокарда. Среднее значение данного показателя в исследуемой группе превышало рекомендуемые параметры на $22,8\%$. БПМ обнаружено у $83,87\%$ мужчин. В $40,32\%$ случаев толщина комплекса интима-медиа (КИМ) внутренней сонной артерии с 2-х сторон превышала $0,9$ мм. Данный показатель квалифицируется как бессимптомное поражение сонных артерий (БПСА) и позволяет отнести пациента к группе ВОССР

по рекомендациям ESH/ESC 2013г. Сочетание утолщения КИМ и атеросклеротических бляшек (АСБ) выявлено у 17 мужчин ($27,42\%$). АСБ без утолщения КИМ обнаружены у 3 пациентов ($4,8\%$). БПСА выявлено в $45,16\%$. Таким образом, БПМ у мужчин встречалось в $1,89$ раза чаще, чем БПСА. Изолированное утолщение КИМ без увеличения ИММЛЖ выявлено в 1 случае ($1,6\%$), что позволило отнести еще 1 больного к группе ВОССР. Таким образом, у $85,48\%$ обнаружено БПМ и БПСА, что позволяет отнести этих больных к группе ВОССР. Средний ИММЛЖ у женщин составил $132,84 \pm 29,7$ г/м². По рекомендациям ESH/ESC 2013г. к группе ВОССР относятся женщины с ИММЛЖ более 95 г/м². Среднее значение этого показателя у женщин в исследуемой группе превышало рекомендуемые параметры на $39,8\%$. БПМ у женщин выявлено в $89,4\%$. В 28% случаев у женщин толщина КИМ превышала $0,9$ мм. АСБ выявлены у 19 женщин (19%). АСБ без утолщения КИМ выявлены у 8 женщин (8%). БПСА выявлено в 27% случаев. Утолщение КИМ более $0,9$ и (или АСБ) без увеличения ИММЛЖ обнаружено в $2,5\%$ случаев. Это позволило увеличить группу женщин, которых мы отнесли к группе ВОССР до $91,9\%$.

Заключение:

1. В группе пациентов АГ второй и третьей степени $77,4\%$ обследованных мужчин и 70% женщин имели избыточную массу тела, либо ожирение 1 степени. 2. Гипертрофия миокарда левого желудочка у женщин и мужчин встречается с одинаковой частотой более, чем в 80% случаев, однако имеет более выраженный характер у женщин. БПСА в исследуемой группе у мужчин встречалось в $1,67$ раза чаще, чем у женщин ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о большей выраженности атеросклеротического процесса у мужчин, чем у женщин. 3. Сочетанное использование двух методов исследования у больных с АГ позволяет выявить большее количество пациентов ВОССР, что может быть использовано для своевременной коррекции указанных нарушений и замедления прогрессирования сердечно-сосудистого континуума. 4. Определение обследованных нами пациентов в группу ВОССР приводит к необходимости пожизненного приема статинов наряду с антигипертензивной терапией для $80-90\%$ обследованных нами пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ситкова Е.С., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е.,

Рипп Т.М., Фальковская А.Ю., Личикаки В.А.,

Рябова Т.Р., Мочула О.В., Усов В.Ю.

НИИ кардиологии Томский НИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и повреждения миокарда у пациентов с резистентной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

84 пациента (42 мужчины, 42 женщины) в возрасте $55,0 \pm 9,1$ лет с резистентной АГ, находящиеся на постоянной комбинированной антигипертензивной терапии не менее 6 месяцев ($4,0 \pm 1,1$ препарата), были включены в исследование после подписания информированного согласия. Всем пациентам было выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца с отсроченным контрастированием. Изучению подвергались показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ (ИММЛЖ) по данным ЭхоКГ, а также

ММЛЖ и объема субэндокардиального повреждения, определяемого как суммарный объем зон включения контраста в миокард на отсроченных снимках, с использованием томографа Toshiba Vantage Titan 1,5T MRI System.

Результаты:

Средние значения артериального давления (АД) по данным СМАД составили $160,9 \pm 19,4 / 92,0 \pm 16,1$ мм рт. ст. По данным ЭхоКГ ММЛЖ и ИММЛЖ в обследуемой группе достигли $277,0 \pm 87,3$ г и ИММЛЖ $133,2 \pm 25,7$ г/м² соответственно. Опираясь на ЭхоКГ критерии диагностики ГЛЖ для мужчин и женщин, распространенность ГЛЖ в группе пациентов составила 84,5%. У 35 из 84 больных при отсутствии значимого коронарного атеросклероза по данным коронароангиографии или мультиспиральной компьютерной томографии миокарда и перенесенного инфаркта миокарда, выполнена МРТ сердца с отсроченным контрастированием. Накопление контраста на отсроченных томограммах охватывало не более 1/3 толщины миокарда, документировалось у 100% обследованных и составило $2,1 [1,3; 3,2]$ см³.

Заключение:

У пациентов с резистентной АГ ГЛЖ выявлена в 84,5% случаев. У 100% больных документировано субэндокардиальное повреждение, не связанное с поражением коронарных артерий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Тукиш О.В., Гарганеева А.А., Кужелева Е.А.

НИИ кардиологии Томский НИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. По данным литературы, с возрастом заболеваемость АГ увеличивается в 1,5-2 раза, а среди населения старше 65 лет она имеет место более чем у 50% лиц. При этом наиболее распространенным типом АГ у лиц пожилого и старческого возраста является изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) (систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст. и диастолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.), которая имеет место, приблизительно, в 2/3 случаев, что связано с естественной динамикой систолического и диастолического давления на протяжении жизни человека. Вместе с тем, ИСАГ является фактором риска развития всех сердечно-сосудистых осложнений (ишемической болезни сердца и острого инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, сердечной и почечной недостаточности) и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Изучить распространенность изолированной систолической артериальной гипертензии и оценить ее влияние на отдаленный прогноз у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материал и методы:

В исследование включено 410 пациентов в возрасте 60 лет и старше. С целью изучения отдаленных исходов острого инфаркта миокарда все включенные в исследование пациенты были разделены на 2 группы: группу 1 составили больные, выжившие в течение 5 лет наблюдения пациенты ($n = 236$), группу 2 – умершие в процессе пятилетнего наблюдения ($n = 174$). Соотношение лиц мужского и женского пола было практически одинаковым в обеих группах (54% мужчин против 46% женщин в 1-ой группе и 48% мужчин против 52% женщин во 2-ой группе, $p = 0,233$). Статистическая обработка результатов проводилась

с использованием статистической программы Statistica V10.0 (StatSoft Inc.). Качественные значения представлены в абсолютных и относительных величинах (n (%)). Сравнение выживаемости в двух различных группах производилось по методу Каплана-Мейера. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Различие считалось статистически значимым при $p \leq 0,05$.

Результаты:

В результате проведенного исследования установлено, что 87% ($n=357$) группы пациентов пожилого и старческого возраста страдали гипертонической болезнью (по сравнению с 59,9% у лиц моложе 60 лет, $p < 0,001$). При этом только 19% из них имели достигнутые целевые значения артериального давления. Следует отметить, что почти у половины больных (49,8%) данной группы имела место ИСАГ. При гендерном сравнении было выявлено, что у женщин, перенесших ИМ, чаще в анамнезе было указание на артериальную гипертензию. Кроме того, в женской когорте частота ИСАГ была значительно выше, чем в мужской (58,1% против 42%, $p = 0,001$). В анамнезе у пациентов, страдающих ИСАГ, чаще имела место хроническая сердечная недостаточность (60,6% против 23,4%, $p < 0,0001$). Острый ИМ у них чаще манифестировал атипичной симптоматикой (21,6% против 14,1%, $p = 0,047$). Установлено также, что у пациентов с ИСАГ постинфарктный период протекал менее благоприятно (45,7% против 20,4%, $p = 0,009$), увеличивая шанс развития повторного ИМ в течение 5 лет после индекса события более, чем в 3 раза (ОШ 3,28; 95%-й ДИ 1,33-8,1; $p = 0,009$) и летального исхода в 2 раза (64,1% против 51,7%; ОШ 1,7; 95%-й ДИ 1,09-2,56; $p = 0,016$).

Заключение:

В результате исследования установлено, что подавляющее большинство пациентов пожилого и старческого возраста страдали гипертонической болезнью, причем почти у половины больных имела место ИСАГ, которая является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и увеличивает шансы летального исхода в ближайшие 5 лет постинфарктного периода почти в 2 раза (ОШ 1,7; 95%-й ДИ 1,09-2,56; $p = 0,016$). При этом существенным явился тот факт, что у 81% пациентов с гипертонической болезнью не было достигнуто целевых значений АД, что свидетельствует о низкой эффективности лечения у данной категории больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ

Михалина Е.В., Мулерова Т.А., Огарков М.Ю.

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

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц с артериальной гипертензией (АГ) среди сельского и городского населения Горной Шории.

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование коренного населения Горной Шории. Обследование проводилось в поселках: Шерегеш, Ортон и Усть-Кабырза и городе Таштаголе. Выборка составила 391 человек с установленным диагнозом АГ, из них 199 городских жителей и 192 жителей сельской местности. Обе исследованные группы были сопоставимы по возрасту. Респонденты разделены на 3 возрастные группы: младшая (от 18 до 44 лет), средняя (от 45 до 64 лет) и старшая (от 65 и

старше). Проводился осмотр специалистов, добровольное анкетирование, запись электрокардиограммы. Диагноз ИБС выставлялся на основании анамнеза, жалоб, результатов анкеты Роуз и данных электрокардиографии (ЭКГ) с кодированием по Миннесотскому коду. Статистическая обработка проводилась с помощью программ «STATISTICA 6.1». Сравнение 2-х групп проводилось t-критерием Стьюдента. Для оценки риска вычислялись отношение шансов (ОШ) и 95%-ные доверительные интервалы. Различия признавались статистически значимыми при вероятности отклонить нулевую гипотезу (p) менее 0,05.

Результаты:

В популяции коренных жителей Горной Шории распространенность АГ статистически не различалась у городского или сельского населения (42,2% против 41,3 [ОШ 1,02; 95%ДИ (0,88-1,19), p=0,787]). Частота встречаемости ИБС среди обследованных с АГ, проживающих в городе, составила 25,0%, а среди сельского населения – 17,9% [ОШ 1,39; 95%ДИ (0,91-2,16), p=0,132]. Острые коронарные события, такие как инфаркт миокарда, реже встречались в анамнезе у шорцев, проживающих в городе (0,5%), по сравнению с жителями сельских районов (10,9%) [ОШ 0,05; 95%ДИ (0,01-0,34), p=0,001]. Аритмические варианты течения ИБС, напротив чаще встречались среди обследованных в городе: 7,5%, против 2,1% соответственно [ОШ 3,56; 95%ДИ (1,12-11,31), p=0,021]. У лиц с АГ, при изучении распространенности коронарной болезни сердца в разных возрастных группах, установлено преобладание данной патологии среди представителей молодого и среднего возраста, проживающих в городе. По результатам ЭКГ с кодированием по Миннесотскому коду, распространенность ИБС среди респондентов в возрасте от 18 до 44 лет, проживающих в городской местности, составила 27,3%, среди сельских жителей в этой возрастной категории данное заболевание не зарегистрировано (p=0,016). В средней возрастной группе распространенность коронарной патологии составила 22,5% и 4,5% соответственно [ОШ 5,0; 95%ДИ (1,94-12,89), p=0,001]. В когорте лиц старшего возраста статистических различий не отмечено: 31,0%, против 48,3% [ОШ 0,64; 95%ДИ (0,35-1,17), p=0,122].

Заключение:

1) У пациентов с АГ перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе чаще встречался среди обследованных в сельской местности. 2) Распространенность аритмической формы ИБС была выше у городских жителей. 3) Среди горожан младшей и средней возрастных групп с АГ частота ИБС оказалась выше.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИСТРА БЕРЕГ

Баркова Е.Л.¹, Стрюк Р.И.¹, Гомова Т.А.²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» г. Москва, ²ГУЗ ТО «Тульская областная больница», г. Тула, Россия

Введение (цели/ задачи):

Анализ распространенности и характера коморбидных состояний у беременных с артериальной гипертензией (АГ) различных социальных групп на основании данных наблюдательного исследования - регистр БЕРЕГ.

Материал и методы:

В наблюдательное (обсервационное) исследование «Оценка клинического состояния беременных с кардиоваскулярными

заболеваниями в течении гестации, в родах, раннем послеродовом периодах и через 12 месяцев после родов, а также анализ перинатальных исходов, состояния плода, новорожденного и качества лечения этих пациенток с помощью регистра – БЕРЕГ. Проведенное на базе ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр» в сроки 01.01.2014-31.12.2014 г., было включено 3214 женщин, из которых у 173 (5,3%) чел. была диагностирована гипертоническая болезнь I-II ст., 1-2 степени.

Результаты:

Все 173 пациентки с АГ в зависимости от социального статуса были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили домохозяйки (42 чел., 24,3%), 2-ю - рабочие (59 чел., 34,1%) и 3-ю группу служащие (72 чел., 41,6%). По возрасту все 3 группы женщин были сопоставимы [25%;75%], 29,5 г. [24; 36,5], 32 г. [27;37] и 31г. [27;36] соответственно. В равном проценте случаев данная беременность во всех группах женщин была первой - 28,6%, 22% и 29% соответственно. Существенных различий по прибавке в весе за период беременности в группах наблюдения не было - 10,85 кг [25%;75%: 7,75; 14,25], 9 кг [8; 13,6], и 10 кг [8,1; 14,9] соответственно. Обращает внимание наименьший факт курения среди служащих (7 чел., 9,7%), в то время как среди домохозяек (10 чел., 23,8%) и рабочих (12 чел., 20,3%) он был достоверно выше (p<0,05). Частота коморбидных состояний во всех группах наблюдения была высокой, но у пациенток 2-й (36 чел., 61%) и 3-й группы (47 чел., 65%) сопутствующие заболевания встречались чаще по сравнению с женщинами 1-й группы (21 чел., 51%). Более чем у половины женщин из каждой группы выявлялось ожирение: 26 чел., (61,9%), 41 чел., (69,5%) и 41 чел., (56,9%) соответственно. С высокой частотой во всех группах пациенток были заболевания мочевыделительной системы - в 1 группе 7 чел. (16,7%), во 2-й – 17 чел., (28,8%) и в 3-й – 20 чел. (27,8%) и анемия - 14 чел. (33,3%), 21 чел., (35,6%) и 18 чел. (25%) соответственно. Реже, но примерно с одинаковой частотой встречалась патология эндокринной системы (чаще со стороны щитовидной железы) - 9 чел., (21,4%), 8 чел., (13,6%) и 11 чел. (15,3%) соответственно. В единичных случаях у пациенток всех трех групп имели место хронические заболевания органов дыхания, сахарный диабет, хроническая варикозная болезнь.

Заключение:

Среди беременных с АГ независимо от их социального статуса с высокой частотой выявляются сопутствующие заболевания: ожирение – более чем у половины, заболевания мочевыделительной системы и анемия – почти у 1/3. Курящие женщины достоверно чаще встречаются среди домохозяек и рабочих по сравнению со служащими.

РОЛЬ ТОЧЕЧНЫХ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В РАЗВИТИИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЦИТОПАТИЙ

Рыжкова А.И.¹, Сазонова М.А.², Синев В.В.², Хасанова З.Б.², Постнов А.Ю.², Орехов А.Н.³, Собенин И.А.²

¹ФГБОУ ВО МГАВМиБ-МВА им.К.И. Скрябина,

²ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава

России, ³НИИ атеросклероза, Инновационный центр Сколково, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящей работы являлся анализ литературных источников, посвященных изучению, идентификации и описанию роли точечных мутаций митохондриального генома в развитии

митохондриальных цитопатий. К данным заболеваниям относятся группу гетерогенных системных расстройств, поражающих различные органы и ткани, в первую очередь нервную и мышечную. Причиной развития митохондриальных цитопатий является дисфункция митохондрий, вызванная дефектами митохондриального и/или ядерного генома. Дисфункция митохондрий, вызванная мутациями мтДНК, проявляется при определенном уровне гетероплазии митохондриального генома.

Материал и методы:

Методы исследования, представленные в источниках, основаны на экстракции ДНК из цельной крови и тканей различных органов. Получаемая ДНК анализировалась с помощью РТ-ПЦР, ПДРФ-ПЦР, секвенирования по Сэнгеру и NGS, использование которых позволяет детектировать точечные мутации митохондриального генома.

Результаты:

По результатам обзора литературы была обнаружена информация о 44 точечных мутациях кодирующего региона мтДНК, приводящих к развитию патологий. Установленные мутации, лежащие в области кодирующего региона, локализованы в 18 генах мтДНК, в том числе в генах митохондриальных рРНК и тРНК (MT-RNR1 and 2; MT-TG, MT-TN, MT-TI, MT-TK, MT-TL1, MT-TL2, MT-TV), а также генах белков - субъединиц комплексов электрон транспортной цепи и АТФ-синтазы (комплекс 1: MT-ND1, MT-ND2, MT-ND3, MT-ND4, MT-ND5, MT-ND6; MT-CYTB, MT-CO2, MT-ATP6- комплексы 3, 4 и АТФ-синтаза, соответственно).

Заключение:

Анализ источников литературы позволил выявить 44 точечные мутации кодирующего региона мтДНК ассоциированные с различными группами митохондриальных цитопатий. Выявленные мутации мтДНК могут быть использованы для создания исследовательских моделей, позволяющих изучать молекулярно-клеточные механизмы цитопатий. Кроме того, данные мутации могут быть использованы для создания наборов для ранней диагностики митохондриальных цитопатий и семейного анализа имеющихся патологий. Настоящая работа поддержана грантом РНФ 14-14-01038.

САМОКОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Сушинский В.Э., Якимович Р.А.,

Буранко М.В., Рощина Ю.И.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) характеризуется широким распространением, достигая в общей популяции 45%. В ряде исследований продемонстрирована низкая эффективность проводимой терапии, отсутствие достижения в реальной клинической практике целевого артериального давления (АД) у большинства пациентов. Одной из причин сложившейся ситуации является низкий уровень знаний пациентов о заболевании, а, как следствие, непонимание опасных последствий гипертензии, отсутствие контроля за проводимым лечением. Одним из проблемных вопросов в лечении этого хронического заболевания является низкая приверженность к лечению. Цели и задачи: изучить уровень знаний пациентов о проблеме АГ и возможности использования метода самоконтроля АД для повышения приверженности к лечению.

Материал и методы:

Для изучения представления пациентов с АГ о заболевании и использования ими самоконтроля АД проведено анкетирование 94 пациентов (средний возраст $57,9 \pm 0,9$ лет; женщин – 62,8%, мужчин – 37,2%).

Результаты:

По результатам исследования выявлено, что информированы о критериях АГ 29,7% пациентов, посещали «Школу артериальной гипертензии» только 3% пациентов. При оценке приема лекарственных средств (ЛС) установлено, что регулярно, по назначенной врачом схеме, ЛС принимают 63,7% пациентов; 16,5% пациентов заявили, что принимают ЛС при необходимости (при повышении АД), 19,5% - самовольно определяют режим приема ЛС или не принимают их совсем. Самоконтроль АД может рассматриваться как один из методов повышения эффективности лечения АГ. По данным анкетирования большинство обследуемых пациентов используют измерение АД для оценки успешности лечения АГ: 21,9% пациентов со слов измеряют АД 2 раза в день; 25,3% пациентов проводят оценку 1 раз в день. В то же время 20,8% пациентов проводят измерение АД – 1 раз в неделю; 31,9% пациентов не контролируют АД или проводят его оценку только при плохом самочувствии. Считают, что измеряют АД в соответствии с правилами 63,4% пациентов, однако, выявлено, что пациенты часто не соблюдают даже простые правила, например, проводят измерение АД трижды только 23,3% респондентов. Отражают результаты измерения в дневнике самоконтроля 15,5% пациентов, только 27,8% пациентов предоставляют данные о результатах контроля АД врачу, в 44% случаев эти данные предоставляются устно. После получения результатов контроля АД 12,5% обследуемых полностью отказываются от лечения при нормализации АД, 17% пациентов изменяют схему лечения самовольно, а изменяют схему лечения АГ только после консультации врача - 55,6% пациентов.

Заключение:

У пациентов с АГ уровень знаний о заболевании остается недостаточным. Несмотря на то, что большинство респондентов указывают на соблюдение правил измерения АД, большинство пациентов не соблюдает даже простые рекомендации. Неправильное использование самоконтроля АД пациентами приводят к отказу от лечения и нарушению назначенных врачом схем терапии.

СЕЗОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Сотников А.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.

С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить значимость сезонных изменений параметров артериальной гипертензии (АГ) у мужчин с инфарктом миокарда (ИМ) моложе 60 лет для улучшения профилактики заболевания.

Материал и методы:

Изучены результаты обследования 566 мужчин 19-60 лет, средний возраст – $50,9 \pm 6,2$ лет, жителей Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ, получавших лечение по поводу ИМ в период с 2000 по 2015 г. Сезонные особенности параметров АГ оценивали в зависимости от распределения случаев по климатическим периодам: осеннему, зимнему; весеннему и летнему. Их длительность определяли для каждого года наблюдения по датам устойчивого перехода среднесуточной температуры воздуха через реперные точки в 0 и 15 градусов С. Климатической зимой считали периоды между переходами среднесуточной темпера-

туры воздуха 0 градусов С осенью и весной с установлением стойкого промежутка времени с отрицательной температурой. Климатические весна и осень продолжались от момента перехода через 0 градусов С до момента перехода через 15 градусов С весной и в обратном направлении – осенью. Летом считали период между переходами среднесуточной температуры воздуха через 15 градусов С. Для работы использовали базу данных, содержащую информацию о среднесуточной температуре воздуха на метеостанции Санкт-Петербурга за период с 2000 по 2015 г. При статистической обработке значимость различий определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни в несвязанных и T-критерия Вилкоксона – в связанных выборках. Сравнения трех и более групп проводили на основе критерия Краскела–Уоллеса с последующим апостериорным критерием. Статистическая значимость различий для бинарных и номинальных показателей определялась по критерию Хи-квадрат. С целью изучения многолетней динамики параметров все случаи распределили на периоды, I: 2000-2005 (251 наблюдение), II: 2005-2010 (224) и III: 2010-2015 г. (91). Для оценки закономерностей распределения данных в период 2000-2015 г.г. применен анализ временных рядов.

Результаты:

Частота АГ среди обследованных составила 67,1%. При этом выявлено равномерное ее распределение в течение годового цикла (зимой – 70,2; весной – 69,1; осенью – 62,8; летом – 65,1%). Распространенность кризового течения АГ (зимой – 51,8; весной – 52,2; летом – 49,0; осенью – 54,9%) и значения показателей АД также не имели сезонных отличий. При изучении воздействия различных факторов на выживаемость обследованных в начальные периоды ИМ выявлен значимый отрицательный эффект кризового течения АГ. В неблагоприятных случаях гипертонический криз чаще регистрировали как фактор, провоцирующий заболевание ($p < 0,05$). Частоты наблюдений АГ и кризового ее течения оказалась выше в группе умерших в весенний период и у больных с пониженной расчетной скоростью клубочковой фильтрации в целом ($p < 0,05$). При сравнении показателей артериального давления (АД) первых часов ИМ по многолетним периодам их значения постепенно возрастали ($p < 0,05$). В конце третьей недели ИМ выявлено снижение параметров АД во II период в сравнении с I ($p < 0,05$). При оценке временных рядов выявлены положительные неотчетливые тренды ($R^2 < 30\%$) и сезонные закономерности параметров АД первых 48 часов заболевания (R^2 до 31%). Согласно этим данным, более высокими уровнями АД характеризуется зимний период (7,3-8,4%), меньшими – летний (-2,8;-3,8%) и осенний (-2,1;-4,4%). При повторном исследовании в конце третьей недели ИМ статистически значимых трендов не получено, между тем выявлены достоверные сезонные изменения меньшей амплитуды (R^2 до 12%) для систолического АД с повышением значений в зимний (1,2%) и весенний (1,0%) и уменьшением в летний (-1,0%) и осенний (-1,1%) периоды. Наиболее выраженные сезонные изменения выявлены у систолического АД первых часов заболевания ($R^2 = 30,8\%$).

Заключение:

Таким образом, у обследованных выявляются незначительно выраженные (до 30,8%) значимые сезонные изменения параметров АГ. Неблагоприятным в отношении ближайшего исхода заболевания может считаться выявление АГ, особенно кризового течения, у больных ИМ в весенний период. С учетом многолетней сезонной динамики изменений параметров АГ для мужчин моложе 60 лет, жителей Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона, имеющих риск сердечно-сосудистых ослож-

нений при решении вопросов назначения, дозирования и контроля эффективности гипотензивной терапии целесообразно ориентироваться на результаты исследований разных периодов года с обязательным учетом уровней АД – зимой и весной.

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

БЕСЛАНИЕВ И.А., Курданова М.Х.,
БАТЫРБЕКОВА Л.М., Курданов Х.А.

ЦЕНТР МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ -
ГНЦ РФ ИМБП РАН, г. Нальчик, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изменение синтеза тиреоидных гормонов (ТГ) в сочетании с со снижением синтеза ключевого вазодилатора эндотелия – оксида азота (NO) оказывают существенное влияние на нейровегетативную регуляцию ритма сердца и гемодинамики у больных с артериальной гипертонией (АГ). В условиях умеренной гипоксии продукция NO возрастает за счет активации NO-синтаз, нитриредуктазной активности металлопротеинов и ферментов эритроцитоза, снижения элиминации NO и других адаптационных процессов, а синтез ТГ и ТТГ снижается. Цель: изучить особенности влияния ТГ, ТТГ и метаболитов NO – нитритов и нитратов на показатели вариабельности ритма сердца и гемодинамики и их системные взаимосвязи у здоровых лиц и больных АГ.

Материал и методы:

В высокогорных районах Приэльбрусья п.п., Терскол, Тегенекли обследовано 193 коренных жителей (2200 – 3100 м. над уровнем моря): 118 больных АГ: 53 больных АГ 1 степени, возраст $52,3 \pm 2,2$ года; 65 больных АГ 2 степени, возраст $55,6 \pm 2,3$ лет; 75 здоровых лиц, возраст $47,2 \pm 1,3$ лет, сопоставимых по полу возрасту и индексу массы тела. Всем обследованным пациентам проведено клиническое, инструментальное и биохимическое обследование, включающее: проведение и оценку вариабельности ритма сердца (BPC), средневзвешенной вариабельности ритма (CBVP, мс) записанную на носимые мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ - ПН - МС «ДМС - Передовые технологии», (Россия). Свободный трийодтиронин (f.T3) и тироксин - (f.T4), тиреотропный гормон (ТТГ) - определяли на микро планшетном анализаторе «Stat-Fax - 2100», Awareness Technology Inc, (США). Стабильные метаболиты NO – нитриты - (NO2) и нитраты - (NO3) определяли в фильтратах плазмы крови и эритроцитов спектрофотометрическим методом (СФ-6-А, Россия) с помощью реактива Грисса. Концентрацию NO3 определяли, используя бруциновый реактив. Полученные данные систематизировались при помощи уравнений множественной регрессии и в пакете программы «Statistica v. 12.5.0.1» StatSoft. Inc., в модулях «корреляция», «регрессия» и «MANOVA».

Результаты:

У больных АГ 1 и АГ 2 ст. выявлено снижение общей BPC и CBVP. У больных АГ 1 ст. показатели незначимо отличались от показателей в группе здоровых лиц. В частотной области BPC выявлено снижение мощности спектра (TP) и диапазона (HF) - на 5 %; увеличение вагосимпатического баланса, показателя относительной симпатической активности ($POCA = SDNN/RMSSD$, мс) и системной динамической реакции - ($SDR = CAD + DAD * AMO / CCH$) ед., на 5 - 8 %. Снижение CBVP - на 5%. Эти изменения сопровождалось снижением ТТГ, f.T3, f.T4 на 5 - 9 % и снижением концентрации NO2 и NO3 в крови - на 5 - 9%. В группе больных АГ 2 ст. выявлено снижение общей BPC - на 38 %, CBVP - на 40%, показателей временной и частотной области на 23- 38%, увели-

чение ПОСА и SDR (на 26 – 65 %). Эти изменения сопровождались значительным снижением ТТГ, f.T3, f.T4 – на 28–39%, и достоверным снижением концентрации NO₂ и NO₃ в компонентах крови – на 65 – 75 %. Между NO и f.T3, f.T4 в группе здоровых лиц установлены прямые связи ($r=0,332 - 0,448$; $p<0,01$) и обратная взаимосвязь между NO и ТТГ ($r=-0,452$; $p<0,01$). У больных АГ 1 и АГ 2 ст. между NO в крови и f.T3, f.T4 выявлены прямые взаимосвязи ($r=0,368 - 0,387$; $p<0,05$) и обратные взаимосвязи между NO и ТТГ, SDR ($r=-0,418 - r=-0,708$; $p<0,01$). В группе АГ 1 и АГ 2 ст. между NO в крови и f.T3, f.T4 выявлены прямые взаимосвязи ($r=0,568 - 0,587$; $p<0,01$) и обратные взаимосвязи между NO и ТТГ, SDR ($r=-0,508 - r=-0,627$; $p<0,01$). Заключение. Полученные данные свидетельствуют о достоверно большем количестве тесных взаимосвязей между медленными центральными регуляциями ритма сердца и гемодинамикой у больных АГ со снижением синтеза ТГ и уменьшением концентрации NO в крови.

Заключение:

У больных АГ 1 и 2 степени снижена общая ВРС, СВВР и показатели парасимпатических влияний на ритм сердца и гемодинамику. Снижение ВРС ассоциировано со снижением ТГ, ТТГ и стабильных метаболитов NO в крови, изменениями параметров гемодинамики. Тиреоидные гормоны и оксид азота обеспечивают важную роль в межсистемных механизмах поддержания гомеостаза в условиях высокогорной гипоксии.

СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ КАК ИНСТРУМЕНТ СТРАТИФИКАЦИИ ОЖИРЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ВЫСОКОГО КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА

Дружилова О.Ю., Дружилов М.А., Кузнецова Т.Ю.

ФБГОУ ВО «ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ», г. ПЕТРОЗАВОДСК, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Несовершенство подходов к классификации фенотипов ожирения с позиции ассоциированного кардиометаболического риска определяет необходимость изучения новых факторов (маркеров) в качестве дополнительных инструментов выделения пациентов с ожирением высокого риска. Цель: анализ ассоциации скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте с параметрами кардиоваскулярного ремоделирования и метаболическими факторами риска у пациентов с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы:

Обследовано 274 нормотензивных (по данным суточного мониторинга артериального давления), без сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, мужчин в возрасте от 35-ти до 55-ти лет ($44,8 \pm 5,0$ лет), с АО (окружность талии (ОТ) >94 см) и «невысоким» риском по шкале SCORE. Выполняли ультразвуковое исследование сердца, каротидных артерий, сонографическую оценку толщины подкожной и висцеральной абдоминальной жировой ткани (АЖТ), суточное мониторирование АД с оценкой среднесуточной СПВ в аорте (монитор ВРlab «МнсДП-3», ООО «Петр Телегин», Россия), определяли уровни липидного спектра и сахарного профиля, мочевой кислоты и С-реактивного белка крови (СРБ), альбуминурии. Для оценки значимости различий между группами использовался двусторонний t-тест, критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера.

Результаты:

Среднесуточная СПВ в аорте составила $7,5 \pm 0,7$ м/с. Выделенная подгруппа пациентов ($n=86$), характеризующаяся СПВ в аорте, равной или превышающей величину 75-го перцентиля ($7,7$ м/с для лиц 35–45 лет и $8,2$ м/с для лиц 46–55 лет), отличалась (по сравнению с группой в целом) большей частотой наличия ги-

пертрофии левого желудочка (при пороговом значении 125 г/м² по формуле Devereux – $27,9\%$ против $12,0\%$, $p<0,001$, при пороговом значении 49 г/м², $7 - 29,1\%$ против $13,5\%$, $p<0,01$), диастолической дисфункции левого желудочка ($39,5\%$ против $17,2\%$, $p<0,001$), каротидного атеросклероза ($47,7\%$ против $18,2\%$, $p<0,001$), преддиабета ($32,6\%$ против $16,1\%$, $p<0,01$), альбуминурии высоких градаций ($37,2\%$ против $17,9\%$, $p<0,001$), а также более высокими уровнями мочевой кислоты ($0,39 \pm 0,09$ ммоль/л против $0,35 \pm 0,08$ ммоль/л, $p<0,01$) и СРБ крови ($2,9 \pm 0,8$ мг/л против $2,1 \pm 1,1$ мг/л, $p<0,01$). При отсутствии различий средних величин ОТ и ИМТ ($105,3 \pm 8,6$ см и $103,8 \pm 7,6$ см, $p>0,05$, $31,2 \pm 3,3$ кг/м² и $30,7 \pm 3,4$ кг/м², $p>0,05$), данная подгруппа характеризовалась меньшей толщиной сонографически определяемой подкожной и большей толщиной висцеральной АЖТ ($25,4 \pm 5,1$ мм против $27,3 \pm 5,8$ мм, $p<0,01$, и $75,6 \pm 14,4$ мм против $66,8 \pm 13,6$ мм, $p<0,001$, соответственно), большей частотой лиц с соотношением висцеральная/подкожная АЖТ, превышающим $2,5$ ($79,1\%$ против $47,1\%$, $p<0,001$).

Заключение:

Пороговые величины СПВ в аорте или аналогичных параметров артериальной жесткости, определенные с учетом возраста и уровня артериального давления, могут стать дополнительным критерием для верификации фенотипа ожирения (висцерального ожирения) с высоким кардиометаболическим риском.

СКРИНИНГ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ МЕДРАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИКИ

ТАРАНЦОВА А.В.

Областной Центр здоровья, поликлиника №10, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Медицинские работники – это, с одной стороны, проводники здорового образа жизни (ЗОЖ) и лица, ответственные за сохранение здоровья населения, с другой стороны, – это группа высокого риска по развитию хронических неинфекционных социально значимых заболеваний (ХНИЗ) и болезней системы кровообращения (БСК), учитывая их высокий уровень стресса, ответственности, сложный, напряженный труд и график работы (особенно врачей скорой помощи, дежурентов стационаров, хирургов), малоподвижный образ жизни (узких специалистов поликлиник), низкий уровень оплаты труда и вынужденное совмещение нескольких работ и др. Цель работы: изучить распространенность факторов риска (ФР) ХНИЗ и БСК в популяции медицинских работников городской поликлиники.

Материал и методы:

В январе 2018 г. на базе Ростовского Областного Центра здоровья (РОЦЗ) обследовано 46 сотрудников городской поликлиники 21–82 лет (средний возраст $47,8$ лет), $6,5\%$ мужчин и $93,5\%$ женщин, из них: $36,9\%$ – врачи (терапевты, кардиологи, лабораторной и УЗ-диагностики, гинекологи, невролог), $23,9\%$ – медсестры (на приеме с узкими специалистами, процедурные, акушерки, массажисты), $10,9\%$ – лаборанты, $28,3\%$ – вспомогательный персонал (регистраторы, санитарки, гардеробщицы). Методы клинико-эпидемиологического исследования включали: анкетирование, антропометрию, обследование на АПК ООО НПП «Монитор» (измерение уровня АД, регистрацию ЭКГ, оценку вариабельности ритма сердца и функционально-адаптационных резервов по методике Р.М. Баевского, А.П. Берсеновой, 1997), биоимпедансметрию, экспресс-анализ уровня общего

холестерина и глюкозы, анализ «Карт центра здоровья», математико-статистические методы обработки данных.

Результаты:

Модифицируемые ФР ХНИЗ выявлены у 89% сотрудников поликлиники (у 100% врачей, 81,3% медсестер и лаборантов); 1 ФР - у 17,4%; 2 ФР - у 26%, 3 и более ФР - у 45,6%; у 34,8% - метаболический синдром; у 43,5% - функциональные нарушения (синдром вегетативной дисфункции). Среди выявленных ФР преобладали: гиперхолестеринемия - у 65,2% (67,4% женщин и 33,3% мужчин); избыточная масса тела (ИМТ \geq 25 кг/м²) - у 58,7% (предожирение - у 55,6%; ожирение 1 ст. - у 33,3%, 2 ст. - у 3,7%, 3 ст. - у 7,4%); физкультурой /спортом не занимаются 55,8% женщин; сон менее 7 часов - у 45,6% (44,2% женщин и 66,6% мужчин); АГ (по анамнезу) - у 36,9%, в том числе, при обследовании в РОЦЗ АД 140/90 мм рт.ст. - у 47%; 0 степени (достигнутой медикаментозно) - у 47%, 1 ст. - у 23,5%, 2 ст. - у 11,8%, 3 ст. - у 17,6% (гипертонические кризы купировали в/м магнезией, каптоприлом); абдоминальное ожирение - у 45,6% (окружность талии (ОТ) 94 см - у 33,3% мужчин и ОТ 80 см - у 46,5% женщин); средняя ОТ - 84,9 см у женщин и 103,3 см у мужчин; гипергликемия - у 26,1% (25,6% женщин и 33,3% мужчин); гиподинамия - у 16,3% женщин; в курении признались - 2,3% женщин; дефицит массы тела (ИМТ < 18,5 кг/м²) - у 2,2%. Отягощенная наследственность (в анамнезе) по БСК - у 56,5%; по сахарному диабету (СД) - 15,2%; по онкологии - у 8,7%. Сниженные адаптационные резервы (по Р.М. Баевскому, А.П. Берсеновой, 1997) выявлены у 19,5% обследованных (у 13% - неудовлетворительная адаптация, из них 9,3% женщин и 33,3% мужчин; у 6,5% - напряжение механизмов адаптации, в том числе, 4,2% женщин и 33,3% мужчин). С каждым из обследованных сотрудников мною (врачом-терапевтом РОЦЗ) проведено индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по ФР и разработан план коррекции выявленных ХНИЗ (включая медикаментозные и немедикаментозные мероприятия).

Заключение:

Результаты проведенного исследования указывают на высокую распространенность модифицируемых и немодифицируемых ФР ХНИЗ и БСК у сотрудников и медработников городской поликлиники. Наличие медицинского (даже высшего) образования не снижает вероятность влияния вредных производственных факторов, десинхронозов, невротизации, риска развития сердечно-сосудистых, психосоматических и других хронических неинфекционных социально значимых заболеваний. Состояние здоровья медиков не может не отражаться на качестве их работы. Учитывая, что продолжительность жизни врачей в среднем на 13 лет короче, чем у их пациентов (по данным ВОЗ), государству необходимо разрабатывать комплексные программы, направленные на сохранение индивидуального и профессионального здоровья медработников (при участии специалистов Центров здоровья).

СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Третьяков С.В., Загорулько О.А., Поспелова Т.И.

¹Новосибирский государственный медицинский университет, ²Дорожная клиническая больница, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/ задачи):

С целью уточнения особенностей функционального состояния правого желудочка (ПЖ) у лиц пожилого возраста с артериаль-

ной гипертензией (АГ) при сочетании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) изучена сократительная функция правого желудочка.

Материал и методы:

Обследовано 15 больных мужчины с ХОБЛ категории В и БА (средний возраст 68,4 \pm 3,6 года). Группу сравнения составили 15 больных с ХОБЛ (средний возраст 63,4 \pm 3,2 года). Критериями исключения из исследования были: инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, ожирение 2-3 степени. Проводилась эхокардиография, определялись: пиковая систолическая скорость смещения трикуспидального кольца (Sm, м/с), продолжительность периода предъизгнания (PP, мс), давление в правом предсердии (RAP, мм.рт.ст.), процент укорочения площади правого желудочка (CRVA, %), объем правого желудочка в систолу (RVVs, см³) и диастолу (RVVd, см³), ударный объем правого желудочка (RVSV, мл), фракция выброса правого желудочка (RVEF, %), и Tei-индекс.

Результаты:

В основной группе, в отличие от группы сравнения происходит укорочение периода предъизгнания в 1,34 раза (p<0,05), т.е. ускорение вхождения ионов кальция в миоплазму в систолу. У больных с ХОБЛ и БА, в отличие от группы сравнения, отмечается возрастание Sm, отражающее глобальную продольную систолическую функцию правого желудочка, на 29% (p<0,05). В основной группе объем правого желудочка в систолу на 12,9% (p<0,05) меньше, а в диастолу на 19% (p<0,05) меньше, чем в группе сравнения, что повлекло снижение ударного объема правого желудочка в группе лиц с сочетанной бронхолегочной патологией на 24% (p<0,05) при отсутствии достоверных отличий по ФВ правого желудочка. Процент укорочения площади правого желудочка в основной группе меньше на 29,3% (p<0,05). Величина Tei-индекса, представляющего собой сумму показателей, отражающих систолическую и диастолическую функции и количественно характеризующий глобальную функцию правого желудочка, в основной группе на 10% меньше, чем в группе сравнения, что свидетельствует о повышении функции правого желудочка сердца. Это косвенно подтверждает и величина соотношения ППИ/ПИ, которая уменьшается в основной группе на 30% (p<0,05).

Заключение:

При сочетании ХОБЛ и БА, в отличие от больных с ХОБЛ, у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией, отмечается повышение функции правого желудочка, в частности, глобальной продольной систолической функции.

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Раджабова Д.И., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б.

РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценка состояния системы цитокинов и определение уровня С-реактивного белка у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В основную группу было включено 60 больных, их которых 44 мужчин и 16 женщин, средний возраст - 62,7 \pm 6,8 года, с хронической ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, у 17 пациентов в анамнезе ИМ. 42 пациента страдали эссенциальной артериальной гипертензией (АГ)

1-3-й степени тяжести, 20 больных –сахарным диабетом 2-го типа. До включения в исследование пациенты систематически не лечились. 10 практически здоровых людей были включены в контрольную группу. Лица основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту. Пациентам основной и контрольной групп определяли уровни ИЛ-6, ИЛ-10 плазмы крови методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку полученных результатов исследований выполняли на персональном компьютере с использованием формул теории статистики. Оценивали средние значения полученных данных (M), их стандартные отклонения(m), достоверность статистических показателей(p) с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты:

У пациентов ИБС, выявлено достоверное (по сравнению с лицами контрольной группы) увеличение в плазме крови уровня провоспалительного цитокина интерлейкина-6, снижение уровня противовоспалительного цитокина интерлейкина-10, повышение уровня С-реактивного белка, что свидетельствует о наличии системного хронического воспаления.

Заключение:

Пациенты с ИБС нуждаются в комплексной медикаментозной терапии, направленной на уменьшение выраженности воспалительного процесса, с обязательным использованием статинов (в целевых дозах), которым присущи как гиполипидемические, так и противовоспалительные эффекты.

СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Богданов Д.Ю.¹, Кондрашова Е.А.¹,

Невзорова В.А.¹, Шестопапов Е.Ю.²

¹ФГБОУ ВО ТГМУ,

²КГБУЗ ВКБ №1, г. Владивосток, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить состояние экстракраниальных артерий у пациентов молодого возраста с клиникой ишемического инсульта в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Проанализировано состояние экстракраниальных артерий у пациентов, поступивших в отделение реанимации «Владивостокской клинической больницы №1» с ишемическим инсультом (ИИ) в возрасте до 45 лет с 2014 по 2017 года. Критерием исключения являлись пациенты с транзиторной ишемической атакой, геморрагическим инсультом и пациенты в состоянии шока. У всех пациентов диагноз ИИ подтвержден методом мультиспиральной компьютерной томографии на компьютерном томографе TOSHIBA. Пациенты были разделены на 2 группы: 1- с наличием артериальной гипертензии на момент поступления (уровень систолического артериального давления (САД) > 140 и/или диастолического (ДАД) 90 мм рт. ст.) и с нормальным уровнем АД. Всем пациентам было проведено дуплексное сканирование экстракраниальных артерий на аппарате GE Vivid I (США), оценивались такие показатели как, количество атеросклеротических бляшек (АСБ) с целью оценки распространенности атеросклеротического процесса и суммарный % стеноза с целью оценки выраженности процесса. Согласно рекомендациям за АСБ принималось фокальное утолщение стенки сосуда на >50% или как фокальная область с толщиной комплекса интима-медиа >1.5мм, которая выступает в просвет сосуда. Проанализированы показатели липидного спектра сыворотки крови (общий холестерин (ХС), липопротеины высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП), три-

глицериды (ТГ)). Для статистического анализа использовался t-критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат Пирсона.

Результаты:

Всего в исследование включено 52 пациента европейской этнической принадлежности, средний возраст которых составил 39.5±0.74года, из них 75% мужчины и 25% женщины. В первую группу с высоким АД на момент поступления в стационар вошло 25 человек, что составило 48.1% от общей выборки (средний возраст группы 40.8±0.6 лет), среднее значение САД и ДАД в данной группе 159.8±3.5 и 97±2.5мм рт. ст. соответственно. В группу с нормальным АД вошло 27 человек (38.1±1.3 лет), что соответственно составило 51.9%. Во второй группе среднее значение САД составило 117.9±1.76мм рт. ст. и ДАД 77.8±1.8мм рт. ст.. Различия САД и ДАД между группами были статистически значимы (p<0.001), при этом разница в возрасте статистических отличий не имела (p>0.05). Показатели липидного спектра в обеих группах имели статистически одинаковые значения между группами (p>0.05) и составили в первой группе ХС – 4.64±0.26ммоль/л, ЛПВП – 0.93±0.12 ммоль/л, ЛПНП – 2.1±0.28ммоль/л, ТГ – 1.4±0.19ммоль/л против 4.51±0.33ммоль/л, 0.94±0.13 ммоль/л, 2.27±0.33ммоль/л, 1.1±0.15ммоль/л во второй группе соответственно. При проведении дуплексного сканирования в первой группе у 64% выявлено атеросклеротическое поражение сонных артерий, из них у 75% выявлялась от одной до трех АСК, у 25% выявлялось 4 и более АСБ; в группе с нормальным уровнем АД при поступлении в стационар атеросклеротическое поражение сонных артерий выявлялось у 22%, из них у 100% выявлялось не более 3 АСБ (p=0.003). У пациентов с атеросклеротическим поражением с высоким АД среднее значение суммарного показателя стеноза во всех экстракраниальных артериях составило 81.6±12.86%, во второй группе – у 69.6%±11.94% без статистически значимой разницы между группами (p>0.05).

Заключение:

У лиц с ишемическим инсультом в возрасте до 45 лет не обнаружены статистические значимые различия в показателях липидного спектра плазмы крови, которые укладывались в диапазон возрастной нормы и не зависели от наличия или отсутствия АГ. В группе лиц с АГ достоверно чаще регистрировался атеросклероз экстракраниальных артерий. Среднее значение суммарного показателя стеноза во всех экстракраниальных артериях не различалась в группе лиц с АГ и при ее отсутствии. Несмотря на существующую связь между частотой встречаемости атеросклероза и наличием АГ у лиц молодого возраста с ишемическим инсультом отсутствуют данные о степени суммарного стеноза экстракраниальных артерий и развитием инсульта. Не получены данные об изменениях показателей липидного спектра у данной категории лиц, что требует поиска иных факторов риска развития инсульта и разработку персонализированных шкал оценки сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста.

СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХОБЛ КАК ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е.Ю., Повзун А.С.

ГБУ НИИ СП имени И.И. Джанелидзе,

г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность проблемы постинфарктных разрывов миокарда определяется широкой распространенностью ишемической болезнью сердца, крайне высокой летальностью и отсутствием алгоритмов прогнозирования и ранней диагностики данного ос-

ложнения инфаркта миокарда. Цель работы: установить наиболее надежные в прогностическом плане факторы риска развития постинфарктного разрыва миокарда среди пациентов с первым Q инфарктом миокарда. Задачи: 1. Провести клинико-эпидемиологическое исследование постинфарктных разрывов миокарда и выявить наиболее информативные предикторы его развития. 2. Оценить роль артериальной гипертензии, как одного из ведущих предикторов постинфарктного разрыва миокарда, у пациентов с первым Q инфарктом миокарда передней локализации.

Материал и методы:

Исследование проводится на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 112 случаев смерти от постинфарктного разрыва миокарда (из 4354 ИМ за период с 2013 по 2017 гг.). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (79 пациента с разрывом) и группа сравнения (96 больных с осложненным Q-позитивным ИМ с элевацией сегмента ST из числа выживших).

Результаты:

1. Все пациенты, у которых ИМ осложнился разрывом миокарда, имели элевацию сегмента ST 2 мм и более; наличие Q-зубца; отсутствие ИМ в анамнезе. У большинства из них присутствовали рецидивирующие ангинозные боли (93,1 %) и острая сердечная недостаточность KILLIP II-IV (94,6 %). Разрыв преимущественно произошёл у женщин (87,2 %) с поздними сроками госпитализации (более 3 часов от момента начала заболевания (86,1 %)). 2. Артериальная гипертензия присутствовала в анамнезе у двух групп одинаково часто, однако в число статистически значимых ($p < 0,001$) предикторов постинфарктного разрыва миокарда по критерию Пирсона (2), а также по результатам множественного регрессионного анализа, вошла также артериальная гипертензия с уровнями САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст., определяемыми при поступлении пациента. 3. Выявлена статистически значимое различие между группами по наличию в анамнезе ХОБЛ ($p < 0,001$). В группе разрыва данное заболевание составило 54,2%. Все пациенты с ХОБЛ в 100% случаях имели не скорректированную артериальную гипертензию на момент поступления (САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.).

Заключение:

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что цифры систолического АД 160 мм рт.ст. и выше и/или диастолического АД 100 мм рт.ст. и выше, определенных при поступлении пациентов с Q ИМ с подъемом сегмента ST в первые часы заболевания являются ранними предикторами постинфарктного разрыва миокарда. А при сочетании АГ с ХОБЛ, риск разрыва увеличивается в 2 раза, что дает возможность, совместно с другими предикторами развития постинфарктного разрыва миокарда, с большей долей вероятности прогнозировать данное осложнение на этапе первого контакта с пациентом и тем самым незамедлительно начать необходимые профилактические мероприятия.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА И НЕБИВОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Сайфутдинов Р.И.¹, Толкачев И.М.¹,

Бугрова О.В.¹, Янышева К.Р.²

¹Оренбургский государственный медицинский

университет, ²Оренбургская областная

клиническая больница, г. Оренбург, Россия

Введение (цели/ задачи):

В последнее время, учитывая возрастающее количество опе-

раций реваскуляризации, увеличивается и группа пациентов с наличием сахарного диабета и артериальной гипертензией, часто имеющей злокачественное течение с частыми кризами. Эти факторы часто становятся причинами повторных реваскуляризаций, сильно ухудшающих ближайший и отдаленный прогноз операции. Моксонидин и небивалол относятся к препаратам с «положительными» метаболическими эффектами, рекомендованными пациентам с сахарным диабетом. Целью нашего исследования стало изучение направленности показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) с оценкой средних показателей артериального давления, вариабельности суточного ритма, частоты кризов, наличия побочных эффектов у пациентов от принимаемых препаратов, а также выявления частоты повторных реваскуляризаций/

Материал и методы:

Объектом исследования стали 27 пациентов мужского пола в возрасте 30-60 лет, прошедших баллонную ангиопластику со стентированием. У всех больных имелся сахарный диабет и кризовое течение артериальной гипертензии. Все больные были рандомизированы на три сопоставимые по возрасту и выраженности артериальной гипертензии группы в сочетании с сахарным диабетом. Пациенты всех трех групп получали тромбо Асс 100 мг, клопидогрель 75 мг, аторвастатин 20 мг на ночь, из антигипертензивных препаратов: эналаприл 40 мг и амлодипин 10 мг. В связи с неэффективностью проводимой терапии для усиления антигипертензивного эффекта пациенты первой группы (9 человек) получали моксонидин 0,4 мг, второй (9 человек) – небивалол 5 мг, третья группа (9 человек) (контроля) получала метопролол сукцинат в дозе 50 мг x 2 раза (утром и вечером). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование с оценкой средних показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частота побочных эффектов, а также потребность в реваскуляризации миокарда.

Результаты:

По результатам СМАД в первой группе цифры САДср. исходно составляли $162,7 \pm 18,1$ мм рт.ст., ДАДср. – $105,3 \pm 11,7$ мм рт.ст.; во второй группе САДср. – $160,1 \pm 17,8$ мм рт.ст., ДАДср. – $104,1 \pm 11,6$ мм рт.ст.; в третьей группе САДср. – $160,3 \pm 17,81$ мм рт.ст., ДАДср. – $105,3 \pm 11,7$ мм рт.ст. На фоне лечения, независимо от выбранной группы пациентов, отмечалось достоверное снижение САДср. и ДАДср.: так в группе пациентов, получающих моксонидин САДср. стали составлять $129,4 \pm 14,4$ мм рт.ст. ($P < 0,05$), а цифры ДАДср. – $84,9 \pm 9,4$ мм рт.ст. ($P < 0,05$); в группе пациентов, принимающих небивалол – САДср. составило $136,8 \pm 15,2$ мм рт.ст. ($P < 0,05$), а ДАДср. – $89,7 \pm 9,9$ мм рт.ст. ($P < 0,05$); в третьей группе САДср. – $151,48 \pm 16,8$ мм рт.ст., ДАДср. – $98,9 \pm 10,9$ ($P < 0,05$). При сравнении трендов снижения АД выявлено, что у пациентов первой группы цифры САДср. снизились на 20,5%, ДАДср. – на 19,3%; у пациентов второй группы САДср. – на 14,6%, ДАДср. – на 13,8%; у пациентов третьей группы САДср. – на 5,5%, ДАДср. – на 93,9%. Следует отметить, что в группе пациентов получающих моксонидин, приблизительно в 20% случаев у больных появлялись побочные эффекты препарата в виде головных болей, иногда сухости во рту. При оценке частоты повторных реваскуляризации преимуществ применения моксонидина или небиволола выявлено не было: так в первой группе в течении года повторная операция потребовалась у 4,3% пациентов, во второй группе – у 4,5% пациентов, что было связано с новыми поражения коронарного русла. В группе пациентов, принимающих только метопролол процент повторных реваскуляризации был достоверно выше, составляя – 7,1% ($P < 0,05$). Следует отметить, что у этой группы

пациентов отмечалось большее количество кризов, и колебаний сахара в сторону гипергликемии.

Заключение:

Таким образом моксонидин, по сравнению с небиволололом обладает более эффективным снижением САДср. и ДАДср. (в среднем на 20% против 14% у небиволола), но у этой группы пациентов чаще выявляются побочные эффекты в виде головных болей, иногда сухости во рту. Применение моксонидина и небиволола положительно отражается на ближайшем прогнозе у больных с сахарным диабетом и артериальной гипертонией, имеющей злокачественное течение: в нашем исследовании у пациентов отмечалось более существенное снижение САДср. и ДАДср., уменьшалось количество кризов, они меньше подвергались повторным оперативным вмешательствам, чем в группе контроля.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА-II НА АУТОРЕГУЛЯЦИЮ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Реброва Н.В.

НИИ кардиологии Томский НИМЦ, г. Томск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Известно, что в механизмах формирования гипертензивной энцефалопатии существенное значение имеют нарушения цереброваскулярной реактивности (ЦВР). В настоящее время ЦВР представляется, как минимум, в виде двухкомпонентного регуляторного процесса, ответственного за динамический гомеостаз мозгового кровотока, а именно резерва и ауторегуляции. Исследования SCOPE, MOSES, SCAST демонстрировали снижение риска развития инсульта у пациентов на фоне лечения БРА, главным образом вторичного. Однако нет работ, посвященных анализу влияния БРА на весьма важный компонент регуляции мозгового кровотока, ответственный за процессы восстановления после нарушения его гомеостаза - ауторегуляторную фазу ЦВР. Целью исследования была сравнительная оценка влияния блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) на состояние цереброваскулярной и периферической реактивности артерий.

Материал и методы:

Пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. В простое сравнительное проспективное исследование скринировано 58 пациентов с АГ в возрасте 52,4±9,7 лет, не получавшие регулярно антигипертензивную терапию, без неврологического дефицита, с удовлетворительной визуализацией СМА, допустимая асимметрия кровотока по средним мозговым артериям (СМА) была <10%. На фоне нагрузочного теста – гиперкапнии (4% смесь углекислого газа с кислородом). В группе включенных пациентов (n=43) была проведена рандомизация методом случайных чисел. Сформированы 3 группы: 1 гр. (n=17) принимали эпросартана мезилат (600) 2 гр. (n=12) - азилсартана медоксомил (40) и 3 гр. (n=14) – валсартан (160) мг/сут. Дизайн: 5 периодов и 5 контрольных визитов пациентов: V0 – прескрининг; 1 период – расширенного клинического обследования; 2 период – специального обследования: V1 – включение пациентов в исследование, рандомизация; 3 период – монотерапия БРА в течение 4 недель: V2 – визит оценки эффективности и переносимости препарата; 4 период - монотерапия в течение 4 недель: V3 – контроль лечения; 5 период – спец. обследования: V4 - визит исключения из исследования.

Результаты:

Пациенты исходно не различались по значимым антропометрическим и изучаемым параметрам. До лечения в группах ис-

следуемых пациентов наблюдались нарушения АФ ЦВР. После терапии ингибиторами наблюдалось значимое снижение АД на : в 1 гр. -12,6/-9,2; 2гр. -14,1/-10,2 и 3гр. -13,2/-9,2 мм рт.ст $p<0,05/ p<0,05$. Были определены положительные изменения ряда показателей ауторегуляторной фазы см.табл. Сравнительная характеристика параметров ауторегуляторной фазы цереброваскулярной реактивности исходно и после терапии эпросартаном, азилсартаном и валсартаном соответственно: ИВ ЛСК CO2 $0,8\pm0,2$ $0,9\pm0,12$ $0,76\pm0,16$, $0,91\pm0,12^*$, $0,7\pm0,2\&$, $0,95\pm0,12^*\#$; СВ ЛСК CO2, см/с в мин $18,7\pm5,2$, $-19,3\pm4,6$, $18,84\pm5,31$, $26,1\pm4,1^*$, $18,94\pm5,28\&$, $1\pm4,17^*\#$; НОР CO2, ед. $8,6-9,0$, $5,2-9,0^*$, $8,55-9,04$, $4,88-8,03^*$, $8,54-9,05\&$, $6-7,42^*\#$; где примечания: САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД, ЧСС – частота сердечных сокращений, ЛСК – линейная скорость кровотока, КИСотн. - коэффициент изменения скорости относительный, ТСИ - тестовая скорость изменения, ИВ - индекс восстановления, СВ - скорость восстановления, НОР - нормализованный к АД ответ резерва; O2 – гипероксический тест, CO2 – гиперкапнический тест; * - $p<0,05$ при сравнении групп до и после лечения, & - $p>0,05$ при сравнении значений 3-х групп исходно, # - $p>0,05$ при сравнении значений 3-х групп после лечения. Статистически значимая положительная динамика параметров АФ ЦВР наблюдалась при на фоне терапии азилсартаном и валсартаном. Показатель Нормализованного ответа резерва (НОР) изменялся в положительную сторону во всех группах статистически значимо. Обсуждение и выводы: Эффект влияния на ЦВР и ПР объясним общим механизмом действия препаратов: регулируя работу РААС и блокируя активацию рецепторов ангиотензина-II подтипа AT-1, вызывают снижение тонуса стенки артерии, путем уменьшения секреции вазопрессина, выработки и секреции альдостерона, усиления синтеза эндотелий зависимых вазодилатирующих факторов, а вслед за этим активируют адаптирующие процессы реактивности кровотока в целом. Несмотря на то, что к настоящему времени получены результаты доказательных исследований о снижении риска мозговых катастроф на фоне лечения блокаторов рецепторов ангиотензина II. При этом патофизиологические механизмы снижения риска сосудистых катастроф ГМ на фоне лечения БРА, остаются неясными. Возможно, способность препаратов изучаемой группы изменять в положительную сторону параметры фазы восстановления кровотока после нагрузки и параметров ауторегуляции могут объяснять основные механизмы и эффекты влияния БРА на риск развития сосудистых катастроф.

Заключение:

Таким образом, блокаторы рецепторов ангиотензина II наряду с антигипертензивным эффектом способны положительно влиять на восстановительные процессы цереброваскулярной реактивности со значимым эффектом азилсартана и валсартана на ауторегуляторную фазу ЦВР.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ, ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Домбровская Н.С.

ГУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ» АМН Украины, г. Киев, Украина

Введение (цели/ задачи):

В прогрессировании как гипертензивной болезни (ГБ), так и сахарного диабета (СД) 2 типа большое значение имеют процессы ремоделирования миокарда левого желудочка, являю-

щиеся факторами риска сердечно-сосудистых осложнений, ухудшения качества и продолжительности жизни. Цель работы – изучить особенности структурно-функциональных изменений левого желудочка (ЛЖ) при коморбидности ГБ и СД 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 111 участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) йодного периода, облученных в молодом возрасте (18-35 лет). Первую (I) группу составили 66 пациентов с коморбидностью ГБ II ст. и СД 2 типа (средний возраст $(59,69 \pm 1,12)$ лет); вторую (II) – 45 пациентов с ГБ II ст. (средний возраст $(59,88 \pm 0,84)$ лет). Контрольная (III) группа – 30 практически здоровых лиц аналогичного возраста. Эхокардиография в В-, М-режимах и доплеро-кардиография проведены всем пациентам на аппарате Diagnostic Ultrasound System DC № 3 Mindray с измерением общепринятых линейных и объемных параметров и расчетом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по общепринятым формулам.

Результаты:

При сравнительном анализе параметров внутрисердечной гемодинамики у УЛПА на ЧАЭС было выявлено увеличение толщины межжелудочковой перегородки (ТМП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), что имело максимальные значения у пациентов I группы ($1,28 \pm 0,02$) и ($1,25 \pm 0,02$) см. У пациентов II и контрольной групп ТМП составляла соответственно ($1,20 \pm 0,02$) и ($1,18 \pm 0,01$) см, $p > 0,05$; ТЗСЛЖ – ($1,18 \pm 0,02$) и ($1,06 \pm 0,01$) см, $p < 0,05$. У пациентов основных групп возрастание линейных параметров сочеталось с увеличением конечно-диастолического и систолического размеров (КДР, КСР) и приводило к максимальным значениям ММЛЖ. У пациентов I группы ММЛЖ была больше, чем во II группе, но величины, индексированные к площади поверхности тела не различались. Конечно-систолический и диастолический объемы (КДО, КСО) у УЛПА на ЧАЭС были выше, чем в контрольной группе, соответственно ($137,56 \pm 3,68$) мл в I группе, ($135,27 \pm 6,23$) мл во II группе и ($121,07 \pm 4,03$) мл в контрольной группе, $p < 0,05$. В то же время снижение глобальной сократительной функции миокарда [фракция выброса (ФВ)] было максимальным в I группе – ($53,73 \pm 1,32$) %, во II – ($61,24 \pm 1,34$) % и в контрольной группе ($64,72 \pm 0,81$) %, $p < 0,05$. Установлена высокая частота структурно-функционального ремоделирования ЛЖ: в I группе – 77,27 %; во II – 77,78 %; в III – 20,00 % (концентрическое ремоделирование). По частоте различных типов ремоделирования различий между основными группами не установлено: концентрическое ремоделирование регистрировалось в I группе у 9,08 %; во II – 11,11 %; концентрическая гипертрофия соответственно у 60,61 и 57,78 %; эксцентрическая – у 7,58 и 8,89 %. Исходя из того факта, что метаболические параметры способны вносить негативный вклад в течение патологического процесса мы проанализировали параметры структурно-функционального ремоделирования ЛЖ в зависимости от стадии компенсации СД 2 типа [уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c)]. При оптимальном гликемическом контроле (уровень HbA1c < 6,5 %) у 37,84 % пациентов определялась нормальная геометрия ЛЖ и у 17,39 % концентрическое ремоделирование. По мере ухудшения гликемического контроля увеличивалась частота гипертрофии миокарда ЛЖ: при субкомпенсации – у 88,89 % ($p < 0,05$) и при декомпенсации – у 100,0 % ($p < 0,001$). В структуре ремоделирования доминировали дезадаптивные варианты: концентрическая и эксцентрическая гипертрофия.

Заключение:

В УЛПА на ЧАЭС йодного периода выявлялись структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка (увеличение большинства морфометрических показателей и как

следствие этого увеличение ММЛЖ и ее индексов), которые более выражены у пациентов при коморбидности ГБ и СД 2 типа и сопровождалась снижением у них глобальной сократительной функции миокарда. В структуре ремоделирования в УЛПА на ЧАЭС доминировали дезадаптивные варианты: концентрическая и эксцентрическая гипертрофия. Ухудшение гликемического контроля (увеличение уровня HbA1c) сопровождалось увеличением частоты гипертрофии миокарда левого желудочка (преимущественно концентрической).

ФАКТОРЫ РИСКА НОЧНОЙ ГИПОКСЕМИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Миронова Т.Н.¹, Ларина В.Н.¹, Литвин А.Ю.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России, ²ФГБУ «НМИЦ кардиологии»

Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Своевременное выявление факторов, ассоциируемых с нарушениями дыхания во сне, особенно на амбулаторном этапе, поможет предотвратить развитие многих сердечно-сосудистых осложнений. Цель: оценка встречаемости ночной гипоксемии, как фактора отражающего нарушение дыхания во сне.

Материал и методы:

В открытое, сравнительное, одномоментное исследование случайным методом были отобраны 151 пациент (38,4% М и 61,6% Ж) в возрасте от 30 до 70 ($55,5 \pm 11,4$) лет, обратившихся за любой помощью к терапевту поликлиники. Оценивались жалобы, анамнез, проводилось физикальное и лабораторное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ. При наличии остановок дыхания во сне или 3 и более жалоб (храп, остановки дыхания со слов окружающих, дневная сонливость, никтурия, головная боль, неудовлетворенность сном, частые пробуждения) пациенту проводили компьютерную пульсоксиметрию (КП) с целью определения ночной гипоксемии (индекс десатурации > 5 эпизодов/час сна).

Результаты:

КП проведена 85 пациентам, хроническая ночная гипоксемия выявлена у 71,7% (45,9%М/54,1%Ж) пациентов. При нарушении дыхания во сне у 63,9% пациентов имелась сонливость, у 45,9% - беспокойный ночной сон, у 36% - повышенная утомляемость, у 32,7% - храп, у 24,5% - никтурия, у 23,8% - головная боль. Средний и высокий риск ночной гипоксемии зарегистрирован у 60,6% (44,7%Ж/55,3%М) пациентов. АГ имелась у 65,5%, ИБС – у 32,7%, сахарный диабет – у 18%, избыточная масса тела - у 77%, ожирение – у 42,6%, дислипидемия – у 24,5% пациентов с гипоксемией. В группе пациентов без гипоксемии вышеперечисленная патология встречалась в 14,7%; 8,3%; 8,3%; 12,5%; 4,1% случаев, соответственно. Лица с хронической гипоксемией были старше ($57,1 \pm 8,9$ лет) лиц без гипоксемии ($43,2 \pm 10,7$ лет), $p < 0,001$, имели более высокие САД ($133,0 \pm 17,1$ и $124,9 \pm 10,2$, соответственно, $p = 0,034$), индекс массы тела (ИМТ) ($28,8 \pm 5,8$ кг/рост² и $25,3 \pm 4,6$ кг/рост², $p = 0,009$), окружность талии (ОТ) ($100,2 \pm 14,1$ см и $81,9 \pm 12,9$ см, $p < 0,001$), уровень холестерина ($5,4 \pm 1,0$ ммоль/л и $5,1 \pm 1,0$ ммоль/л, $p = 0,025$). Средний балл по модифицированному опроснику Страдлинга в группе с гипоксемией составил $3,5 \pm 1,8$, без гипоксемии – $1,8 \pm 1,6$ баллов, $p < 0,001$. Размер левого предсердия в группе с и без гипоксемии составил $3,2 \pm 1,0$ см и $3,0 \pm 1,0$ см ($p = 0,002$); толщина задней стенки ЛЖ – $1,03 \pm 1,1$ см и $0,99 \pm 0,1$ см ($p < 0,001$), соответственно. Согласно однофакторному анализу получена ассоциация ночной гипоксемии с мужским полом (ОШ=4,6; 95% ДИ 1,42-14,8; $p = 0,011$), возрастом (ОШ=1,13; 95% ДИ 1,05-1,21; $p < 0,001$); ОТ (ОШ=1,11;

95% ДИ 1,04-1,17; $p=0,001$); уровнем глюкозы (ОШ=17,8; 95% ДИ 4,48-70,40; $p<0,001$) и HbA1 (ОШ=10,9; 95% ДИ 2,84-41,90; $p=0,001$), результатами модифицированного опросника Страдлинга (ОШ=2,03; 95% ДИ 1,27-3,27; $p<0,001$), АГ (ОШ=8,3; 95% ДИ 2,45-27,9; $p=0,001$) и храпом (ОШ=5,06; 95% ДИ 1,83-14,10; $p=0,002$). В свою очередь храп (ОШ=7,58; 95% ДИ 2,60-22,0; $p<0,001$) и остановки дыхания во сне (ОШ=8,0; 95% ДИ 2,14-29,95; $p=0,022$) оказались независимыми фактором риска АГ.

Заключение:

Хроническая ночная гипоксемия выявлена у 71,7% лиц с терапевтической патологией. Модифицированный опросник Страдлинга и храп могут рассматриваться в качестве инструмента выявления лиц с нарушениями дыхания во сне, а старший возраст, мужской пол, абдоминальное ожирение и гипергликемия на фоне АГ – в качестве факторов риска развития данного состояния. В связи с тем, что храп тесно ассоциируется с АГ, простота его раннего выявления в качестве акустического феномена и своевременное лечение поможет снизить сердечно-сосудистый риск.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ

Мулерова Т.А.¹, Максимов С.А.¹, Огарков М.Ю.²

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, ²НГИУВ – филиал ФГБОУ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить сочетанное влияние факторов сердечно-сосудистого риска и генетических маркеров, кодирующих белки основных компонентов нейрофизиологических систем (ренин-ангиотензин-альдостереновой, симпатикоадреноловой, эндотелиальной) на развитие артериальной гипертензии (АГ) у коренного и некоренного населения Горной Шории.

Материал и методы:

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование компактно проживающего населения в труднодоступных районах Горной Шории (п. Ортон, п. Усть-Кабырза) и поселке городского типа (п. Шерегеш). Выборка составила 1409 человек в возрасте от 18 лет и старше [901 человек – представители коренной национальности (шорцы), 508 человек – представители некоренной национальности (90% из них европеоиды)]. Диагноз АГ выставлялся в соответствии с рекомендациями ВНОК (2010 г.). Лабораторное исследование включало определение уровня глюкозы натощак и показателей липидограммы (сывороточного уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП)). Ожирение определяли при индексе массы тела (индекс Кетле (ИК)) 30,0 кг/м² и более. Критериями абдоминального ожирения считали окружность талии (ОТ) выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин. Выделение ДНК из крови проводилась методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм генов ACE (I/D, rs 4340), AGT (c.803T>C, rs699), AGTR1 (A1166C, rs5186), ADRB1 (c.145A>G, Ser49Gly, rs1801252), ADRA2B (I/D, rs 28365031), MTHFR (c.677C>T, Ala222Val, rs1801133) и NOS3 (VNTR, 4b/4a) тестировали с помощью ПЦР. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Результаты:

В когорте шорцев АГ ассоциировалась с гиперхолестеринемией

(ГХС) [ОШ 1,54; 95% ДИ (1,05-2,26)]; гипербетакостеринемией [ОШ 1,48; 95% ДИ (1,00-2,19)]; различными нарушениями углеводного обмена [ОШ 1,53; 95% ДИ (1,01-2,30)]; ожирением [ОШ 2,25; 95% ДИ (1,49-3,39)]; абдоминальным ожирением [ОШ 1,53; 95% ДИ (1,06-2,22)]; минорным генотипом D/D гена ACE [ОШ 4,39; 95% ДИ (1,78-10,83), $p=0,003$] и генотипом C/C гена AGTR1 [ОШ 10,02; 95% ДИ (1,08-93,36), $p=0,017$]. Гетерозиготное носительство C/T для обследованных с нарушениями липидного обмена и ожирением по абдоминальному типу повышало отношение шансов развития АГ в 3 раза [ОШ 3,15; 95% ДИ (1,02-9,71), $p=0,027$] и [ОШ 2,60; 95% ДИ (1,26-5,39), $p=0,009$], соответственно. В когорте некоренных представителей установлены ассоциации АГ с ГХС [ОШ 1,87; 95% ДИ (1,07-3,27)]; гипертриглицеридемией [ОШ 1,87; 95% ДИ (1,17-3,00)]; ожирением [ОШ 2,75; 95% ДИ (1,75-4,33)]; абдоминальным ожирением [ОШ 2,73; 95% ДИ (1,71-4,36)]; минорным генотипом C/C гена AGTR1 [ОШ 26,77; 95% ДИ (2,14-334,52), $p=0,001$]. С помощью деревьев классификации построены несколько моделей зависимости АГ от исследуемых негенетических факторов риска и генетических маркеров. В когорте шорцев наиболее оптимальная модель по соотношению чувствительности и специфичности включала в себя факторы «возраст» и «генотип D/D гена ACE»; у некоренного этноса – «возраст» и «наличие ГХС». При данных условиях для каждой этнической когорты были построены модели – ранги значимости в развитии АГ всех статистически значимых факторов риска. В группе шорцев максимальный ранг значимости отмечался для «возраста» – 100 условных баллов (у.б.). Высокий ранг (60-100 у.б.) характерен для фактора «генотип D/D гена ACE» – 61 у.б., средний ранг (от 30 до 60 у.б.), по снижению значимости, для факторов «генотип C/T гена MTHFR» – 40 у.б. и «абдоминальное ожирение» – 39 у.б. В группе некоренных представителей максимальный ранг значимости также отмечался для «возраста» – 100 у.б., средний ранг (от 30 до 60 у.б.), по снижению значимости, факторы «гиперхолестеринемия» – 51 у.б., «ожирение» – 40 у.б. и «абдоминальное ожирение» – 31 у.б.

Заключение:

Оценка комплексного влияния клинических и генетических факторов на развитие АГ у населения Горной Шории продемонстрировала их сопоставимую значимость среди коренного населения и преимущественную значимость негенетических факторов среди некоренного населения.

ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Яхонтов Д.А.¹, Хидирова Л.Д.¹,
Зенин С.А.¹, Лукинов В.Л.²

¹Новосибирский государственный медицинский университет, ²Институт вычислительной математики и математической геофизики СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности течения фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертонией (АГ) и некоронарогенными заболеваниями.

Материал и методы:

Обследовано 367 пациентов 35-65 лет, в том числе с сахарным диабетом (СД; $n=59$), ХОБЛ ($n=47$), диффузным токсическим зобом (ДТЗ; $n=42$); гипотиреозом (ГТ; $n=69$) и абдоминальным ожирением (АО; $n=64$). Группу сравнения составили 86 больных АГ и ФП

без сопутствующих заболеваний. Проводилась проверка числовых данных на согласие с законом нормального распределения по критерию Шапиро-Уилка. Показатели представлены в виде медиана [первый квартиль; третий квартиль] для непрерывных числовых данных, процентах [нижняя граница 95% ДИ; верхняя граница 95%ДИ] для бинарных данных с вычислением границ по формуле Вильсона, процента категорий для категориальных данных. Для сравнения непрерывных данных использовался U-критерий Манна-Уитни с построением 95% доверительного интервала для смещения, для учета эффекта множественных попарных сравнений применялась поправка Бенжамини-Хохберга. Сравнение бинарных и категориальных показателей проводилось точным двусторонним критерием Фишера. Проверка статистических гипотез проводилась при критическом уровне значимости $p = 0.05$.

Результаты:

Расчет и сравнение числовых показателей между группами АГ+ФП+ХОБЛ и контроля показал статистически значимое увеличение сывороточного К⁺ - 4,8 ммоль/л ($p < 0.001$), креатинина - 112 ммоль/л ($p = 0.045$), мочевой кислоты -366,1 ($p = 0.048$), галлектина - 3- 36,05 нг/мл ($p < 0.001$) и снижение СКФ-57,9 мл/мин ($p = 0.004$), ИММЛЖ-100,3 г/м² ($p < 0.001$) В группе АГ+ФП+ГТ в сравнении с контролем обнаружены более высокие показатели ЛПНП - 3,05 ммоль/л ($p = 0.018$), ТГ -3,44($p < 0.001$), глюкозы - 5.89 ($p = 0.003$), К⁺- 5,4 ммоль/л ($p < 0.001$), мочевины - 5.7 ммоль/л ($p = 0.012$), креатинина - 112 ммоль/л ($p = 0.017$), ОХС - 5,02 ммоль/л ($p = 0.048$), мочевой кислоты - 366,7 ($p = 0.02$), галлектина-3- 16,85 нг/мл ($p = 0.009$), ИММЛЖ - 139 г/м² ($p < 0.001$), САД-154 мм рт.ст. ($p = 0.003$), ДАД - 83 мм рт.ст. и более низкие показатели СКФ - 57,9 мл/мин ($p < 0.001$). Группа АГ+ФП+ТТЗ отличалась более высокими показателями мочевины - 5,9 ммоль/л ($p = 0.031$), креатинина - 112 ммоль/л ($p = 0.023$), ИММЛЖ-143 г/м² ($p < 0.001$), низкими значениями ОХС - 4,4 ммоль/л ($p < 0.001$), ЛПНП - 2,4 ммоль/л ($p = 0.018$); более ранними рецидивами ФП после восстановления ритма - 8 мес. ($p < 0.001$). В группе АГ+ФП+СД были более высокие по сравнению с контролем значения возраста - 57 [52; 63] лет ($p < 0.001$), К⁺ - 4,5 ммоль/л ($p < 0.001$), мочевины 6,2 ммоль/л ($p = 0.009$), креатинина 112,7 ($p = 0.004$), галлектин-3 - 59,3 нг/мл ($p < 0.001$); ИММЛЖ - 143 г/м² ($p < 0.001$), более частые рецидивы ФП - 7 мес ($p = 0.041$). Группа АГ+ФП+АО статистически значимо отличалась: ТГ - 1,4 ммоль/л ($p < 0.001$), К⁺ - 4,2 ммоль/л ($p = 0.003$); мочевины - 6,4 ммоль/л ($p = 0.035$), НУП - 86,6 пг/мл ($p < 0.001$), галлектина -3 - 14,05 нг/мл ($p = 0.002$), ИММЛЖ -148 г/м² ($p < 0.001$) были выше чем в группе контроля.

Заключение:

Таким образом, у больных АГ в сочетании с фибрилляцией предсердий присоединение некоронарогенной патологии влияет на течение заболевания, выраженность биохимических, гемодинамических и функциональных сдвигов, возможности инструментального восстановления синусового ритма.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чепурненко С.А.¹, Ляшенко С.А.², Шавкута Г.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ²ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,

Введение (цели/ задачи):

Исследование кардиогемодинамических параметров у пациентов с пароксизмальной (ПАР) и постоянной (ПОСТ) формой фибрилляции предсердий (ФП), страдающих артериальной ги-

пертензией (АГ) без других сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе.

Материал и методы:

В 1-ю группу вошли 40 мужчин (М) с ПАРФП, во 2-ю группу - 27 М с ПОСТФП. В 3-ю группу вошли 45 женщин (Ж) с ПАРФП, в 4-ю группу 16 Ж с ПОСТФП. По возрасту группы достоверно не отличались. Средний возраст М 1-й группы составил 58,92±6,92 лет, 2-й группы - 61,37±7,45 лет. Средний возраст Ж 3-й группы - 63,46±6,93 лет, 4-й группы - 61,86±6,40 лет. Всем больным выполнялся расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение объема талии (ОТ) и объема бедер (ОБ), а так же инструментальные методы диагностики: эхокардиоскопия по стандартной методике (ЭХОКС), электрокардиография в 12 стандартных отведениях. Пациенты, имеющие какое-либо из сердечно-сосудистых событий в анамнезе (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, верифицированную стенокардию, аорто-коронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство, стентирование коронарных артерий и т.д.) в исследование не включались. Пациенты, имеющие эхокардиоскопические признаки дилатации левого желудочка (конечный диастолический размер 60 мм и выше) в работу не вошли.

Результаты:

Длительность АГ у мужчин с ПАРФП составила 8,55±6,41 лет, у мужчин с ПОСТФП 10,22±5,38 лет. Длительность АГ у женщин с ПАРФП - 14,18±6,44 лет, у Ж с ПОСТФП- 15,87±7,56 лет. Давность ФП у мужчин с ПАРФП составила 2,77±1,54 лет, с ПОСТФП - 6±1,42 лет. У женщин длительность ФП при ПАРФП составила 2,68±0,44 лет, при ПОСТФП -9,38±2,48 лет. Таким образом, ФП у мужчин развивалась при меньшем стаже АГ и скорее переходила в постоянную форму, чем у женщин. По индексу массы тела (ИМТ) М с ПАРФП и ПОСТФП достоверно не отличались между собой (1-я группа 29,48±5,43 кг/м², 2-я группа- 29,44±6,04 кг/м²). Средний ИМТ у женщин превышал нормальные показатели и составил в 3-й группе 32,99±6,63 кг/м², в 4-й группе - 34,02±7,36 кг/м². У М с ПОСТ и ПАРФП пациенты с ожирением составили 34,28% и 40% соответственно У женщин с ПАРФП различные степени ожирения встречались в 58,53% случаев (в 1,7 раза чаще, чему М с ПАРФП ($p < 0,05$)). У Ж с ПОСТ ФП ожирение выявлено в 63,63% случаев, что встречалось в 1,59 раза чаще, чем у М с ПОСТФП ($p < 0,05$). Ожирение по данным литературы является дополнительным фактором риска ФП. Вероятно, в исследуемой группе женщин ожирение внесло свой вклад в развитие и прогрессирование ФП. Согласно рекомендациям ESH/ESC 2013г. индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 115г/м² является критерием бессимптомного поражения миокарда у мужчин с АГ. ИММЛЖ превышал рекомендуемые показатели на 29,7% в группе М с ПАРФП и на 29,8% с ПОСТФП ($p < 0,05$). По рекомендациям ESH/ESC 2013г. критерием бессимптомного поражения миокарда у женщин с АГ является ИММЛЖ более 95г/м². У Ж с ПАРФП ИМТ превышал рекомендуемые показатели на 51,62%, у Ж с ПОСТ ФП на 46%. При анализе частоты встречаемости бессимптомного поражения миокарда получены следующие данные. ИММЛЖ превышал нормальные значения у 89,47% М с ПАРФП и у 84% М с ПОСТ ФП. У Ж с ПАР и ПОСТФП ИММЛЖ был выше показателей, рекомендуемых ESH/ESC 2013г. на 92,5% и 90,9% соответственно. Таким образом, у Ж бессимптомное поражение миокарда встречалось чаще, чем у М на 6,03% при ПАРФП и на 6,9% при ПОСТФП ($p < 0,05$). Размеры левого предсердия (ЛП) у пациентов с ПОСТ ФП превышали значения у пациентов с ПАРФП на 11,72% у М и на 9,76% у Ж ($p < 0,05$). При этом дилатация ЛП (40 мм и выше) выявлена у 57,5% М с

ПАРФП и в 100% случаев у М с ПОСТФП. Таким образом, у М с ПОСТ ФП дилатация ЛП встречалась в 1,74 раза чаще, чем у М с ПАРФП ($p < 0,05$). У женщин дилатация ЛП выявлена в 48,89% при ПАРФП и 68,75% при ПОСТФП. У Ж с ПОСТФП она встречалась в 1,41 раза чаще, чем при ПАРФП ($p < 0,05$).

Заключение:

1. Фибрилляция предсердий у мужчин развивалась при меньшем стаже АГ и скорее переходила в постоянную форму, чем у женщин. 2. Различные степени ожирения встречались у женщин чаще, чем у мужчин в 1,7 раза при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий и в 1,59 раза при постоянной форме фибрилляции предсердий ($p < 0,05$). 3. У женщин бессимптомное поражение миокарда встречалось чаще, чем у мужчин как при постоянной, так и при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий. 4. Развитие фибрилляции предсердий у женщин ассоциировалось с более выраженной гипертрофией левого желудочка.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИИ

Туков А.Р., Зияйтинов М.Н., Прохорова О.Н.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна
ФМБА России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в том числе и России. Артериальная гипертония является одним из основных факторов риска (ФР), определяющих прогноз заболеваемости и смертности населения России от ССЗ. Частота АГ значительно варьируется среди населения разных стран и отдельных регионов и анализируемых контингентов. Согласно прогнозу ВОЗ, с течением времени влияние АГ на здоровье населения будет только возрастать. Проведённое исследование в ранний период наблюдения после аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) позволяет констатировать постоянный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения до 1991 г. у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, мужчин, работников предприятий атомной промышленности России. Цель работы – оценка заболеваемости гипертонической болезнью ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, работников предприятий и организаций Госкорпорации «Росатом» за период 1988 – 2014 гг.

Материал и методы:

В работе использована информационная база Отраслевого регистра лиц (далее регистр), подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС (ОРЧ). Исследование охватывает период с 1988 по 2014 гг. Численность ликвидаторов в регистре составляет 17 579 человек (мужчин – 14 892, женщин – 2687). Соотношение мужчин и женщин за это время практически не изменилось. Большую часть регистра составляют мужчины – в 1988 г. они составляли 84,7% ликвидаторов, женщины – 15,3%. Средний возраст мужчин – ликвидаторов на момент посещения 30-километровой зоны составлял 36,1 г., женщин – 38,8 г. К 2014 г. произошло постарение контингента, средний возраст мужчин – 62,5 г., женщин – 63,1 г. За 1988-2014 гг. в регистре накоплено 389912 человек-наблюдений. Для повышения достоверности результатов, исследование проводилось по трёхлетним циклам.

Результаты:

В ходе проведения исследования установлен уровень заболева-

емости гипертонической болезнью (I10-I15,9) у ликвидаторов за весь период наблюдения, который составил $11,9 \pm 0,2$ на 1000 человек (таблица 2.2). При этом уровень заболеваемости ликвидаторов мужчин ($12,1 \pm 0,2$) был несколько выше уровня заболеваемости ликвидаторов женщин ($10,4 \pm 0,4$). Заболеваемость ликвидаторов гипертонической болезнью постепенно возрастает от момента начала исследования – $5,3 \pm 0,3$ (1988-1990 гг.), достигает своего максимума в цикле исследования 2006-2008 гг. – $17,9 \pm 0,7$, далее заболеваемость постепенно снижается в цикле исследования 2009-2011 гг. – $16,4 \pm 0,7$ и резко снижается в цикле исследования 2012-2014 гг. до уровня $10,8 \pm 0,6$ на 1000 человек. Динамика заболеваемости гипертонической болезнью ликвидаторов мужчин и женщин, характеризуется её ростом ко второму циклу исследования, последующим снижением заболеваемости на третьем цикле исследования и постепенным ростом заболеваемости вплоть до 6-7 циклов исследования, когда достигаются максимальные уровни в заболеваемости. В дальнейших циклах исследования, во всех возрастных группах отмечается снижение уровня заболеваемости. Подобная ситуация является особенностью «закрытой», то есть не пополняемой когорты, когда основное число диагнозов выявлены до конца трудоспособного возраста.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования показали, что уровень заболеваемости гипертонической болезнью ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС во многом определяют биологические факторы – пол, возраст. Снижение заболеваемости гипертонической болезнью ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС после трудоспособного возраста является особенностью «закрытой» когорты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Агзамова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и АГ, является организация системы обучения больных, которое может проводиться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. Так как, от 50 до 80% больных отказываются от лечения или прерывают его, не закончив курса, что существенно снижает эффективность терапии. Цель исследования. Оценка эффективности образовательной программы для женщин с артериальной гипертензией (АГ) в период постменопаузы в амбулаторно-поликлинических условиях

Материал и методы:

В основу исследования положены данные обследования 50 женщин страдающих АГ в период постменопаузы в течение годовичного наблюдения. Средний возраст женщин составил $52,5 \pm 0,9$ лет. Длительность заболеванием АГ в среднем составила $7,9 \pm 0,8$ лет. Женщины с АГ I степени было 24 (48%), с АГ II степени – 26 (52%). В предложенной технологии обучения в школе «Женская душа» учитывался образовательный уровень женщин в постменопаузе. Для этого до и после обучения пациентки заполняли специально разработанные опросники. Нами были проведены 10 занятий по 90-120 мин с 15-20-минутным перерывом 1 раз в неделю в условиях поликлиники. Для оценки эффективности образовательной программы – школы «Жен-

ская душа» были сформированы 2 группы сравнения: в основную группу вошли 25 женщин, прошедшие обучение в школе «Женская душа». Группу сравнения составили остальные 25 женщин, которые не посещали школу.

Результаты:

Результаты опроса показали, что женщины с АГ в обеих группах хорошо осведомлены о таких своих показателях здоровья, как рост и масса тела (МТ). Осведомленность о показателях уровня глюкозы и общий холестерин (ОХС) крови была низкой: свой уровень гликемии знали 33,0%, а уровень ОХС – только 17,0% опрошенных. Только 24,6% опрошенных назвали избыточную МТ среди ФР АГ. Об отрицательном влиянии избыточного потребления соли на развитие АГ знали 10,8% пациенток. О регулярности и длительности приема гипотензивных препаратов (ГП), в основной группе до обучения постоянно принимали лекарственные средства (ЛС) 12% пациентов, от случая к случаю – 72,0%, курсами – 16%. В группе сравнения постоянно принимали гипотензивные препараты 3 (12%), от случая к случаю – 17 (68%), курсами – 5 (20,0%). После обучения количество пациенток, постоянно принимающих ГП в основной группе, достоверно возросло до 92%, а принимающих их от случая к случаю при чрезмерном повышении артериального давления (АД) снизилось до 8% ($p < 0,001$). Обучение в школе «Женская душа» достоверно повлияло на клинические исходы у пациенток основной группы. Стабилизация общего состояния (отсутствие обострений) отмечалась в 96% (24) случаев, достижение целевых уровней АД – в 84% (21), повторные гипертонические кризы – только в 4,0% (1), преимущественно при АГ II степени ($p < 0,001$). В группе сравнения 56% (14), 24% (6), 32% (8), соответственно. Постоянный самостоятельный контроль АД в основной группе до обучения составлял 56%, а после увеличился до 96%. В группе сравнения исходные данные постоянного самоконтроля АД составляли 48% при повторном опросе – 52%.

Заключение:

Обучение в школе «Женская душа» была эффективной в стабилизации общего состояния на 1,7 ($RR=1,7$), в проведении самостоятельного контроля АД на 1,8 ($RR=1,8$), в достижении целевых уровней АД на 3,5 ($RR=3,5$), в профилактике повторных гипертонических кризов на 8,0 ($RR=8,0$) раза. Таким образом, создание и организация образовательной программы в виде школы «Женская душа» в условиях поликлиники оказала существенное положительное влияние на изменение поведения женщин с АГ в период постменопаузы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ломакина Н.А., Котовщикова Е.Ф.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь физической реабилитации с функцией правого желудочка сердца больных артериальной гипертензией (АГ) с симптомами хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого возраста.

Материал и методы:

Обследовано 112 пациентов пожилого возраста с АГ и ХСН (средний возраст – $76,78 \pm 1,28$ г.), из них – 83 мужчины и 29 женщин, находящиеся на стационарном лечении в Краевом госпитале ветеранов войн. У всех больных диагностирована АГ

II и III стадии высокого и очень высокого риска из-за наличия ассоциированных клинических состояний. ИСАГ была у 18,8% больных, АГ 1-й степени у 28,6%, АГ 2-й степени – у 11,6%, АГ 3-й степени – у 25%, пациенты с АГ, достигшие целевого уровня АД (на фоне амбулаторной антигипертензивной терапии) при поступлении в стационар – 16,1%. Диастолическая ХСН, с сохраненной ФВ ЛЖ ($>45\%$) наблюдалась у 86,3% пациентов, со сниженной ФВ ЛЖ ($<45\%$) – у 11,4% исследуемых лиц. Систоллическая ХСН была диагностирована у 2,3% пациентов. ХСН I ФК выявлена у 26,8% больных, II – у 52,7%, III ФК – у 20,5%. Больные были рандомизированы на 2 группы: основная – 72 пациента, которым проводился курс велотренировок (ВТ) по методу свободного выбора нагрузки (СВН), в сочетании с базисной медикаментозной терапией (МТ), и группа сравнения – 40 больных, получавших только МТ. Курс ВТ проводился со 2-3 дня после госпитализации и составил 15-20 занятий. Для оценки внутрисердечной гемодинамики использовали эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ).

Результаты:

Анализ исходных ЭхоКГ-данных показал, что структурно-функциональные изменения сердца у лиц пожилого возраста с АГ и ХСН характеризовались дилатацией ПЖ, гипертрофией ЛЖ. Сократительная функция обоих желудочков снижена, в большей степени в ПЖ. У всех больных отмечалась диастолическая дисфункция (ДДФ), которая была более выражена в ПЖ, сопровождалась легочной гипертензией. Оценка параметров структуры и функции сердца зависимости от степени АГ показала, что у больных АГ, достигших целевого уровня АД, наблюдалась наименьшая дилатация правого и левого желудочков с формированием ДДФ и начальным развитием легочной гипертензии, при сохраненной систолической функции желудочков. Увеличение конечно – систолического и диастолического объемов ЛЖ нарастало с повышением степени АГ. У всех исследуемых пациентов определялась гипертрофия ЛЖ. У больных с АГ 2 степени отмечалось снижение систолической функции ЛЖ. У пациентов с АГ 3 степени кроме дилатации желудочков наблюдалось значительное увеличение размеров предсердий, снижение сократительной функции обоих желудочков и нарастание легочной гипертензии ($p < 0,05$). МТ улучшает геометрию ПЖ без значительного увеличения его сократительной способности и улучшения диастолического наполнения. В случае присоединения систолодиастолической дисфункции ЛЖ МТ позволяет достичь ее уменьшения. При существенном ухудшении геометрии и функции правых и левых отделов сердца применение МТ обеспечивает улучшение геометрии в основном ЛЖ. В группе тренирующихся больных отмечалось улучшение конфигурации как правых, так и левых отделов сердца, что сопровождалось увеличением фракционных показателей и УО ЛЖ, на фоне снижения объемов ЛЖ, что обеспечило значимое уменьшение ДДФ, легочной гипертензии. На фоне ВТ установлено значительное возрастание мощности выполняемой нагрузки (более чем на 50 % от исходного значения) больными основной группы по результатам велоэргометрического исследования ($p < 0,001$). Отмечена прямая связь между фракционным изменением площади ПЖ (ФИП) и показателями физической работоспособности, в частности – пороговая мощность (ПМ) ($p = 0,002$), что сопровождалось с позитивной динамикой клинического состояния пациентов.

Заключение:

Использование в комплексном лечении ВТ у больных АГ и ХСН пожилого возраста улучшает структурно-функциональное состояние обоих желудочков. Наличие корреляционных (ФИП/ПМ) связей подтверждает зависимость повышения физической работоспособности от улучшения функции ПЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C9

Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава
России, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность антигипертензивной терапии при использовании фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и ожирением в зависимости от полиморфизма гена CYP2C9.

Материал и методы:

Обследовано 70 больных неконтролируемой АГ 1-2 степени и ожирением, которым была назначена получавших фиксированная комбинация периндоприла и амлодипина (Дальнева, KRKA, Словения) в дозах 4-8/5-10 мг/сутки. У всех пациентов до и через 8 недель приема препаратов определяли офисное артериальное давление (АД) в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертонии (ESH/ESC,2013; РМОАГ,2015). При недостаточной антигипертензивной эффективности лечения через 4 недели осуществлялась коррекция, заключающаяся в увеличении дозы использовавшихся препаратов. Через 8 недель оценивалась динамика исходных показателей и определялась эффективность терапии, о которой судили по частоте достижения больными целевого уровня АД (<140/90 мм рт. ст.). Всем обследованным лицам осуществляли забор венозной крови с последующим выделением ДНК и амплификацией в режиме реального времени полиморфных вариантов гена CYP2C9. Критерием улучшения самочувствия пациентов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) считали прирост показателя на 10 % и более от начального. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с использованием компьютерной программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты:

Анализ результатов исследования показал следующее распределение полиморфизмов исследуемого гена среди обследованных лиц: CYP2C9 *1/*1 - у 70%, CYP2C9 *1/*2 - у 18,6%, CYP2C9 *1/*3 - у 11,4%, вариантов CYP2C9*2/*3, CYP2C9*2/*2, CYP2C9*3/*3 - выявлено не было. Согласно полученным данным, нами не было установлено достоверных различий в частоте достижения целевого уровня АД пациентами с различными полиморфизмами гена CYP2C9. Так при *1/*1 целевой уровень АД был достигнут у 57,1%, в то время как при *1/*2 и *1/*3 у 53,8% и 62,5% соответственно. Кроме того, достижение целевого уровня АД сопровождалось повышением самооценки здоровья у пациентов, что проявлялось у большинства больных приростом показателя по ВАШ более, чем на 10%. В частности, у лиц с полиморфизмом *1/*1 улучшение наблюдалось в 65,3% случаев, а у *1/*2 и *1/*3 в 61,5% и 66,7% соответственно.

Заключение:

Таким образом, полученные нами в ходе исследования результаты свидетельствуют, об отсутствии зависимости эффективности комбинированной терапии периндоприлом и амлодипином от полиморфизма гена CYP2C9. Вероятно, это связано с отсутствием влияния на метаболизм периндоприла фермента CYP2C9, кодируемого одноименным геном, который, как известно, может определять особенности фармакокинетики и эффективность ряда лекарственных средств. Очевидно, именно с этим может быть связана относительно небольшая частота достижения целевого уровня АД у обследованных пациентов, что,

разумеется, требует дальнейшего изучения. С другой стороны, это может свидетельствовать о влиянии других факторов, определяющих эффективность исследованных комбинаций.

ЭФФЕКТЫ СРОЧНОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РЕАКЦИЙ В ОТВЕТ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ТРЕНИРОВОК

Берсенев Е.Ю.¹, Ружичко И.А.¹,
Суворов А.В.¹, Гуров А.А.²
¹ГНЦ РФ – ИМБП РАН, г. Москва,
²ГК «Инферум», г. Екатеринбург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Известно, что гипертензивная реакция является одним из факторов, лимитирующих работоспособность. Вместе с тем, тренировка выносливости часто сопровождается гипотонической реакцией, тогда как силовые тренировки провоцируют рост АД. Известны факты, что при отказе от привычной тренировочной нагрузки, многие спортсмены страдают артериальной гипертензией. Толерантность к физическим нагрузкам без существенного подъема АД можно повысить с помощью различных комплексных подходов и методик, позволяющих на короткое или длительное время обеспечить более высокие показатели работоспособности. Целью данного исследования являлось изучение выраженности «прессорного» рефлекса при однократной чрескожной электронейростимуляции (ЧЭНС) корректором артериального давления «ABP-051» зоны МС-6 (ГК «Инферум», Россия) и влияние 3-х разового дыхания искусственными газовыми смесями в течение месяца на фоне проводимого специального тренировочного сбора и оценка его эффективности.

Материал и методы:

Для проведения исследований была выбрана однородная группа здоровых молодых мужчин, активно занимающихся единоборствами, в количестве 7 человек в возрасте 21-36 лет (27.5±1.1 лет, рост 176.3±1.2 см, масса тела 76.4±1.3 кг). Данное исследование было выполнено в рамках комплексного обследования добровольцев во время тренировочного сбора. Все дали письменное согласие на участие в Программе, одобренной комиссией по биоэтике ГНЦ РФ – ИМБП РАН.

При оценке эффектов краткосрочного влияния электронейростимуляции применялись последовательные нагрузочные тесты со стандартизированной статической (изометрической) нагрузкой и проба Руфье.

Для анализа функционального состояния спортсменов в процессе и последствии комплексной тренировки проведено 4 измерения с использованием аппаратуры и методики велоэргоспирометрии. Исследования проводили в фоновом периоде, на 2 и 4 неделях тренировочного сбора и отсроченные - после 8-ми недельного периода без интенсивных физических тренировок. Данные АД регистрировали с помощью прикроватного монитора «Dinamar ProCare 300», (GE MSIT, Германия). Оценку внешнего дыхания и кардиореспираторной системы испытуемых проводили с помощью теста с дозированной физической нагрузкой субмаксимальной мощности (Комплекс Oхусон Pro, VIASYS, Германия и велоэргометр Ergoselect 200P, Ergoline GmbH, Германия). Статистическую обработку полученных проводили с помощью программ Statistica10, в качестве хранилища данных и средства построения диаграмм использовали программу Microsoft Excel 2016 и статистический пакет GraphPad Prism 6.0.

Результаты:

При выполнении статической нагрузки показатели систолического АД (САД) после проведения ЧЭНС имели тенденцию к

снижению на 1-й минуте теста (САД (St-) 137,4±3,9 мм рт.ст. сравн. САД (St+) 132,8±3,4 мм рт.ст. и на 2-й минуте (САД (St-) 147,1±5,7 мм рт.ст. сравн. САД (St+) 143,6±2,7 мм рт.ст. Эффект ЧЭНС в большей степени выявляется при разделении спортсменов по исходному вегетативному тону на лиц с преимущественным парасимпатическим и нормотоническим типом вегетативной регуляции. При проведении пробы Руфье после сеанса ЧЭНС показатели физиологического ответа в обеих группах становятся сопоставимыми.

Сочетанное применение интенсивных физических тренировок и дыхания искусственными газовыми смесями во время месячного тренировочного сбора позволило в большей степени, чем каждый из компонентов, применяемых ранее отдельно, повысить физическую работоспособность и физические возможности к выполнению любой профессиональной деятельности, требующей скоростных и силовых качеств, а также выносливости. При последовательных измерениях в течение тренировочного цикла наблюдался общий тренд к уменьшению как САД, так и диастолического АД. Через 8 недель после тренировочного сбора САД достоверно снизилось на 11% и составило в среднем 99 мм рт.ст. по сравнению с предыдущим тестом, проведенным после окончания тренировочного периода (111 мм рт.ст.) (ANOVA, $p=0,039$). При этом, диастолическое АД после 8-ми недель периода без интенсивных тренировок достоверно снизилось на 18% до 63 мм рт.ст. по сравнению с фоновыми 77 мм рт.ст. (ANOVA, $p=0,005$).

Заключение:

1. Однократная ЧЭНС способствует менее выраженному подъему САД, что, возможно, оказало влияние на прирост физической работоспособности. Вероятным эффектом электростимуляции явилась опосредованная активация опиатных рецепторов, которая обеспечивает пресинаптическое ингибирование нейротрансмиссии в центральных и периферических структурах, что преимущественно проявляется у лиц с нормотоническим типом вегетативной регуляции. Применение электронейростимуляции, как метода повышения толерантности к физическим нагрузкам, может быть рекомендовано для спортсменов с гипертензивной реакцией.
2. В течение 2-х месяцев после окончания тренировочного сбора сохранялись тренирующие эффекты, что отразилось на целом ряде параметров, характеризующих кардиореспираторную систему, в частности, САД и ДАД, в восстановительный период имели более низкие значения.
3. Апробированная в ходе тренировочного сбора методика физических тренировок, сочетающаяся с применением сеансов дыхания искусственными газовыми смесями, в частности, гипоксическо-гипероксическими, может быть рекомендована к дальнейшему применению у спортсменов, занимающимися различными видами спорта для повышения их общей физической работоспособности.

ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви Б.А., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Закирова У.Б., Назирова М.Х.
РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической

обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА) осложненной легочной гипертензией (ЛГ), и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материалы и методы:

Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. >25 мм.рт.ст.).

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапии (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. (1985). Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СmNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

Результаты:

До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СmNO. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой группой подобная гиперпродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза СmNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раз ($p<0,05$). При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 7,3 %, так и во 2-й группе на 8,8% и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ($p<0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Выводы:

У больных БА осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией. Амлодипин корректирует показатели СmNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Закирова У.Б., Назирова М.Х.
РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у

больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материалы и методы:

Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1- 16 больных БА с легочной гипертензией, 2- 12 больных ХОБЛ с дилатацией правого желудочка сердца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и озонотерапию. Функциональное состояние периферической изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма - индекс напряжения. Эндотелий зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

Результаты:

При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей моды $0,70 \pm 0,02$, увеличения показателей амплитуда моды $36,1 \pm 0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Проведенное КИГ исследование у больных БА осложненной легочным сердцем в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояние периферической вегетативной нервной системы, установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелий зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2 % и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ($p < 0,05$).

Заключение:

В основе возникновения и развития БА осложненной легочным сердцем лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА осложненной легочным приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Аляви А.Л.¹, Убайдуллаев А.М.², Рахимова Д.А.¹, Закирова У.Б.¹, Назирова М.Х.¹

¹РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЗ РУз, ²ТашИУВ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хрониче-

ской обструктивной болезнью легких, осложненной хроническим легочным сердцем в динамике комплексного лечения с амлодипином.

Материалы и методы:

Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 - 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 - 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

Результаты:

Результатами исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ($p < 0,05$). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 4,1 %, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p < 0,05$). Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы:

Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких осложненной ЛС более выражены во 2ой группе по сравнению с 3ей группой.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Аляви А.Л.¹, Убайдуллаев А.М.², Рахимова Д.А.¹, Сабиржанова З.Т.¹, Закирова У.Б.¹, Назирова М.Х.¹

¹РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЗ РУз, ²ТашИУВ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у боль-

ных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем.

Материалы и методы:

Клинико-психологического обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили Допплерэхокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

Результаты:

У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельности ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений уве-

личилась с $86,1 \pm 0,9$ ударов в минуту до $93,5 \pm 0,8$ удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС. Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7% ($p < 0,01$), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% ($p < 0,05$).

Заключение:

По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными, так как тесно ассоциированы с развитием угрожающих жизни аритмий.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А	БАРБАРАШ О.Л. 30	Волчкова Н.С. 4
Абдрахманов Д.Д. 39	Баркова Е.Л. 74	Г
Абдуллаева Г.Д. 8, 21	Басиева З.К. 5	Гаврюшина С.В. 48
Абесадзе Т.Г. 4	Батырбекова Л.М. 51, 76	Гагарина А.А. 53
Абрамова С.Г. 55	Бейлина Н.И. 28, 41	Гагулин И.В. 70
Абсеитова С.Р. 49	Белокрылова Л.В. 29, 39	Галушкина Т.А. 29
Авалян А.А. 38, 44	Берсенев Е.Ю. 21, 87	Ганковская Л.В. 36
Авдеева К.С. 54	Бесланев И.А. 51, 76	Гапон Л.И. 54
Агафонова Т.Ю. 43	Благая В.В. 59	Гарганеева А.А. 73
Агеев Ф.Т. 17, 48	Благова Н.В. 15	Гарина И.А. 26
Агзамова Ш.А. 32, 51, 85	Богданов Д.Ю. 68, 79	Гафарова А.В. 70
Азизова Э.З. 55	Богова О.Т. 62	Гафарова Н.Х. 67
Акабаева В.К. 7	Бойко Е.Р. 21	Гафаров В.В. 70
Алейникова Т.В. 7, 46	Болотнова Т.В. 24	Геворкова И.А. 35
Алиджанова Х.Г. 65	Болотова М.Н. 38, 44	Герман А.И. 30
Алиев И.С. 65	Бонцевич Р.А. 59	Глишко К.В. 32
Альмухамбетова Э.Ф. 42	Бордовский С.П. 62	Глова С.Е. 33
Альмухамбетов М.К. 42	Брель Н.К. 30	Голованова Е.Д. 15
Аляви А.Л. 14, 78, 89	Бритов А.Н. 25	Голотина О.В. 24
Аляви Б.А. 88	Бродская Т.А. 24, 63, 68	Гомова Т.А. 74
Аляутдинова И.А. 34	Бубнова М.А. 8	Гончарова А.Г. 62
Анацко С.В. 66	Бугрова О.В. 52, 80	Гончаров И.Н. 62
Артемова Н.Э. 52	Буранко М.В. 75	Горбунова С.И. 17
Атаманова А.А. 45	Бурко Н.В. 13, 18	Гордиенко А.В. 75
Афанасков О.В. 11	В	Горяйнова С.В. 35, 36
Ахматова Ф.Д. 50	Вавилов А.М. 9	Горячева А.А. 69
Ахмедова Ф.М. 32	Васильев В.Ю. 53	Горячева Е.И. 69
Б	Васильев М.Ю. 71	Григорьева Л.В. 27
Бабаджанов Ж.К. 59	Васкес А.Х.Э. 19	Грицук С.Ф. 31
Бабинцева А.А. 69	Виллевальде С.В. 10, 31, 41	Громнацкий Н.И. 49
Баев В.М. 10, 43	Вицень М.В. 48	Громова Е.А. 70
Байрамова А.С. 32	Волкова С.Ю. 29	Гуров А.А. 21, 87
Баранова Н.А. 11	Володихина А.А. 17	Гурьев А.В. 61

Д
Давыдкин И.Л. 23
Данилов И.Б. 10
Деев А.Д. 25
Джанибекова А.Р. 17
Добрынина Л.А. 54
Долишняя Г.Р. 13, 61
Домбровская Н.С. 81
Дороднева Е.В. 29
Дреева З.В. 17
Дроботя Н.В. 57
Дронова Т.А. 20
Дружилова О.Ю. 55, 77
Дружилов М.А. 55, 77
Дружинина С.О. 9
Дубинина Е.А. 65
Думан Т.С. 17

Е
Елисеева Н.А. 25
Елоховская Р.О. 33
Елоховский Р.В. 33

Ж
Жмуров В.А. 9, 52
Жмуров Д.В. 9, 52
Жукова Н.В. 8

З
Загорулько О.А. 38, 78
Закирова У.Б. 88, 89
Заковряшина И.Н. 26, 57
Замяткина О.В. 15
Захарчук Н.В. 24
Зенин С.А. 83
Зиятдинов М.Н. 85
Злагодухина А.А. 17
Золотовская И.А. 23
Зуева Е.В. 54
Зуева О.Н. 15

И
Иванов Л.А. 27
Иванченко В.С. 53
Ильина Е.С. 62
Ильина С.В. 60
Исакова Д.Н. 29
Ицкова Е.А. 8, 43, 57, 58, 63
Ишбулатов Ю.М. 47

К
Каладзе Н.Н. 56
Канин М.Ф. 15
Караваяев А.С. 47
Карманов М.С. 9
Кароли Н.А. 13, 61
Кашталап В.В. 30
Квасникова Ю.В. 64
Килесса В.В. 43
Кириенко Л.И. 6
Киселев А.Р. 47
Клепикова М.В. 13
Кобалава Ж.Д. 10, 31, 41

Коваленко Ф.А. 87
Ковальчук Е.Ю. 79
Козина А.А. 35
Коков А.Н. 30
Кондрашина О.С. 34
Кондрашин С.А. 34
Кондрашова Е.А. 24, 79
Копылова Л.И. 54
Корнева В.А. 18
Корниенко Н.В. 67
Костюкова Е.А. 57, 58, 63
Котовщикова Е.Ф. 86
Кочан Т.И. 21
Крымов Э.А. 70
Крючкова О.Н. 8, 57, 58, 63
Кудрявцева Е.Н. 10
Кужелева Е.А. 73
Кузнецова Т.Ю. 18, 55, 77
Кузьмина А.Ю. 70
Курданова М.Х. 51, 76
Курданов Х.А. 51, 76
Куроедов А.В. 11
Кустова Н.В. 69
Куц Е.И. 45
Кучеренко Т.В. 57

Л
Лаврентьева Д.Ю. 57, 68
Ларина В.Н. 82
Лебедева Н.И. 9
Леонов А.А. 59
Леонова А.М. 59
Лисина Е.В. 39
Литвин А.Ю. 82
Литвинова М.С. 35, 45
Литвинова Т.И. 66
Личикаки В.А. 72
Ломакина Н.А. 86
Лукинов В.Л. 83
Лутай Ю.А. 57, 58, 63
Ляшенко Е.Н. 72
Ляшенко С.А. 84

М
Магальяс Е.В. 64
Майорова К.А. 28, 41
Максимов С.А. 46, 60, 83
Маль Г.С. 4
Мартыненко И.М. 68
Матвеева И.В. 28
Матвеева С.А. 48
Матвеев В.А. 28, 48
Матросова И.Б. 18
Мельникова Е.А. 18
Мельчинская Е.Н. 49
Мельчинский Н.С. 49
Меншикова И.Г. 64
Мешков А.Н. 25
Миронова О.Ю. 37
Миронова Т.Н. 82
Мирошников А.Б. 37
Михалина Е.В. 73
Мордовин В.Ф. 72, 81

Морунов О.Е. 33
Мочула О.В. 44, 72
Мулерова Т.А. 73, 83
Мусихина Н.А. 54
Мустафина О.Е. 27

Н
Нагорнова К.А. 52
Назарова А.В. 12
Назарова О.А. 12
Назирова М.Х. 88, 89
Насибуллин Т.Р. 27
Невзорова В.А. 24, 63, 64, 68, 79
Невзоров В.П. 61
Николаев В.М. 27
Никулин В.Э. 62
Носович Д.В. 75
Нурсаитова А.О. 49
Нуфтиева А.И. 42
Ныгыманбекова Р.М. 49

О
Овчинников А.Г. 17, 48
Овчинников Ю.В. 11
Отарков М.Ю. 60, 73, 83
Одинцова Н.Ф. 27, 45
Оконечникова Н.С. 24
Олейников В.Э. 13, 18
Омельяненко М.Г. 50
Опольская С.В. 20
Орехов А.Н. 74
Орлов А.В. 10, 31, 41
Орлова Н.В. 13, 32, 33, 34, 35, 36

Орлов Д.А. 32
Осипова М.Е. 6
Осколков С.А. 52
Останина Ю.О. 30
Охупкина Л.П. 69
Ощепкова Е.В. 38, 44

П
Панов Д.О. 70
Пекарский С.Е. 72
Петелина Т.И. 54
Петельский Ю.В. 66
Петриков С.С. 65
Пиляева Н.Г. 62
Пироженко А.А. 57
Плотникова Н.А. 36
Повереннова И.Е. 23
Повзун А.С. 79
Погожева А.В. 14
Покровская Т.Г. 59
Полозова Э.И. 55
Полонская И.И. 16
Полтавцева О.В. 40
Польшина Н.И. 62
Помогайбо Б.В. 57, 68
Понасенко О.А. 36
Пономарева В.А. 39
Поповкина О.Е. 67
Поспелова Т.И. 38, 78

Постнов А.Ю..... 74
Потехина А.В..... 48
Протасова Т.В..... 9
Прохорова О.Н..... 85
Пузанова Е.В..... 55
Пушников А.А..... 39

Р

Раджабова Д.И..... 14, 78
Разгулина К.П..... 62
Разумовский И.В..... 57
Рамазанов Г.Р..... 65
Рахимова Д.А..... 88, 89
Реброва Н.В..... 81
Ребров А.П..... 13, 61
Ревенко Н.А..... 56
Резанова Н.В..... 67
Репина Н.И..... 63, 68
Решетникова Т.В..... 52
Рипп Т.М..... 72, 81
Родионова А.Ю..... 16
Рощина Ю.И..... 75
Ружичко И.А..... 87
Рыжкова А.И..... 74
Рыжкова Е.С..... 35, 45
Рюмшина Н.И..... 44
Рюмшин А.Н..... 9
Рябова Т.Р..... 72

С

Сабиржанова З.Т..... 14, 88, 89
Сабирова Д.Р..... 69
Садыкова Д.И..... 69
Сазонова М.А..... 74
Саидова М.А..... 38, 44
Сайфутдинов Р.И..... 52, 80
Саковская А.В..... 64, 68
Салямова Л.И..... 13, 29
Самакаев А.С..... 26
Самохина Л.Ю..... 26, 35, 45
Сахабутдинова Д.Р..... 45
Северина О.В..... 59
Седых Д.Ю..... 66
Семухина Е.Н..... 54
Сергеева В.В..... 16
Серова Н.С..... 34
Сеськина А.А..... 55
Сизова О.А..... 56
Синев В.В..... 74
Синцова С.В..... 40
Ситкова Е.С..... 72
Скибицкий В.В..... 20, 53, 87
Скляр И.В..... 64
Скоробогатова А.В..... 48
Смоленский А.В..... 37
Собенин И.А..... 74
Согакова Г.А..... 26
Сорокина Н.Н..... 55
Сотников А.В..... 75
Спирякина Я.Г..... 32, 34, 35, 36

Стенина М.Б..... 48
Стрюк Р.И..... 74
Субханкулова С.Ф..... 4
Суворов А.В..... 87
Суроедов В.А..... 26
Сушинский В.Э..... 75
Сушкова И.Э..... 60
Сычева Е.И..... 6
Сычев Д. А..... 62

Т

Тадтаева Н.Е..... 5
Таранцова А.В..... 23, 77
Ташпулатова Ф.К..... 51
Толкачева В.В..... 10, 31, 41
Толкачев И.М..... 80
Толстоухова Н.В..... 9
Тошев Б.Б..... 78
Трапаидзе Д.Д..... 4
Третьяков С.В..... 38, 78
Труханова М.А..... 10, 31, 41
Тукиш О.В..... 73
Туков А.Р..... 61, 85
Туктарова И.А..... 27
Туляганова Д.К..... 14, 78
Турна Э.Ю..... 43, 57, 58, 63
Тюпаева С.А..... 25

У

Убайдуллаев А.М..... 89
Урусова Е.В..... 50
Усов В.Ю..... 44, 72
Устинова С.В..... 9
Ушakov А.В..... 53
Ушанова А.М..... 37

Ф

Фальковская А.Ю..... 72
Федорова Н.В..... 30
Федорова С.А..... 27
Фендрикова А.В..... 20, 53, 87
Филиппов А.Е..... 57
Филиппова Ю.М..... 15
Фролова М.А..... 48
Фролов В.М..... 60

Х

Хаишева Л.А..... 26, 33, 35, 45, 57
Хамидуллаева Г.А..... 8, 21
Хамидуллина Г.Ф..... 28, 41
Харченко А.В..... 15
Хасанова З.Б..... 74
Хафизова Л.Ш..... 8, 21
Хейн И.В..... 55
Хидирова Л.Д..... 83
Хикматов М.Н..... 49
Хоролец Е.В..... 26
Хромова А.А..... 29
Худойбергенова Л.Б..... 32
Хуснутдинова Э.К..... 27

Ц

Цинамдзгвршвили Б.В. 4

Ч

Чазова И.Е..... 38, 44, 48
Чепурненко С.А..... 72, 84
Черных А.И..... 59
Чеснакова Т.В..... 60
Чигисова А.Н..... 60
Чичерина Е.Н..... 40
Чукаева И.И..... 13, 32, 34, 35, 36, 50

Ш

Шавкута Г.В..... 72, 84
Шавлохова Э.А..... 5
Шакирова Н.Ш..... 8
Шангараев Р.Н..... 45
Шарова В.Г..... 15
Шатрова Н.В..... 9
Шварц В.А..... 47
Шевченко Е.В..... 65
Шестопалов Е.Ю..... 79
Шитов В.Н..... 38, 44
Шлык С.В..... 26, 33, 35, 45, 57
Шодиев Ж.Д..... 14, 78
Шумакова В.А..... 50
Шум А.С..... 52

Щ

Щетинина А.А..... 9
Щуровская К.В..... 59

Э

Эрдман В.В..... 27

Я

Якимович Р.А..... 75
Яковлева Е.А..... 45
Янина Т.Ю..... 56
Янышева К.Р..... 80
Яркова В.Г..... 9, 52
Яхонтов Д.А..... 30, 83

А

Алмухамбетов М.К..... 6
Алмухамбетова Е.Ф..... 6

І

Ікромов Н.С..... 22

М

Мукатаева М..... 6

Т

Turg'UNOVA M.U..... 22

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.

Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.



ДИРОТОН®

лизиноприл

ИНГИБИТОР АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ¹

- ♥ Уменьшает выраженность гипертрофии миокарда¹
- ♥ Улучшает кровоснабжение ишемизированного миокарда¹
- ♥ Замедляет прогрессирование дисфункции ЛЖ у перенесших инфаркт миокарда¹
- ♥ Способствует нормализации функции поврежденного гломерулярного эндотелия, уменьшает альбуминурию¹

Защищая настоящее, сохраняем будущее

АПФ – ангиотензинпревращающий фермент;
ЛЖ – левый желудочек; ИМ – инфаркт миокарда
1. Инструкция по медицинскому применению
препарата Диротон®: РУ П N011426/01-141113



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия)
Россия, Москва, 4-й Добрынинский пер., д.8
тел.: +7 (495) 987-1555, www.g-richter.ru



НОВОЕ РЕШЕНИЕ
ДЛЯ КОНТРОЛЯ АД

**РАННЕЕ
НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ**
ЗНАЧИМЫЙ ЭФФЕКТ
УЖЕ НА 2-й НЕДЕЛЕ ТЕРАПИИ¹⁻⁴

**ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ***
В СНИЖЕНИИ АД¹⁻⁴

**СТАБИЛЬНЫЙ
КОНТРОЛЬ АД**
В ТЕЧЕНИЕ
24 ЧАСОВ¹⁻⁴


эдарби®
азилсартана медоксомил
40 мг • 80 мг таблетки

УВЕРЕННОЕ ПРЕВОСХОДСТВО**

*Валсартан, олесартан.

**Статистически значимое превосходство в снижении клинического систолического АД vs. валсартан 320 мг и олесартан 40 мг^{3,4}.

Информация для специалистов здравоохранения

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эдарби®, таблетки 20 мг, 40 мг, 80 мг. Рег. уд. ЛП-002359 от 03.02.2014.

2. Bakris G., et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011; 13(2): 81–8.

3. Sica D., et al. J Clin Hypertension (Greenwich). 2011; 13: 467–472.

4. White W., et al. Hypertension. 2011; 57(3): 413–20.

СОКРАЩЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Торговое название: Эдарби®. **Международное непатентованное название (МНН):** азилсартана медоксомил. **Лекарственная форма и дозировка:** таблетки 20 мг, 40 мг и 80 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу и другим компонентам препарата; беременность; одновременный приём препаратов, содержащих алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73 м²); возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); тяжёлые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт применения). **Способ применения и дозы:** Эдарби® принимают внутрь один раз в сутки. Рекомендованная начальная доза – 40 мг 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата можно увеличить до максимальной – 80 мг 1 раз в сутки. В случае неадекватного контроля АД в монотерапии препаратом Эдарби® возможно его одновременное применение с другими гипотензивными средствами. Эдарби® следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае пропуска приёма очередной дозы пациенту следует принять следующую дозу в обычное время. Не следует принимать двойную дозу препарата Эдарби®. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. **Побочное действие:** головокружение, диарея, повышение активности креатинфосфокиназы, выраженное снижение АД, тошнота, сыпь, зуд, мышечные спазмы, повышение концентрации креатинина, гиперурикемия, повышенная утомляемость, периферические отёки. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению.** **С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность (IV функциональный класс по классификации NYHA); почечная недостаточность тяжёлой степени (клиренс креатинина < 30 мл/мин); двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови (в том числе рвота, диарея), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; при одновременном применении с большими дозами диуретиков; первичный гиперальдостеронизм; гиперкалиемия; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

№ RU/EDA/0317/0007.



ЛИПРИМАР®

ОРИГИНАЛЬНЫЙ АТОРВАСТАТИН

Зарегистрирован в 118 странах.
Изучен более чем у 80 000 пациентов
в рамках 400 клинических исследований¹

Для выбора Липримара у него есть много веских причин.
Знакомьтесь, вот семь из них!



**СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ И ДОКАЗАННО ПРЕДОТВРАЩАЕТ
ИНФАРКТЫ И ИНСУЛЬТЫ у широкого спектра пациентов²⁻⁷**

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЛИПРИМАР®

Торговое название: Липримар®. Международное непатентованное название: аторвастатин. Регистрационный номер: П N014014/01 Фармакологические свойства: аторвастатин – селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Синтетическое гиполипидемическое средство. **Показания к применению:** *Гиперхолестеринемия:* – в качестве дополнения к диете для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП, апо-В и триглицеридов у взрослых, подростков и детей в возрасте 10 лет или старше с первичной гиперхолестеринемией, включая семейную гиперхолестеринемию (гетерозиготный вариант) или комбинированную (смешанный) гиперлипидемию (соответственно тип **IIa** и **IIb** по классификации Фредриксона), когда ответ на диету и другие немедикаментозные методы лечения недостаточны. – для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП у взрослых с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией в качестве дополнения к другим гиполипидемическим методам лечения (например, ЛПНП-аферез) или если такие методы лечения недоступны. *Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний:* – профилактика сердечно-сосудистых событий у взрослых пациентов, имеющих высокий риск развития первичных сердечно-сосудистых событий, в качестве дополнения к коррекции других факторов риска; – вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения смертности, инфарктов миокарда, инсультов, повторных госпитализаций по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; активное заболевание печени или повышение активности «печеночных» трансаминаз в плазме крови неясного генеза более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы; беременность; период грудного вскармливания; женщины детородного возраста, не использующие адекватные методы контрацепции; возраст до 18 лет, за исключением гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (применение противопоказано у детей в возрасте до 10 лет); одновременное применение с фузидовой кислотой; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. С осторожностью применяют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем; у пациентов, имеющих в анамнезе заболевание печени; у пациентов с наличием факторов риска развития рабдомиолиза. При беременности и в период кормления грудью Липримар® противопоказан. **Способ применения и дозы:** внутрь, в любое время суток независимо от приема пищи. Доза препарата варьируется от 10 мг до 80 мг 1 раз в сутки и титруется с учетом концентрации ХС-ЛПНП, цели терапии и индивидуального ответа на проводимую терапию. Максимальная суточная доза – 80 мг. Первичная гиперхолестеринемия и комбинированная (смешанная) гиперлипидемия: рекомендуемая доза – 10 мг 1 раз в сутки; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: рекомендуемая доза – 80 мг 1 раз в сутки. Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия: начальная доза составляет 10 мг в сутки. Дозу следует подбирать индивидуально и оценивать актуальность дозы каждые 4 недели с возможным повышением до 40 мг в сутки. Доза может быть увеличена до максимальной – 80 мг в сутки. Применение у детей с 10 до 18 лет при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии: рекомендуемая начальная доза – 10 мг 1 раз в сутки. Доза может быть увеличена до 20 мг в сутки. У пациентов с недостаточностью функции печени дозу необходимо снижать, при регулярном контроле активности «печеночных» трансаминаз: аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ); у пациентов с недостаточностью функции почек и у пожилых пациентов коррекция дозы не требуется. Побочные действия: Липримар обычно хорошо переносится; побочные реакции, как правило, легкие и переходящие: головная боль, боль в горле, носовое кровотечение, запор, метеоризм, диспепсия, тошнота, диарея, миалгия, артралгии, боль в конечностях, судороги мышц, припухлость суставов, боль в спине, мышечно-скелетные боли, отклонение от нормы результатов «печеночных» тестов (АСТ и АЛТ), повышение активности сывороточной креатинфосфокиназы (КФК), аллергические реакции, гипергликемия, назофарингит. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг и 80 мг. По 14, 30 и 100 таблеток в картонной пачке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Липримар П N014014/01-190216.**

1. Внутренние данные компании «Пфайзер». 2. Sever P, et al. Lancet 2003; 361: 1149-58. 3. Colhoun H.M, et al. Lancet 2004; 364: 685-96. 4. Athyros V.G, et al. Current Medical Research and Opinion 2002; 18:220-228. 5. Schwartz G.G, et al. JAMA 2001; 285: 1711-1718. 6. Amarenco P, et al. N Eng J Med 2006; 253: 549-559. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар, П N014014/01-190216.



Пфайзер, Россия, 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10.
Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00. www.pfizer.com



Сила. Доказательство. Уверенность.

PF-1905-0143 10.02.2017

Сахарный диабет 2-го типа ВСЁ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Випдомет®
алоглиптин+метформин

Випидия®
алоглиптин



ЭФФЕКТИВНОЕ
СНИЖЕНИЕ
HbA_{1c}*^{1-3,7}

УСТОЙЧИВЫЙ
КОНТРОЛЬ
HbA_{1c}⁶

БЫСТРОЕ
НАЧАЛО
ДЕЙСТВИЯ**¹⁻⁵

*Снижение гликированного гемоглобина Випидия – на 0,5–0,8%¹⁻⁵, Випдомет – на 1,55%⁷.

**Значимое снижение глюкозы плазмы натощак может быть достигнуто уже через 1 неделю после начала терапии⁴.

1. Nauck M.A., et al. Int. J. Clin. Pract. 2009; 63: 46–55. 2. Pratley R.E., et al. Curr. Med. Res. Opin. 2009; 25: 2361–2371. 3. Rosenstock J., et al. Diabetes Obes. Metab. 2009; 11: 1145–1152. 4. DeFronzo R.A. et al. Diabetes Care. 2008; 31: 2315–2317. 5. Pratley R.E., et al. Diabetes Obes. Metab. 2009; 11: 167–176. 6. Del Prato S., et al. Diabetes Obes. Metab. 2014; 16: 1239–1246. 7. Pratley R.E. Diabetes Obes. Metab. 2014; 16: 613–621.

Сокращённая информация по назначению. Торговое название препарата: ВИПИДИЯ®. РУ № ЛП-002644 от 01.06.2017. МНН: Алоглиптин. **Лекарственная форма:** Таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 12,5, 25 мг. Показания к применению: Сахарный диабет 2-го типа для улучшения гликемического контроля при неэффективности диетотерапии и физических нагрузок; у взрослых в качестве монотерапии, в сочетании с другими пероральными гипогликемическими средствами или с инсулином. **Способ применения и дозы:** Препарат принимают внутрь. Рекомендуемая доза препарата Випидия® составляет 25 мг один раз в сутки в качестве монотерапии или в дополнение к метформину, тиазолидиндиону, производным сульфонилмочевины или инсулину, или в качестве трёхкомпонентной комбинации с метформин, тиазолидиндион или инсулином. Препарат Випидия® может приниматься независимо от приёма пищи. Таблетки следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая водой. При назначении в дополнение к метформину или тиазолидиндиону дозу последних препаратов следует оставить без изменения. При комбинировании препарата Випидия® с производным сульфонилмочевины или инсулином дозу последних целесообразно уменьшить для снижения риска развития гипогликемии. В связи с риском развития гипогликемии следует соблюдать осторожность при назначении трёхкомпонентной комбинации препарата Випидия® с метформин и тиазолидиндион. Эффективность и безопасность алоглиптина при приёме в тройной комбинации с метформин и производным сульфонилмочевины окончательно не установлены. Пациентам с лёгкой почечной недостаточностью коррекции дозы препарата Випидия® не требуется. У пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести доза препарата Випидия® составляет 12,5 мг один раз в сутки. Алоглиптин не изучался у пациентов, проходящих перитонеальный диализ. Не требуется коррекция дозы у пациентов с печёночной недостаточностью лёгкой и средней степени тяжести. Не требуется коррекции дозы препарата Випидия® у пациентов старше 65 лет. Подробное описание способа применения и доз содержится в инструкции по применению. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к алоглиптину или к любому вспомогательному веществу, или серьёзные реакции гиперчувствительности к любому ДПП-4 ингибитору в анамнезе, в том числе анафилактические реакции, анафилактический шок и ангионевротический отёк; сахарный диабет 1-го типа; диабетический кетоацидоз; хроническая сердечная недостаточность функционального класса III–IV; тяжёлая печёночная недостаточность из-за отсутствия клинических данных о применении; тяжёлая почечная недостаточность; беременность, период грудного вскармливания в связи с отсутствием клинических данных по применению; детский возраст до 18 лет в связи с отсутствием клинических данных по применению. **Побочное действие (часто):** головная боль, боль в эпигастральной области, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, зуд, сыпь, инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.** **С осторожностью:** острый панкреатит в анамнезе. У пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести. В комбинации с производным сульфонилмочевины или инсулином. Приём трёхкомпонентной комбинации препарата Випидия® с метформин и тиазолидиндион. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

Сокращённая информация по назначению. Торговое название препарата: ВИПДОМЕТ®. РУ № ЛП-004576 от 11.12.2017. МНН: Алоглиптин+метформин. **Лекарственная форма:** Таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 12,5 мг + 500 мг, 12,5 мг + 1000 мг. Показания к применению: Сахарный диабет 2-го типа у взрослых пациентов в возрасте от 18 лет и старше для улучшения гликемического контроля в дополнение к диетотерапии и физическим нагрузкам. Монотерапия – у пациентов не достигших адекватного контроля гликемии на фоне монотерапии метформин, или в качестве замещения у тех, кто уже получает комбинированное лечение метформин и алоглиптин в виде монопрепаратов; Комбинированная терапия – в комбинации с пиоглитазоном, когда терапия метформин и пиоглитазоном не приводит к адекватному контролю гликемии; в комбинации с инсулином, когда терапия инсулином и метформин не приводит к адекватному контролю гликемии. **Способ применения и дозы:** Препарат принимают внутрь. Препарат Випдомет® следует принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки одновременно с приёмом пищи с целью уменьшения нежелательных воздействий со стороны желудочно-кишечного тракта. Таблетки следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая водой. В случае если пациент пропустил приём препарата Випдомет®, он должен принять его сразу после того как вспомнит о пропущенном приёме препарата. Не следует принимать двойную дозу препарата Випдомет® одновременно, в данном случае приём дозы следует пропустить. Доза препарата Випдомет® должна подбираться индивидуально. Для пациентов, не достигших адекватного контроля гликемии при монотерапии метформин: рекомендуемая доза препарата Випдомет® составляет 1 таблетка 12,5 мг + 500 мг или 12,5 мг + 1000 мг 2 раза в сутки в зависимости от уже принимаемой дозы метформина, что соответствует 25 мг алоглиптина и 1000 мг метформина в сутки. Для пациентов, не достигших адекватного контроля гликемии при комбинированной терапии метформин и пиоглитазоном в максимально переносимой дозе: препарат Випдомет® назначают в дополнение к пиоглитазону, при этом принимаемая доза пиоглитазона должна быть сохранена. Рекомендуемая доза препарата Випдомет® составляет 1 таблетка 12,5 мг + 500 мг или 12,5 мг + 1000 мг 2 раза в сутки в зависимости от уже принимаемой дозы метформина, что соответствует 25 мг алоглиптина и 1000 мг метформина в сутки. При проведении данной терапии следует соблюдать осторожность в связи с риском развития гипогликемии. В случае развития гипогликемии возможно рассмотрение снижения применяемых доз метформина или пиоглитазона. В качестве замещения у пациентов, принимающих алоглиптин и метформин в виде монопрепаратов: суточная доза алоглиптина и метформина в составе препарата Випдомет® должна соответствовать суточным дозам алоглиптина и метформина, принимаемым ранее. Разовая доза алоглиптина в составе препарата Випдомет® должна быть снижена в 2 раза, поскольку таблетка принимается 2 раза в сутки, при этом разовая доза метформина должна оставаться неизменной. Для пациентов, не достигших адекватного контроля гликемии на фоне терапии комбинацией метформина в максимально переносимой дозе и инсулина: доза препарата Випдомет® должна обеспечивать приём алоглиптина в дозе 12,5 мг 2 раза в сутки и приём метформина в равной принимаемой дозе. Во избежание риска развития гипогликемии возможно снижение дозы инсулина. Максимальная рекомендуемая суточная доза препарата Випдомет® составляет 2 таблетки. Подробное описание способа применения и доз содержится в инструкции по применению. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к алоглиптину, или метформину, или к любому вспомогательному веществу, или серьёзные реакции гиперчувствительности к любому ДПП-4 ингибитору в анамнезе, в том числе анафилактические реакции, анафилактический шок и ангионевротический отёк; сахарный диабет 1-го типа; диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, кома; почечная недостаточность средней или тяжёлой степени; острые состояния, протекающие с риском развития нарушений функции почек; дегидратация; лихорадка, тяжёлые инфекционные заболевания; состояния гипоксии; клинически выраженные проявления острых и хронических заболеваний/состояний, которые могут приводить к тканевой гипоксии; печёночная недостаточность, нарушения функции печени; острая алкогольная интоксикация, хронический алкоголизм, лактоацидоз; соблюдение гипохолерной диеты; применение в течение менее 48 ч до и в течение 48 ч после проведения радиоизотопных или рентгенологических исследований в внутрисосудистом введением йодсодержащего контрастного вещества; обширные хирургические операции и травмы, когда показано проведение инсулинотерапии; беременность и период грудного вскармливания; возраст пациента до 18 лет в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности; совместное применение с производными сульфонилмочевины в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности. **Побочное действие (очень часто и часто):** инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит, головная боль, нарушение вкуса – металлический привкус во рту, боль в животе, диарея, потеря аппетита, тошнота, рвота, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастроэнтерит, гастрит, зуд, сыпь, эритема, крапивница. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.** **С осторожностью:** у пациентов в возрасте старше 60 лет, выполняющих тяжёлую физическую работу, что связано с повышенным риском развития у них лактоацидоза; применение препарата Випдомет® в комбинации с пиоглитазоном; у пациентов с панкреатитом в анамнезе. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

ООО «Текда Фармасьютикалс»

119048, Москва, ул. Усачёва, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 933 55 11, факс: +7 (495) 502 16 25, www.takeda.com.ru, www.endocrinology.ru

Дата выхода рекламы: январь 2018 г.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.



НОРВАСК®

(АМЛОДИПИНА БЕЗИЛАТ)



ЧТО ИХ ОБЪЕДИНЯЕТ?



УВЕРЕННОСТЬ В ВЫБОРЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Н**НАДЕЖНЫЙ¹⁻³****О****ОРИГИНАЛЬНЫЙ АМЛОДИПИН****Р****РАЗУМНАЯ ЦЕНА****В****ВЫСОКОЭФФЕКТИВЕН В ЛЕЧЕНИИ****А****АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ^{4, 5} И****С****СТЕНОКАРДИИ⁶****К****КАЧЕСТВО «ПФАЙЗЕР»**

PP-NOR-RUS-0106 27.11.17



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата НОРВАСК®. Норваск® (амлодипин) — производное дигидропиридина, блокатор «медленных» кальцевых каналов (БМКК), оказывает гипотензивное и антиангинальное действие. Блокирует «медленные» кальцевые каналы, снижает трансмембранный переход ионов кальция в клетку (в большей степени в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты). **Показания к применению:** артериальная гипертензия. Стабильная стенокардия и вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала). Применяется как в монотерапии, так и в сочетании с другими антиангинальными и гипотензивными средствами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амлодипину и другим производным дигидропиридина, а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт.ст). Обструкция выносящего тракта левого желудочка (включая, тяжелый аортальный стеноз). Шок (включая кардиогенный). Гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после инфаркта миокарда. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). С осторожностью применять у пациентов с печеночной недостаточностью, ХСН неинфекционной этиологии III–IV функционального класса по классификации NYHA, нестабильной стенокардией, аортальным стенозом, митральным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, острым инфарктом миокарда (и в течение 1 мес после), синдромом слабости синусового узла (выраженная тахикардия, брадикардия), артериальной гипотензией, при одновременном применении с ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4. Безопасность применения препарата Норваск® во время беременности не установлена, поэтому применение во время беременности возможно только в случае, когда польза для матери превышает риск для плода и новорожденного. При необходимости применения препарата Норваск® в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки. Начальная доза 5 мг, максимальная — 10 мг. Коррекции дозы пожилым пациентам и пациентам с почечной недостаточностью и нарушенной функцией печени обычно не требуется. **Побочное действие:** при приеме препарата Норваск® наиболее часто встречаются следующие нежелательные явления: периферические отеки (лодыжек и стоп), сердцебиение, «приливы» крови к коже лица; головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, сонливость, тошнота, боли в животе. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. **Форма выпуска:** Таблетки по 5 и 10 мг. По 10 или 14 таблеток в блистере из ПВХ/алюминиевой фольги, 3, 4 или 9 блистеров по 10 таблеток или 1 блистер по 14 таблеток с инструкцией по применению в картонной пачке, на лицевой стороне которой с целью контроля первого вскрытия наносится перфорированная строчка. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Регистрационный номер:** П N015567/01-160915.

Список литературы: 1. Hassan Fares et al., Amlodipine in hypertension: a first-line agent with efficacy for improving blood pressure and patient outcomes. Open Heart 2016;3:e000473. 2. Lee SA and all Amlodipine and cardiovascular outcomes in hypertensive patients: meta-analysis comparing amlodipine-based versus other antihypertensive therapy Korean J Intern Med. 2014 May;29(3):315-24. 3. Ettehad D, Emdin CA et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. Lancet 2016; 387: 957–67. 4. Neaton J.D., Grimm R.H., Prineas R.J. et al. Treatment of Mild Hypertension Study: final results - JAMA, 1993; 270:713-724. 5. Levine C et al. Effect of Amlodipine on Systolic Blood Pressure. Clin Ther. 2003; 25:35–57. 6. Deanfield J.E. et al. Amlodipine reduces transient myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: double-blind Circadian Anti-Ischemia Program in Europe (CAPE Trial). J Am Coll Cardiol. 1994 Nov 15; 24(6):1460-7.

ООО «Пфайзер»: 112123, Москва, Пресненская наб., 10. БЦ «Башня на Набережной» (блок С). Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00. www.pfizerprofi.ru



ЭКВАМЕР®

АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день
УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!

Эквaмер® – единственная тройная фиксированная комбинация для комплексной терапии пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией^{1,2}



ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ◆ Суточный контроль артериального давления и холестерина²⁻⁴
- ◆ Благоприятный профиль безопасности⁴
- ◆ Увеличение приверженности к терапии благодаря однократному приему⁵

На правах рекламы

5 мг + 10 мг + 10 мг



5 мг + 10 мг + 20 мг



10 мг + 20 мг + 10 мг



10 мг + 20 мг + 20 мг



1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS>

2. См. инструкцию по медицинскому применению препарата Эквaмер®.

3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10–15.

4. Карпов Ю.А. ПМЖ. 2015; 27: 1581–83.

5. Mancia G. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2194.

- Самый продолжительный антигипертензивный эффект среди сартанов и комбинаций сартанов с гидрохлортиазидом^{1,2}
- Единственный сартан, показанный для снижения смертности и частоты ССЗ^{1,3**}

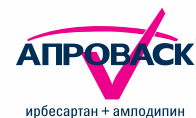


ЛП-004359

ЛП-003545

ЛП-002695

- Двойная мощь для снижения АД, уникальной*** защиты почек и сердца^{3,4}



ЛП-001481

- В 2 раза эффективнее снижает АД vs. монотерапия лозартаном⁵
- Уникальный метаболический эффект: выраженный снижение мочевой кислоты⁶



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ТЕЛЗАП®. Регистрационный номер: ЛП-003545. Международное непатентованное наименование: телмисартан. Лекарственная форма: таблетки. Фармакотерапевтическая группа: ангиотензина II рецепторов антагонист. Код АТХ: С09СА07. Показания к применению: эссенциальная гипертензия; снижение смертности и частоты сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых пациентов: с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеротромботического генеза (ишемическая болезнь сердца, инсульт или поражение периферических артерий в анамнезе), с сахарным диабетом 2 типа с поражением органов-мишеней. Противопоказания: повышенная чувствительность к активному веществу или любым вспомогательным веществам препарата; беременность и период грудного вскармливания; обструктивные заболевания желчевыводящих путей; тяжелые нарушения функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью); совместное применение с алискиреном у пациентов с сахарным диабетом или тяжелым нарушением функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); наследственная непереносимость фруктозы; одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией; возраст до 18 лет. **С осторожностью:** двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной функционирующей почки; нарушение функции почек; легкие и умеренные нарушения функции печени; снижение ОЦК на фоне предшествующего приема диуретиков, ограничение потребления поваренной соли, диарея или рвота; гипонатриемия; гиперкалиемия; состояние после трансплантации почки; тяжелая хроническая сердечная недостаточность; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; первичный гиперальдостеронизм; применение у пациентов негроидной расы. **Способ применения и дозы:** внутрь один раз в сутки, запивая жидкостью, вне зависимости от приема пищи. **Артериальная гипертензия:** начальная доза препарата составляет 40 мг один раз в сутки. В случаях, когда терапевтический эффект не достигается, доза препарата может быть увеличена до максимальной — 80 мг один раз в сутки. **Снижение смертности и частоты сердечно-сосудистых заболеваний:** рекомендованная доза — 80 мг 1 раз в сутки. В начальный период лечения рекомендуется наблюдение за уровнем АД, может потребоваться коррекция гипотензивной терапии. У пациентов с тяжелой почечной недостаточностью или находящихся на гемодиализе рекомендована более низкая начальная доза — 20 мг в сутки. У пациентов с легкой и умеренной степенью почечной недостаточности препарат назначается с осторожностью, доза не должна превышать 40 мг один раз в сутки. **Побочное действие** (см. полную инструкцию по применению, приведены частые и способные причинить серьезный ущерб здоровью побочные эффекты): выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, гипонатриемия, ангионевротический отек, нарушение функции почек, включая острую почечную недостаточность. Для ознакомления с побочными эффектами, возникающими нечасто, редко и очень редко, ознакомьтесь с официальной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата. **Формы выпуска:** таблетки 40 и 80 мг. **Срок годности:** 2 года. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Условия отпуска:** по рецепту. **Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.**

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ТЕЛЗАП® ПЛЮС. Регистрационный номер: ЛП-004359. Группировочное название: телмисартан + гидрохлортиазид. Лекарственная форма: таблетки. Фармакотерапевтическая группа: гипотензивное средство комбинированное (ангиотензина II рецепторов антагонист + диуретик). Код АТХ: С09ДА07. Показания к применению: артериальная гипертензия (при отсутствии эффективности монотерапии телмисартаном или гидрохлортиазидом). Противопоказания: гиперчувствительность к активному веществу или любым вспомогательным веществам препарата и к другим производным сульфонамидов, беременность, период грудного вскармливания, холестаза и обструктивные заболевания желчевыводящих путей, нарушения функции печени, тяжелые нарушения функции почек, одновременное применение с препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или почечной недостаточностью, одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией, рефрактерная гипокалиемия, гиперкалиемия, наследственная непереносимость фруктозы, возраст до 18 лет. **С осторожностью:** двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки, тяжелые нарушения функции почек, снижение ОЦК на фоне предшествующей терапии диуретиками, ограничение приема поваренной соли, диарея или рвота, гиперкалиемия, состояние после трансплантации почки, хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации, стеноз аортального и митрального клапанов, идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, сахарный диабет, первичный гиперальдостеронизм, подагра, опыт применения у пациентов с почечной недостаточностью ограничен, но не подтверждает развития побочных эффектов со стороны почек, коррекция дозы не требуется, нарушения водно-электролитного баланса, закрытоугольная глаукома, гиперурикемия, применение у пациентов негроидной расы, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, пожилой возраст, системная красная волчанка. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** лечение АРА II во время беременности противопоказано. Применение АРА II не рекомендовано в течение первого триместра беременности и противопоказано в ходе второго и третьего триместров беременности. Опыт применения гидрохлортиазидов во время беременности, особенно в ходе первого триместра, ограничен. Не следует применять гидрохлортиазид для лечения эссенциальной гипертензии у беременных женщин, за исключением редких случаев, когда иное лечение невозможно. Прием препарата Телзап® Плюс в период грудного вскармливания противопоказан, следует применять альтернативное лечение с более благоприятными профилями безопасности. **Способ применения и дозы:** препарат Телзап® Плюс принимают внутрь один раз в сутки, запивая жидкостью, вне зависимости от приема пищи. **Побочное действие** (см. полную инструкцию по применению, приведены частые и способные причинить серьезный ущерб здоровью побочные эффекты): головокружение, артериальная гипотензия, ортостатическая гипотензия, тахикардия, аритмия, ангионевротический отек (также с летальным исходом). **Формы выпуска:** таблетки 80 мг + 12,5 мг. **Срок годности:** 2 года. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Условия отпуска:** по рецепту. **Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.**

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА АПРОВАСК®. Регистрационный номер: ЛП-002695, дата последнего изменения инструкции — 11.05.2017. Группировочное название: амлодипин + ирбесартан. Фармакотерапевтическая группа: комбинированное гипотензивное средство (блокатор «медленных» кальциевых каналов + ангиотензина II рецепторов антагонист). Код АТХ: С09DB05. Показания к применению: артериальная гипертензия (при неэффективности монотерапии ирбесартаном или амлодипином). Противопоказания: повышенная чувствительность к ирбесартану, амлодипину и другим производным гидродипиридина или к вспомогательным веществам препарата. Кардиогенный шок. Клинически значимый аортальный стеноз. Нестабильная стенокардия (за исключением стенокардии Принциметала). Беременность. Период грудного вскармливания. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). Одновременное применение с лекарственными препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или с умеренно выраженной и тяжелой почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²). Одновременное применение с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) у пациентов с диабетической нефропатией. **С осторожностью:** у пациентов с гиповолемией и гипонатриемией, при гемодиализе, соблюдении диеты с ограничением потребления поваренной соли, диарея, рвота; у пациентов, у которых функция почек зависит от активности РААС; у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса по классификации NYHA неясной этиологии; у пациентов с почечной недостаточностью; у пациентов с почечной недостаточностью и после трансплантации почки; у пациентов со стенозом аортального и митрального клапанов или гипертрофической обструктивной кардиомиопатией; у пациентов с ишемической болезнью сердца и/или клинически значимым атеросклерозом сосудов головного мозга; у пациентов с синдромом слабости синусового узла. **Способ применения и дозы:** внутрь, запивая водой, независимо от приема пищи. Начальная и поддерживающая доза — 1 таблетка в сутки. Максимальная рекомендованная доза — 150 мг/10 мг или 300 мг/10 мг в сутки. **Побочное действие** (см. полную инструкцию по применению, приведены частые, очень частые и способные причинить серьезный ущерб здоровью побочные эффекты): периферические отеки, отеки, ощущение сердцебиения, головокружение, головная боль, сонливость, ортостатическая гипотензия, чрезмерное снижение АД, ангионевротический отек, инфаркт миокарда, отечность десен, протеинурия, вертиго, тошнота/рвота, нарушения ритма сердца, боли в верхней части живота, нарушения со стороны языка, включая дисгевзию, глоссиадия, повышенная утомляемость, «приливы» крови к коже с чувством жара, покраснение кожных покровов, кашель, контактный дерматит. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 150 мг, 10 мг + 150 мг, 5 мг + 300 мг и 10 мг + 300 мг. **Условия хранения:** хранить при температуре не выше 30 °С. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** отпускается по рецепту. **Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.**

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЛОЗАП® АМ. Регистрационный номер: ЛП-001481. Группировочное название: амлодипин + лозартан. Фармакотерапевтическая группа: гипотензивное средство комбинированное (блокатор «медленных» кальциевых каналов + ангиотензина II рецепторов антагонист). Код АТХ: С09DB06. Показания к применению: артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). Противопоказания: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата, беременность и период грудного вскармливания, возраст до 18 лет, одновременное применение с алискиреном или алискиренсодержащими препаратами у пациентов с сахарным диабетом и/или нарушением функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²), тяжелая почечная недостаточность, шок, обструкция выносящего тракта левого желудочка, гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда, применение у пациентов с нарушениями функции почек или пациентов, находящихся на гемодиализе, тяжелая артериальная гипотензия. **С осторожностью:** двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки; гиперкалиемия; состояние после трансплантации почки; аортальный или митральный стеноз; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; сердечная недостаточность с сопутствующими тяжелыми нарушениями функции почек; тяжелая сердечная недостаточность; сердечная недостаточность с угрожающими жизни аритмиями; ишемическая болезнь сердца; цереброваскулярные заболевания; первичный гиперальдостеронизм; ангионевротический отек в анамнезе; почечная недостаточность; нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда, синдром слабости синусового узла, артериальная гипотензия, одновременное применение с ингибиторами и индукторами изофермента СYP3A4, нарушения водно-электролитного баланса, почечная недостаточность. Пациентам со сниженным объемом циркулирующей крови — может вызвать симптомы артериальной гипотензии. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** применение препарата Лозап® АМ противопоказано при беременности и в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** препарат Лозап® АМ принимают внутрь, вне зависимости от времени приема пищи. Рекомендуется запивать препарат достаточным количеством воды. Препарат Лозап® АМ можно принимать в комбинации с другими гипотензивными средствами. Рекомендованная доза препарата Лозап® АМ — 1 таблетка 1 раз в сутки. Максимальная рекомендованная доза препарата Лозап® АМ составляет 5 мг + 100 мг 1 раз в сутки. Препарат Лозап® АМ в дозе 5 мг + 50 мг назначают пациентам, которые не достигли адекватного контроля АД при применении амлодипина в дозе 5 мг или лозартана в дозе 50 мг в монотерапии. Препарат Лозап® АМ в дозе 5 мг + 100 мг назначают пациентам, которые не достигли адекватного контроля АД при применении лозартана в дозе 100 мг или препарата Лозап® АМ в дозе 5 мг + 50 мг. Пациенты, принимающие комбинированную терапию амлодипином и лозартаном в виде отдельных лекарственных препаратов, могут перейти на прием комбинированного препарата Лозап® АМ для повышения приверженности к терапии. **Побочное действие** (см. полную инструкцию по применению, приведены частые, очень частые и способные причинить серьезный ущерб здоровью побочные эффекты): головокружение, головная боль. **Формы выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 50 мг или 5 мг + 100 мг. **Срок годности:** 2 года (в блистерах), 3 года (во флаконах). Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Условия отпуска:** по рецепту. **Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.**

1. Инструкции по применению лекарственных препаратов для медицинского применения: Телзап® ЛП-003545, 09.08.2017, Лозап® П N015897/01, 24.11.2015, Апровель® ЛП-001260, 23.11.2016, Кардосап® 20 ЛСР-000628/10, 06.02.2017, Эдарби® ЛП-002359, 11.07.2016, Атаканд® П N014373/01, 25.12.2015, Теветен® П N012018/01, 20.04.2016, Диован® ЛП-002136, 12.04.2016, Лозап® Плюс ЛСР-000084, 04.09.2014, Телзап® Плюс ЛП-004359, 27.11.2017, Коапровель® ЛП-001027, 08.11.2016, Кардосап® Плюс ЛСР-007457/10, 04.10.2013, Атаканд® Плюс ЛСР-001340/08, 25.10.2017, Теветен® Плюс ЛСР-000319, 27.04.2016, Ко-Диован® ЛП-000689, 07.05.2015. 2. В соответствии с инструкциями по медицинскому применению телмисартан обладает наиболее продолжительным антигипертензивным эффектом среди других классов сартанов: лозартан, валсартан, ирбесартан, кандесартан, эпросартан, олемсартан, азилсартан. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Апроваск®. 4. Borbie G. et al. Clin Ther. 2012 Aug; 34(8): 1720-34. 5. Kohlmann O Jr. et al. The LOTHAR study: evaluation of efficacy and tolerability of the fixed combination of amlodipine and losartan in the treatment of essential hypertension. Arg. Bras. Cardiol. 2006 Jan; 86(1): 39-51. 6. Среди сартанов только лозартан снижает уровень мочевой кислоты. [Nishida et al. Cardiovascular Diabetology 2013, 12: 159]. Nidhi S. et al. The effects of Amlodipine plus Losartan combination versus Amlodipine alone on serum uric acid levels in hypertension at a tertiary care hospital of north India. World Journal of Pharmaceutical Science. 2016; 4(11): 195-199. *Согласно базе данных Государственного реестра лекарственных средств от 25.08.17 группа компаний Санofi имеет широкий кардиологический портфель, включающий антигипертензивные препараты (Лозап®, Лозап® Плюс, Телзап®, Апровель®, Коапровель®, Апроваск®, Коронал®, Тритаце®), гиплипидемические препараты (Торвакард®, Розукард®, Пралуент®), антикоагулянты (Клексан®), антиагреганты (Плавикс®, Колпавикс®). **У взрослых пациентов с ССЗ атеротромботического генеза. ***Под уникальной защитой почек и сердца подразумевается уникальное сочетание антигипертензивных препаратов (ирбесартан и амлодипин) в составе препарата Апроваск® (Государственный реестр лекарственных средств. Электронный ресурс: <https://grls.osminzdrav.ru/Default.aspx>. Доступ от 26.12.2017). ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, АД — артериальное давление.

Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция), 125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11, www.sanofi.ru. SARU.GLOSZ.18.01.0075

ТРИПЛИКСАМ®

АМЛОДИПИН+ИНДАПАМИД+ПЕРИНДОПРИЛА АРГИНИН

3 ВЕДИНСТВО 3-Х КОМПОНЕНТОВ

ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ АГ



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Трипликсам®

СОСТАВ: Трипликсам 5 мг/0,625 мг/2,5 мг; 5,0 мг амлодипина/0,625 мг индапамида/2,5 мг периндоприла аргинина. Трипликсам 5 мг/1,25 мг/5 мг; 5,0 мг амлодипина/1,25 мг индапамида/5,0 мг периндоприла аргинина. Трипликсам 10 мг/1,25 мг/5 мг; 10,0 мг амлодипина/1,25 мг индапамида/5,0 мг периндоприла аргинина. Трипликсам 5 мг/2,5 мг/10 мг; 5,0 мг амлодипина/2,5 мг индапамида/10,0 мг периндоприла аргинина. Трипликсам 10 мг/2,5 мг/10 мг; 10,0 мг амлодипина/2,5 мг индапамида/10,0 мг периндоприла аргинина. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** В качестве терапии у пациентов с артериальной гипертензией при снижении АД на фоне приема амлодипина, индапамида и периндоприла в тех же дозах. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗА:** Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в сутки предпочтительно утром перед приемом пищи. Доза препарата Трипликсам подбирается после ранее проведенного титрования до отдельных компонентов. Пациенты детского возраста: не следует применять. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к действующим и вспомогательным веществам, входящим в состав препарата, производным сульфонида, производным дигидропиридина, другим ингибиторам АПФ, любым другим веществам, входящим в состав препарата. Пациенты, находящиеся на гемодиализе. Нелеченная сердечная недостаточность в стадии декомпенсации. Тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин). Почечная недостаточность умеренной степени (КК 30-60 мл/мин) для дозировки комбинации периндоприла/индапамида 10 мг/2,5 мг (т.е. Трипликсам 5 мг/2,5 мг/10 мг и Трипликсам 10 мг/2,5 мг/10 мг). Ангионевротический отек (отек Квинке) на фоне приема ингибиторов АПФ в анамнезе (см. раздел «Особые указания»). Наследственный/идиопатический ангионевротический отек. Беременность (см. раздел «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»). Период грудного вскармливания (см. раздел «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»). Печеночная энцефалопатия. Тяжелая печеночная недостаточность. Гипокалиемия. Тяжелая артериальная гипотензия. Шок (включая кардиогенный). Обструкция выносящего тракта левого желудочка (например, клинически значимый стеноз устья аорты). Гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда. Одновременное применение с лисиненовыми препаратами у пациентов с сахарным диабетом или нарушениями функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) (см. разделы «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами» и «Фармакодинамика»). Двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки. Одновременное применение с препаратами, способными вызвать полиморфную желудочковую тахикардию типа «пируэт». Одновременное применение с препаратами, удлиняющими интервал QT. Одновременное применение с калийсберегающими диуретиками, препаратами калия и лития, у пациентов с повышенным содержанием калия в плазме крови. Возраст до 18 лет. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Ингибиторы АПФ и АРА II не следует применять одновременно у пациентов с диабетической нефропатией. Нейтропения/агранулоцитоз/тромбоцитопения/анемия. С осторожностью – у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, на фоне приема иммунодепрессантов, аллопуринола или прокаинамида, или при их сочетании, особенно у пациентов с нарушенной функцией почек. Контроль лейкоцитов в крови. Повышенная чувствительность/ангионевротический отек. Прекратить прием, пациент должен наблюдаться, пока признаки отека не исчезнут полностью. Ангионевротический отек, сопровождающийся отеком гортани, может привести к летальному исходу. Анафилактические реакции при проведении десенсибилизации. С осторожностью – у пациентов со склонностью к аллергическим реакциям, проходящим процедуры десенсибилизации, избирать применения пациентам, получающим иммуотерапию ядом переползающих насекомых. Временно отменить ингибитор АПФ не менее чем за 24 часа до начала процедуры десенсибилизации. Анафилактические реакции при проведении артериальной гипотензивной терапии ингибитором АПФ перед каждой процедурой артериальной гипотензивной терапии. Желательно использовать мембрану другого типа или применять антигипертензивное средство другой фармакотерапевтической группы. Беременность. Прекратить прием и назначить альтернативную гипотензивную терапию. Печеночная энцефалопатия. Прекратить прием. Фоточувствительность. Прекратить лечение. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Нарушение функции почек. У некоторых пациентов с артериальной гипертензией без предшествующего очевидного нарушения функции почек могут появиться лабораторные признаки функциональной почечной недостаточности. Лечение прекратить. Восстановить терапию, используя ионные дозы, либо использовать компоненты препарата в режиме монотерапии. Содержание ионов калия и креатинина – через 2 недели после начала терапии, затем каждые 2 месяца. Трипликсам не рекомендован пациентам с двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной почки. Риск артериальной гипотензии и/или почечной недостаточности (при наличии хронической сердечной недостаточности, обезвоживания и снижения содержания электролитов в плазме крови, у пациентов с исходно низким АД, стенозом почечной артерии или циррозом печени с отеками и асцитом): терапию начинать с низких доз, постепенно их увеличивая. Артериальная гипотензия и нарушение водно-электролитного баланса. Наличие исходной гипотензии связано с риском везикулярного развития артериальной гипотензии (особенно у пациентов со стенозом почечной артерии); регулярный контроль содержания электролитов в плазме крови. После восстановления ОЦК и АД возобновить терапию, используя низкие дозы, либо компоненты препарата в режиме монотерапии. Гипонатриемия: более частый контроль содержания ионов натрия у пациентов пожилого возраста и пациентов с циррозом печени. Содержание ионов калия в плазме крови. Гиперкалиемия: контроль содержания ионов калия в сыворотке крови у пациентов с почечной недостаточностью, нарушением функции почек, пожилого возраста (> 70 лет), с сахарным диабетом, некоторыми сопутствующими состояниями (гипердигидратация, острая декомпенсация сердечной деятельности, метаболический ацидоз), односторонним приемом калийсберегающих диуретиков (таких как спиронолактон, эплеренон, триамтерен, амилорид), препаратов калия или калийсберегающих заменителей пищевой соли, а также приемом других средств, способствующих повышению содержания ионов калия в плазме крови. Гипокалиемия. Группы высокого риска: пациенты пожилого возраста и/или истощенные пациенты, пациенты с циррозом печени с отеками и асцитом, пациенты с ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, пациенты с удлиненным интервалом QT. Контроль содержания ионов калия в плазме крови. Возможно развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа «пируэт», которая может быть фатальной. Содержание ионов кальция в плазме крови. Гиперкальциемия: отменить прием диуретических средств и провести исследование функции паращитовидных желез. Реноваскулярная гипертензия. У пациентов со стенозом почечной артерии лечение начинать в условиях стационара с низких доз при постоянном контроле состояния почек и уровня калия в крови. Сухой кашель, Атеросклероз. У пациентов с ишемической болезнью сердца и недостаточностью мозгового кровообращения лечение начинать с низких доз препарата. Гипертонический криз. Хроническая сердечная недостаточность. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью – с осторожностью. У пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью (IV функциональный класс по классификации NYHA) лечение начинать с более низких доз и под контролем врача. Митральный стеноз/аортальный стеноз/гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. С осторожностью – пациентам

с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Пациенты с сахарным диабетом. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа лечение начинать с более низких доз и под медицинским контролем. В течение первого месяца терапии регулярный контроль концентрации глюкозы в плазме крови и/или при наличии гипогликемии. Этнические различия. Меньше выраженное гипотензивное действие у пациентов негроидной расы, более высокая частота ангионевротического отека. Хирургическое вмешательство/общая анестезия. Прекратить прием за один сутки до хирургического вмешательства. Печеночная недостаточность. Соблюдать меры предосторожности. Редко на фоне приема ингибиторов АПФ возникает холестатическая желтуха. При прогрессировании синдрома развивается фульминантный некроз печени, иногда с летальным исходом. При появлении желтухи или значительном повышении активности «печеночных» ферментов прекратить прием. Мочевая кислота. При повышенной концентрации мочевой кислоты в плазме крови может увеличиваться частота возникновения приступов подагры. Пациенты пожилого возраста. Перед началом приема препарата оценить функциональную активность почек и содержание ионов калия в плазме крови. Увеличение дозы проводить с осторожностью. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ:** Противопоказанные сочетания. Аллискерин у пациентов с сахарным диабетом или почечной недостаточностью. Нерезомендуемые сочетания. Препараты лития. Аллискерин у пациентов, не имеющих сахарного диабета или нарушения функции почек. Совместная терапия с ингибиторами АПФ и блокаторами реноторной ангиотензина. Эстрамути. Калийсберегающие диуретики (такие как триамтерен, амилорид), соли калия. Дилантол (внутреннее введение). Грейпфрут или грейпфрутовый сок. Сочетания, требующие особого внимания. Баклофен. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), включая ацетилсалициловую кислоту в дозе ≥ 3 г в сутки. Гипогликемические средства (инсулины, гипогликемические средства для приема внутрь). Калийсберегающие диуретики. Калийсберегающие диуретики (эплеренон, спиронолактон). Препараты золота. Метформин. Ионообменные средства (ретиноар). Прочие взаимодействия. Силденафил. Циклоспорин. Алюминий/магнийсодержащие антациды. **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ:** Применение препарата Трипликсам при беременности противопоказано. **ФЕРТИЛЬНОСТЬ:** У некоторых пациентов, получающих лечение блокаторами «медленно» кальциевых каналов, было отмечено обратное снижение подвижности сперматозоидов. **ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ, МЕХАНИЗМАМИ:** Возможно возникновение слабости, головокружения, особенно в начале лечения. **ОСОБЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Часто: головокружение, головная боль, парестезия, вертиго, сонливость, диспепсия, нарушения зрения, зевн в пищу, ощущение сердцебиения, «приливы» крови к коже лица, артериальная гипотензия и симптомы, связанные с этим, кашель, одышка, боль в животе, запор, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, кожный зуд, кожная сыпь, мучжаппуляционная сыпь, сыпь мышц, периферические отеки, астеня, повышенная утомляемость, отеки. Нечасто: ринит, зозинофилия, реакции повышенной чувствительности, гипогликемия, гиперкальциемия, обратная сыпь после отмены препарата, гипонатриемия, анорексия, бессонница, лабильность настроения (включая тревожность), депрессия, нарушение сна, необычные сновидения, повышенная возбудимость, гипестезия, тремор, обмороч, диплопия, нарушение аккомодации, корь/картацизм, конъюнктивит, боль в глазах, тахикардия, васкулит, бронхоспазм, носовое кровотечение, сыпь/сыпь/отек/покраснение/пеллагра/пеллагра, изменение ритма дефекации, метеоризм, крапивница, ангионевротический отек, отек Квинке, аплопсия, пруритус, изменение цвета кожи, экзантема, повышенное потоотделение, реакции фоточувствительности, пемфигоид, артроз, артралгия, миалгия, боль в спине, нарушение мочеиспускания, иктерия, полипалурия, болезненное мочеиспускание, почечная недостаточность, зрительная дисфункция, гингивитоз, боль, боль в грудной клетке, недержание, озноб, жажда, лихорадка, повышение концентрации мочевины в крови, повышение концентрации креатинина в крови, повышение/снижение массы тела, падение. Редко: повышение аппетита, спутанность сознания, дерматит, маститы, повышение активности печеночных трансаминаз, гипотриглицеридемия. Очень редко: ангионевротический отек, мультиформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, экзfolиативный дерматит, токсический эпидермальный некролиз, коррозия, кожный пот, острая почечная недостаточность, снижение гемоглобина и гематокрита. Неутонченной частью: гипонатриемия, снижение содержания калия и развитие гипогликемии, особенно значимое для пациентов, относящихся к группе риска, обмороч, экстрапиримидные нарушения, миопия, нечеткость зрения, полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (возможно, со смертельным исходом), возможно развитие печеночной энцефалопатии в случае печеночной недостаточности, возможно обострение уже имеющегося системного корь волчанки, удлинение интервала QT на ЭКГ, повышение концентрации мочевой кислоты в крови. **ПЕРЕДОЗИРОВКА. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** Периндоприл – ингибитор фермента, превращающего ангиотензин I в ангиотензин II (ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)). Индапамид относится к производным сульфонидама с индольным кольцом и по фармакологическим свойствам близок к тiazидным диуретикам. Амлодипин – БМКК, производное дигидропиридина. Амлодипин ингибирует трансмембранный переход ионов кальция в кардиомиоциты и гладкомышечные клетки сосудистой стенки. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 0,625 мг + 2,5 мг; 5 мг + 1,25 мг + 5 мг; 10 мг + 1,25 мг + 5 мг; 5 мг + 2,5 мг + 10 мг; 10 мг + 2,5 мг + 10 мг. По 29 или 30 таблеток у флакон из полипропилена, снабженный дозатором и пробкой, содержащий влапоглощающий агент (силикагель). По 1 флакону с инструкцией о медицинском применении в пачку картонную с контролем первого вскрытия.

Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

ЛАГ – ЭТО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАЧНИТЕ ЛЕЧЕНИЕ С ОПСАМИТА

55%

Снижение относительного риска прогрессирования заболевания у пациентов с впервые выявленной ЛАГ в стартовой монотерапии Опсамитом¹

45%

Снижение относительного риска прогрессирования заболевания у пациентов с ЛАГ любой популяции^{1,2}

77%

Снижение относительного риска госпитализации у пациентов с впервые выявленной ЛАГ в стартовой монотерапии Опсамитом¹

38%

Снижение относительного риска прогрессирования заболевания в комбинированной терапии Опсамитом с иФДЭ-5^{1,2}



**НАЧНИТЕ С
ОПСАМИТА**
мацитентан

Опсамит® показан для длительного лечения в монотерапии или в составе комбинации у взрослых пациентов с ЛАГ II-III ФК по ВОЗ: первичной (идиопатической и наследственной) ЛАГ; ЛАГ и компенсированным врожденным неосложненным пороком сердца; ЛАГ и заболеваниями соединительной ткани.

Противопоказания: повышенная чувствительность к мацитентану и/или любому из компонентов препарата; редко встречающаяся врожденная непереносимость галактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции или повышенная чувствительность к белку сои; беременность; грудное вскармливание; применение у женщин с сохраненным детородным потенциалом, не пользующихся надежными методами контрацепции; тяжелая степень печеночной недостаточности (10 баллов и выше по шкале Чайлд-Пью), как в случае диагностированного цирроза печени, так и без него; исходное повышение активности «печеночных» трансаминаз АЛТ и/или АСТ более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы (ВГН); почечная недостаточность тяжелой степени (клиренс креатинина <30 мл/мин), в том числе и при необходимости диализа; возраст до 18 лет (ограниченный опыт клинического применения).

Состорожность: анемия тяжелой степени перед началом лечения; у пациентов с ЛАГ I ФК по классификации ВОЗ (недостаточно клинических данных); у пациентов старше 75 лет (ограниченный опыт применения); нарушение функции печени умеренной степени (7-9 баллов по шкале Чайлд-Пью); у пациентов с ЛАГ, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, применением лекарств и токсинов; при совместном применении с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (итраконазол, кетоконазол, вориконозол, кларитромицин, телитромицин, нефазодон, ритонавир и саквинавир); при совместном применении с мощными индукторами изофермента CYP3A4 (рифампицин, зверобой, продырявленный, карбамазепин, фенитоин). **Побочное действие:** очень часто: назофарингит, бронхит, анемия, головная боль, периферические отеки / задержка жидкости.

1. Simonneau G et al. Eur Respir J 2015; 46(6): 1711-1720. 2. Pulido T et al. N Engl J Med 2013; 369(9): 809-818. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Опсамит® 2015.



Премия XXIII национального конгресса «Человек и Лекарство»
*KRKA – лидер в области кардиологии!**

Телмиста®

24 Табл.

телмисартан
 таблетки 40 мг и 80 мг



ХОРОШИЕ НОВОСТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ

Показания	Доза	Способ применения
Эссенциальная гипертензия.	40-80 мг	Внутри, один раз в сутки, запивая жидкостью, вне зависимости от времени приема пищи
Снижение смертности и частоты сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых пациентов: <ul style="list-style-type: none"> с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеротромботического генеза (ишемическая болезнь сердца, инсульт или поражение периферических артерий в анамнезе); с сахарным диабетом 2 типа с поражением органов-мишеней. 	80 мг	

Форма выпуска: таблетки, 40 мг, 80 мг №28 и №84.
Условия хранения: при температуре не выше 25 °С, в оригинальной упаковке. Хранить в недоступном для детей месте.
Срок годности: 3 года.
Условия отпуска: по рецепту.
Регистрационный номер: ЛП-003269 от 26.10.2015.
 Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Источники информации: 1. www.chelovekilekarstvo.ru, апрель 2016, г. Москва

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»

125212, г. Москва, Головинское шоссе, дом 5, корпус 1. Тел.: (495) 981-10-95, факс: (495) 981-10-91. e-mail: info@krka.ru, www.krka.ru





Бозенекс®

МНН Бозентан

путь свободен

Способствует улучшению ключевых гемодинамических параметров и толерантности больных к физическим нагрузкам*

Пролонгирует время до клинического ухудшения*

Позитивно влияет на клинические исходы*



* данные из инструкции по медицинскому применению
Реклама. РУ ЛП-004208 21.03.2017 г.
Отпускается по рецепту врача.
Перед применением ознакомьтесь с инструкцией

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ