

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е.И.** Академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГУ РК НПК Росмедтехнологий
- Оганов Р.Г.** Академик РАМН, директор ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

- Чазова И.Е.** Профессор, руководитель отдела системных гипертензий ФГУ РК НПК Росмедтехнологий
- Бойцов С.А.** Профессор, первый заместитель генерального директора ФГУ РК НПК Росмедтехнологий

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

- Наконечников С. Н.** Ученый секретарь ФГУ РК НПК Росмедтехнологий

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Арутюнов Г.П. (Москва) | Мычка В.Б. (Москва) |
| Архипов М.В. (Екатеринбург) | Никитин Ю.П. (Новосибирск) |
| Волкова Э.Г. (Челябинск) | Недогода С.В. (Волгоград) |
| Галявич А.С. (Казань) | Небиеридзе Д.В. (Москва) |
| Гринштейн Ю.И. (Красноярск) | Остроумова О.Д. (Москва) |
| Довгалецкий П.Я. (Саратов) | Ощепкова Е.В. (Москва) |
| Скворцова В.И. (Москва) | Подзолков В.И. (Москва) |
| Шестакова М.В. (Москва) | Поздняков Ю.М. (Жуковский) |
| Кательницкая Л.И. (Ростов-на-Дону) | Рогоза А.Н. (Москва) |
| Калинина А.М. (Москва) | Суслина З.А. (Москва) |
| Карпов Р.С. (Томск) | Терещенко С.Н. (Москва) |
| Карпов Ю.А. (Москва) | Чихладзе Н.М. (Москва) |
| Лопатин Ю.М. (Волгоград) | Шахиджанова С.В. (Москва) |
| Мартынов А.И. (Москва) | Шальнова С.А. (Москва) |
| Мартынюк Т.В. (Москва) | Перепеч Н.Б. (С.-Петербург) |
| Медведева И.В. (Тюмень) | |

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР
МЕРК ШАРП и ДОУМ



MSD

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

АСТРА ЗЕНЕКА
БЕРЛИН-ХЕМИ
БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ ФАРМА
НИКОМЕД
НОВАРТИС
САНОФИ-АВЕНТИС
СЕРВЬЕ
ШЕРИНГ-БАЙЕР

AstraZeneca 

 Boehringer
Ingelheim


 NOVARTIS

 **SERVIER**

 **БЕРЛИН-ХЕМИ**
МЕНАРИНИ

 **NYCOMED**

 **sanofi aventis**

 Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

СПОНСОРЫ

АКТАВИС

ЭЙЭНДИ

БРИСТОЛЬ-МАЙЕРС

СКВИББ

ВЕРВАГ ФАРМА

ГМБХ И КО.КГ

ГЕДЕОН РИХТЕР А.О

ЗЕНТИВА

КРКА

НТФ «ПОЛИСАН»

ОМРОН

ПЛИВА

ХРВАТСКА Д.О.О.

ПФАЙЗЕР ИНТЕРНЕЙШНЛ

СОЛВЕЙ ФАРМА

ТЕВА

ФАРМСТАНДАРТ

Ф.ХОФФМАНН-ЛЯ РОШ

ХЕМОФАРМ

ШВАРЦ ФАРМА

ЭББОТ

ЭГИС

МЕРК СЕРОНО С.А.

ВАЙНМАНН

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

МЕДИА МЕДИКА

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ	1
СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ	2
1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	4
2. ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	8
3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ	13
4. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ	23
5. РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ	28
ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	28
6. НОВЫЕ ДАННЫЕ В ИЗУЧЕНИИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	44
7. НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АГ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ	55
8. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС	57
9. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ	63
10. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	71
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ.....	75

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

1.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭФФЕКТОМ БЕЛОГО ХАЛАТА БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г.Ф., Горбунов В.М., Деев А.Д.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий

Введение:

выявить взаимосвязь между показателями качества жизни (КЖ), психологического статуса и степенью выраженности эффекта белого халата (ЭБХ) у пациентов со стабильной мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы:

Проанализированы данные 5 исследований, включающих результаты 252 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Критерии включения: наличие стабильной АГ, отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний, начало СМАД в 10.00-10.30 (прибор Spacelabs 90207), период отмены препарата 1-2 недели. Выраженность ЭБХ оценивалась двумя способами (модифицированный метод Р. Owens и соавт.): разность 1) между средним дневным АД (АДд) и первым (клиническим) измерением АД; 2) между средним АДд и средним АД в течение первого часа. Абсолютная величина отрицательных значения этого показателя отражает степень выраженности ЭБХ, положительных - степень выраженности скрытой АГ (САГ). После СМАД пациенты заполняли опросник КЖ "General Well-Being Questionnaire" (Siegrist J.) и психологический опросник СМОЛ (версия "Minnesota Multiphase Personality Inventory"). Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол, продолжительность АГ.

Результаты:

14.5; диастолическое ± Среднее систолическое АДд (САД) составило 142.1 9.9 (мм рт.ст.). Найдены следующие достоверные ± АДд (ДАД) - 89.1 корреляционные связи (r) между выраженностью ЭБХ и показателями, характеризующими КЖ и ПС: 1) положительные - с уровнем эмоциональной напряженности, агрессивности, стремлением к лидерству (показатели шкал F₆ - СМОЛ), с негативным психологическим самочувствием, настроением на визите (IV, M шкалы КЖ); 2) отрицательные - с уровнем поведенческой и эмоциональной импульсивности (3, 4 шкалы СМОЛ), с социальной конформностью и высоким самоконтролем поведения (K, 2, 7 шкалы СМОЛ).

Заключение:

поведенческая и эмоциональная импульсивность в сочетании с высоким самоконтролем поведения и социальной конформностью отражают склонность

пациента к проявлению ЭБХ, а эмоциональная напряженность, агрессивность, стремление к лидерству негативное психологическое самочувствие, настроение на визите - к САГ.

1.2. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ МАССЫ ТЕЛА

Биктимирова Д.М., Иевлева Г.И., Саламатина Л.В.

ГУ НИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ КРАЙНЕГО СЕВЕРА РАМН

Введение:

изучить показатели качества жизни (КЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ), проживающих в условиях Крайнего Севера в зависимости от выраженности избыточной массы тела.

Материалы и методы:

Обследовано 46 мужчин и 42 женщины с АГ II стадии 1-3 степени (классификация ВНОК, 2001). Средний возраст пациентов - 50,7±6,3 лет, длительность заболевания - 10,1±7,4 лет, длительность «северного стажа» - 6,6±8,1 лет. КЖ изучалось с помощью опросника SF-36. Избыточную массу тела определяли согласно классификации ВОЗ (1997). Результаты представлены в виде M±σ.

Результаты:

Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) у пациентов составило 31,6±4,9 кг/м², при этом ожирение (ИМТ>30 кг/м²) наблюдалось у 57 обследованных (65%). У больных с АГ, имеющих нормальную массу тела, показатели КЖ были достоверно выше, чем у пациентов с избыточной массой тела. Показатели физической активности, интенсивность болевого синдрома прогрессивно ухудшались с возрастанием степени ожирения (p<0,05). При гендерном анализе показатели КЖ у лиц мужского пола по всем разделам превышали таковые у женщин (p<0,05). При этом ИМТ у мужчин в среднем был достоверно ниже, чем у женщин (p<0,05). В мужской популяции преобладала физическая активность, физические и эмоциональные нагрузки оказывали меньшее влияние на повседневную деятельность. Статистически значимых зависимостей показателей КЖ с длительностью заболевания и продолжительностью северного стажа нами не выявлено.

Заключение:

Уровень КЖ у больных АГ с избыточной массой тела, проживающих в условиях высоких широт достоверно ниже, в сравнении с пациентами, у которых ИМТ не превышает 25 кг/м². При этом, достоверно к ухудшению показателей КЖ приводит не только сам факт избыточной массы тела, но и прогрессирование степени ожирения.

1.3. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СМЕННОГО ХАРАКТЕРА РАБОТЫ

Запесочная И.Л., Автандилов А.Г.

ГОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РОСЗДРАВА», МОСКВА

Введение:

изучить особенности центральной гемодинамики у больных АГ в условиях Крайнего Севера, и провести сравнительный анализ изменений, обусловленных сменным характером их работы.

Материалы и методы:

обследовано 95 больных АГ I-II степени (средний возраст $41,5 \pm 3,1$ года), которые были разделены на 2 группы: I группа – 53 человека, работающих в дневную смену; II группа – 42 человека, работающих посменно, то есть в дневную и в ночную смену. Длительность АГ – $9,5 \pm 2,9$ года, время проживания на Севере – $22,2 \pm 3,2$ года. ЭхоКГ проводилось в состоянии покоя по стандартной методике на аппарате System Five (США). ММЛЖ вычислялась по формуле R. Devereux. ИММЛЖ определялся как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. ОТС ЛЖ рассчитывалась как отношение суммы ТМЖП ЛЖ и ТЗС ЛЖ к КДР ЛЖ. Выделялись 4 варианта геометрии ЛЖ: нормальная геометрия, концентрическая ГЛЖ, эксцентрическая ГЛЖ, концентрическое ремоделирование.

Результаты:

отмечалось достоверное увеличение КДР ЛЖ, ТМЖП ЛЖ, ТЗС ЛЖ, ЛПД, ИЛП, КДО ЛЖ, МО ЛЖ, ОПСС во II группе по сравнению с I группой. ММЛЖ была достоверно выше в группе больных АГ, работающих в ночь, в сравнении с группой больных АГ, работающих в день ($234,3 \pm 15,7$ и $202,1 \pm 16,1$ г соответственно; $p < 0,05$). У пациентов II группы отмечалось выраженное увеличение ИММЛЖ по сравнению с I группой ($138,2 \pm 8,3$ и $119,0 \pm 11,2$ г/м² соответственно; $p < 0,01$). ОТС достоверно была выше во II группе по сравнению с I группой ($0,45 \pm 0,04$ и $0,41 \pm 0,03$ ед. соответственно; $p < 0,05$). В I группе нормальную геометрию ЛЖ имели 57% больных АГ; 9% – эксцентрическую ГЛЖ; концентрические изменения миокарда ЛЖ встречались в 34% случаев: 24% лиц имели концентрическую ГЛЖ, 10% – концентрическое ремоделирование ЛЖ. Во II группе нормальная геометрия ЛЖ определялась у 29% лиц; концентрическая ГЛЖ – у 42,9%; концентрическое ремоделирование ЛЖ – у 18,1%; эксцентрическая ГЛЖ – у 10%.

Заключение:

1. У больных АГ, работающих в ночь в условиях Крайнего Севера, по сравнению с группой больных АГ, работающих в день, определяется достоверно более высокий ИММЛЖ; отмечаются преимущественно концентрические изменения структуры ЛЖ. 2. Концентрическая ГЛЖ у

больных АГ, работающих в ночь, выявляется в два раза чаще, чем у пациентов с АГ, работающих в день.

1.4. КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ

Опалинская И.В., Бусалаева Е.И.,
Васильева Н.П., Кукушкина С.Н.

ЧУВАШСКИЙ ГОСУНИВЕРСИТЕТ, г. ЧЕБОКСАРЫ

Введение:

Распространенность гипертонической болезни (ГБ) по России составляет 25-45%. Осложнения и прогноз при этом заболевании зависят от качества и эффективности лечения.

Материалы и методы:

Обследовано 72 больных ГБ (II и III стадий), находившихся на стационарном лечении в Республиканском кардиологическом диспансере. Пациентов условно разделили на 3 группы: находившихся на монотерапии, получавших комбинированную терапию и не принимавших регулярного лечения на амбулаторном этапе.

Результаты:

Комбинированную терапию получали 50% пациентов (средний возраст 58,1 лет), на монотерапии находились 14% (средний возраст 55,8 лет, в 80% женщины), отсутствовало регулярное лечение у 36% пациентов (возраст 59,5 лет, в 64% мужчины). Материальный доход у основной массы пациентов составил менее 5000 рублей в месяц. Регулярно осуществляли контроль за АД только 45% больных. Недостоверно чаще гипертрофия левого желудочка встречалась среди пациентов, получавших комбинированную терапию в сравнении с пациентами на монотерапии и не лечившимися (78% против 92%). У последних достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались гипертонические кризы (90,3% против 42,1%). У 70% больных наблюдалась гиперхолестеринемия, и только 11% принимали статины, у 67% – гиподинамия, чаще у нелечившихся. В структуре медикаментозной терапии преобладали ингибиторы АПФ (75%), чаще назначались эналаприл и лизиноприл. 46% получали β -блокаторы (чаще бисопролол и метопролол), 35% – антагонисты кальция (в 52% амлодипин) и диуретики (в 80% индапамид). Менее половины пациентов желали изменить образ жизни, 40% – снизить массу тела и устранить гипертонию и только 12% – бросить курить.

Заключение:

Таким образом, комбинированная антигипертензивная терапия использовалась только у 50% больных, 1/3 пациентов не лечилась. Чаще назначались ингибиторы АПФ (эналаприл), редко применялись оригинальные препараты, статины. Отмечена низкая приверженность правильному образу жизни, отсутствие влияния материального достатка на качество лечения.

1.5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ГОРОДА КИРОВА

Пьянков В.А., Чуясова Ю.К., Пояркова Е.В.

МУЗ СЕВЕРНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА,
МУЗ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2,
КИРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Легочная гипертензия (ЛГ) является предиктором неблагоприятного прогноза у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Цель нашего исследования - оценить распространенность ЛГ в популяции больных ХОБЛ г. Кирова.

Материалы и методы:

В исследование были включены 544 мужчины (средний возраст $62,9 \pm 10,1$ лет) с верифицированной ХОБЛ. Всем больным, включенным в исследование, проводился скрининг ЛГ с использованием доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ). В стандартных позициях оценивались толщина свободной стенки правого желудочка (ПЖ), линейные размеры и объемы правого предсердия и ПЖ. В режиме импульсно-волнового доплера (ИВД) оценивалась диастолическая функция ПЖ. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) оценивалось в режиме постоянно-волнового доплера (ПВД) по максимальному градиенту трикуспидальной регургитации. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) рассчитывалось по эмпирической формуле Chemla and al. ($\text{СрДЛА} = 0,61 \times \text{СДЛА} + 2$). Критериями ЛГ являлись $\text{СДЛА} > 30$ мм.рт.ст., $\text{СрДЛА} > 25$ мм.рт.ст.

Результаты:

ЛГ и сопутствующие ей ремоделирование и дисфункция ПЖ были выявлены у 219 пациентов (40,2%) с ХОБЛ. Все больные с ЛГ имели значение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) $< 50\%$ от должного. Нарушение диастолической функции ПЖ было выявлено у 100% больных ЛГ. Систолическая дисфункция ПЖ (фракция выброса ПЖ $< 45\%$, фракция площади ПЖ $< 32\%$) была выявлена у 16,9% больных с ЛГ. Для этих пациентов была характерна значительная легочная гипертензия ($\text{СДЛА} > 50$ мм.рт.ст., $\text{СрДЛА} > 35$ мм.рт.ст.).

Заключение:

В популяции больных ХОБЛ города Кирова была выявлена высокая распространенность ЛГ и сопутствующей ей дисфункции ПЖ. Для улучшения прогноза необходимо включение скрининга ЛГ в программы ведения больных с тяжелой ХОБЛ.

1.6. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ГОРОДА КИРОВА

Пьянков В.А., Чуясова Ю.К., Пояркова Е.В.

МУЗ СЕВЕРНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА г.КИРОВА,
МУЗ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2,
КИРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Оценить распространенность артериальной гипертензии (АГ), факторов риска и ассоциированных клинических состояний у больных бронхиальной астмой (БА) города Кирова.

Материалы и методы:

В исследование были включены 336 госпитализированных пациентов с неконтролируемой БА. Всем пациентам проводилось измерение артериального давления, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты:

АГ была выявлена у 61,9% (208 пациентов): степень 2 АГ у 76% (158 пациентов), степень 3 АГ у 24% (50 пациентов). Средний возраст пациентов с АГ составил $60,8 \pm 10,2$ лет, мужчины 15,4%, женщины 84,6%. 16 пациентов с БА и АГ (7,6%) были активными табакокурщиками. Дислипидемия была выявлена у 48% больных АГ, абдоминальное ожирение - у 53,8%, избыточный вес - у 25,9%. Ассоциированные клинические состояния, такие как ишемическая болезнь сердца (ИБС), были диагностированы у 10,5% пациентов БА с АГ. Атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей было диагностировано у 8,6%, а сахарный диабет 2 типа у 10,5% пациентов БА с АГ.

Заключение:

Наше исследование выявило у больных БА г. Кирова высокую распространенность АГ и плохой контроль факторов риска, которые могут ассоциироваться с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Врачи первичного медицинского звена и специалисты-пульмонологи должны вовремя выявлять и лечить АГ у больных БА для улучшения прогноза и снижения риска осложнений.

1.7. КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Шинкарук Е.В., Колбасин Л.Н., Мамедова С.И.,
Голубева Н.В.

ГУ НИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
КРАЙНЕГО СЕВЕРА РАМН, г. НАДЫМ

Введение(цели/задачи):

Изучить распространенность абдоминального ожирения (АО) у пришлых жителей с артериальной гипертонией

(АГ), проживающих на территории Ямальского региона, с позиции генетики.

Материалы и методы:

Проанализировано 137 генеалогических карт пациентов (98 женщин, 39 мужчин) с верифицированным диагнозом АГ. Средний возраст обследованных $49,5 \pm 8,1$ лет, длительность течения АГ $11,3 \pm 5,4$ лет, стаж проживания на Крайнем Севере $28,9 \pm 11,3$ лет. АО верифицировали по окружности талии, согласно диагностическим критериям метаболического синдрома NCEPATP (2001). Дополнительно были собраны сведения о 896 родственниках 1 степени родства.

Результаты:

Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 109 человек (80%) с АГ и АО. Во вторую – 28 человек (20%) с АГ без АО. Среди 707 родственников первой группы АО выявлено у 167 больных (23%): женщин 116 (69%), мужчин – 51 (31%). Во второй группе, состоящей из 189 родственников, АО страдали 25 пациентов – 13% (17 женщин, 8 мужчин). Соотношение лиц с АО и без АО в первой группе составило 1:3,23, во второй 1:6,56. Анализ данных выявил заметное преобладание женщин,

страдающих АО, над мужчинами. Так, в первой группе АО страдали 31% всех родителей пробанда, 40% сибсов, 10% детей. Среди родителей АО чаще страдали матери (55%), чем отцы (12%). Сестры с АО встречались в два раза чаще (40%), чем братья (19%). Среди детей АО наблюдалось у 21 пробанда (11 мальчиков, 10 девочек). Эти данные говорят о возможном влиянии женского генотипа на экспрессивность ожирения как патологического признака у потомства. Во второй группе АО наблюдалось у 22% родителей пробанда, 13% сибсов, 8% детей. Среди родителей АО у матерей наблюдалось в 2 раза чаще, чем у отцов (15% против 7%). Сестры с АО встречались в 8% случаев, братья – в 5%. Передача признака по вертикальным ветвям родословной в первой группе наблюдалась в 58% случаев, что свидетельствует об устойчивости, а не о случайности присутствия АО. Высокая распространенность признака по горизонтальным ветвям у 64% родословных говорит о высокой пенетрантности АО.

Заключение:

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о значительной распространенности АО среди женщин в семьях пробандов с АГ и АО, как по вертикальным, так и по горизонтальным ветвям генеалогического древа.

2. ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

2.1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Байкова О.А., Люсов В.А., Евсиков Е.М.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Введение:

Гипертонические кризы (ГК) являются одними из самых частых осложнений первичной артериальной гипертензии (АГ), однако вопросы их патогенеза, терапии и первичной профилактики остаются недостаточно изученными и по настоящий день.

Цель: изучить роль гемодинамических, эндокринных и нефрологических нарушений в развитии и патогенезе ГК при первичной АГ.

Материал и методы:

Исследование проведено у 563 больных (189 муж. и 374 жен., от 25 до 66 лет) с первичной АГ I-III ст., ВОЗ (1997), осложнявшейся кризами. Группа сравнения: 619 больных (207 муж. и 412 жен., от 31 до 66 лет) с АГ I-III ст., без кризов. Гемодинамику оценивали по данным эхо-, рео- и радиокордиографии. Исследование почек включало статическую и динамическую сцинтиграфию, ультразвуковую и компьютерную томографию, экскреторную урографию и ангиографию - по показаниям. Уровень гормонов в плазме крови гипофиза, щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников, гонад, экскрецию ФСГ, ЛГ, альдостерона, циклических нуклеотидов, альбумина и бета-2-микроглобулина с мочой определяли радиоиммунологическим методом.

Результаты:

установили, что стрессорные, психогенные и неврологические факторы и виды патологии имели значение в развитии и патогенезе кризов более чем у 2/3 больных с первичной АГ. В период криза доминировал гиперкинетический тип кровообращения, который не был связан с выраженностью гипертрофии, типами ремоделирования и видами сопутствующей хронической патологии левого желудочка. У больных с кризами имелось значимое повышение уровня в плазме крови гонадотропинов, тиреотропного гормона, альдостерона и изменения в соотношении экскретируемых с мочой циклических нуклеотидов. Почечные поражения и дисфункции выявлялись более чем у 2/3 больных с ГК. Преобладали хронические воспалительные поражения одной или двух почек. Не характерны были формы поражения со стенозированием почечных артерий, с уменьшением числа действующей паренхимы и с исходом в сморщивание почки.

Заключение:

кризы чаще развиваются у тех больных с первичной АГ, у которых изменения психики и реактивности ЦНС

сочетаются с выраженной дисфункцией передней доли гипофиза, коры надпочечников и щитовидной железы, с хроническими воспалительными заболеваниями почек, которые не привели к уменьшению объема их действующей паренхимы или сморщиванию.

2.2. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

Е.М.Евсиков, В.А.Люсов, О.А.Байкова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава,

15 ГКБ им.О.М.Филатова, г.Москва.

Введение:

В клинических исследованиях было показано, что в основе наследственной предрасположенности к развитию артериальных гипертензий (АГ) с полигенным типом наследования могут лежать врожденные аномалии развития таких органов, как почки, их сосуды, органы мочевыводящей системы (МВС), аорты и ее крупных ветвей, патология соединительной ткани. Семиотика и значимость этих нарушений в развитии первичной АГ до настоящего времени остаются неуточненными.

Цель: оценка роли врожденных сердечно-сосудистых дисфункций, почечных, органных и эндокринных нарушений, электролитных и гемодинамических расстройств в патогенезе заболевания у больных имеющих наследственную отягощенность по первичной хронической АГ.

Материалы и методы:

514 больных первичной гипертензией (АГ) I-III ст. (ВОЗ, 1997), имеющих отягощенный семейный анамнез по заболеванию, в том числе 172 муж. и 342 жен., 16-72 года. Группа сравнения - 254 больных: 91 муж. и 163 жен., 24-66 лет без наследственной отягощенности. В условиях кардиологического стационара оценивали динамику АД под влиянием гипотензивной терапии, проводили эхокардиографию, доплерографию ветвей аорты, капилляроскопию сосудов глазного дна, оценивали функцию и структуру почек методами динамической сцинтиграфии, УЗИ-почек, ренорадиографии, экскреторной урографии, ангиографии почечных артерий, определяли уровень электролитов и азотывыведения с мочой.

Результаты:

Установлено, что у больных первичной АГ с наследственной отягощенностью имелась существенная связь синдрома гипертензии с такими изменениями, как гипертрофия левого желудочка, с выраженностью поражения сосудов глазного дна, с врожденными аномалиями развития почек и почечных сосудов, что сопровождалось

такими почечными дисфункциями, как повышение скорости клубочковой фильтрации, избыточное выведение уропротеинов.

Заключение:

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что у больных первичной АГ с наследственной отягощенностью имеет-ся существенная связь синдрома гипертензии с изменениями сердечно-сосудистой системы, аномалиями развития почечных артерий, с врожденными аномалиями развития почек и структур мочевыводящей системы, с полигландулярными эндокринными изменениями, которые имеют существенное значение в патогенезе заболевания и его терапии.

2.3. МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ - ФАКТОР РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кательницкая Л.И., Хаишева Л.А., Глова С.Е.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Введение:

Цель – изучение жесткости сосудистой стенки, наличие микроальбуминурии (МАУ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), особенности применения Листрила.

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 42 больных ГБ, в возрасте $60,3 \pm 0,83$ года. На 1-м визите проводилась оценка ССР по системе SCORE, изучение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), определение МАУ, далее в качестве гипотензивной терапии назначался Листрил в дозе 5-10 мг в сутки (лизиноприл, Dr.Reddy's). Эффективность гипотензивной терапии оценивали каждые 4 недели, при не достижении целевых цифр АД доза листрила увеличивалась до 10-20 мг в сутки или добавлялся амлодипин в дозе 5 мг. Через 12 недель оценивался ССР, СРПВ, МАУ.

Результаты:

При оценке МАУ у пациентов, выявлено, что она наблюдается у 26,2% обследованных. У 29 пациентов (69% обследованных) с ГБ имеются нарушения СРПВ по сосудам эластического типа $S_e - 12,72 \pm 0,68$ м/с, получена прямая нелинейная корреляционная взаимосвязь между возрастом и СРПВ в артериях эластического типа ($r=0,51$ ($p<0,001$)). Через 4 недели терапии у 42,9% пациентов (18 человек) удалось достичь целевых значений АД. При дальнейшем увеличении дозы исследуемых препаратов лишь 4 пациентам из всех обследованных не удалось добиться целевых значений АД.

Заключение:

Назначение Листрила сопровождалось как уменьшением уровня МАУ с 110 мг/л до 70 мг/л т.е. на 54,5% от исходного уже к концу 1-го месяца; эффект сохранялся на протяжении всего исследования и к его концу составлял 30% от начальной величины экскреции альбумина с мочой. Через 12 недель терапии произошло достоверное снижение S_e , однако S_e не достигла нормальных значе-

ний - $10,82 \pm 1,2$ м/с. Через 12 недель терапии листрилом больным был оценен ССР по системе SCORE: если до начала терапии 10 пациентов имели очень высокий риск и у 23 больных отмечался высокий риск, то через 3 месяца терапии: у 3-х пациентов (7,1%) отмечался очень высокий риск и у 15 больных (35,7%) высокий; возросло количество больных со средним риском с 9 до 17 человек (40,5%) и 7 (16,7%) человек в результате лечения стали иметь низкий ССР.

2.4. ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

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

Введение:

Цель: исследовать у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом характер влияния сочетанной терапии сифором и берлиприлом-5 на динамику артериального давления (АД) и дислипидемию (ДЛП).

Материалы и методы:

обследовано 28 больных в возрасте 48-65 лет АГ I-II ст с метаболическим синдромом. У всех больных было абдоминальное ожирение, сахарный диабет тип 2 легкой и средней тяжести, ДЛП II Б типа. Курс сочетанной терапии сифором (500-1700 мг/сут) и берлиприлом-5 (5-15 мг/сут) продолжается 12 нед. АД контролировали ежедневно в течение первого месяца, далее - ежемесячно и оценивали гипотензивный эффект как полный, частичный и неудовлетворительный. Исходным, через 4-12 нед. лечения определяли некоторые показатели липидного обмена и рассчитывали коэффициенты атерогенности.

Результаты:

АДс снизилось (7,5%) к 4-м нед. и это снижение сохранилось (7,4%) к завершению курса приема препарата, $p < 0,05$. Уменьшение АДд (7,6% и 7,9%) выявлено на 4 и 12 нед. терапии. Полный гипотензивный эффект был достигнут у 25,0% больных, частичный – 54,2% и в 20,8% случаях АД нормализовать не удалось (в группе больных АД II ст.). Сочетанная терапия сифором и берлиприлом – 5 на всех этапах исследования сопровождалась снижением уровня ОХС (9,5% и 10,1%), ХС ЛПНП (13,7% и 14,7%), ТГ (23,2% и 22,9%) и повышением концентрации ХС ЛНП (13,9% и 16,0%), $p < 0,05$.

Снижение индекса атерогенности составила 27,3% и 26,5%, риска ИБС1- 24,0% и 21,2% и риска ИБС 2 – 25,6% и 24,4%, $p < 0,01$.

Заключение:

у больных АГ с метаболическим синдромом сочетанное лечение метформином и берлиприлом-5 оказывает позитивное влияние на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний – АГ и ДЛП, что позволяет считать целесообразным его применение у пациентов данной категории. Однако отсутствие динамики АД у больных АН II ст. указывает на необходимость усиления гипотензивной терапии.

2.5. ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАССЫ ТЕЛА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТЕ 3-Х ЛЕТНЕГО ДИЕТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Молчанова О.В., Бритов А.Н.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии

Введение:

Большинство исследователей отдаёт предпочтение немедикаментозным методам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), оставляя медикаментозную профилактику для определённых групп населения, у которых неэффективно немедикаментозное воздействие. Из немедикаментозных методов самым физиологичным и постоянно действующим является питание. Цель. Определение возможностей немедикаментозного контроля артериального давления (АД) и массы тела (МТ) изменением питания у лиц среднего возраста с пограничной артериальной гипертонией (ПАГ) и факторами риска ССЗ для профилактики АД.

Материалы и методы:

Из двух организованных популяций одинаковых профессий по критериям включения и исключения были отобраны 2 группы: в группу вмешательства (ГВ) включено 287 человек, 203 согласились изменить питание в течение 3-х лет, в группу сравнения (ГС) - 252 человека. Критерии включения: лица 25-39 лет с АД=130-159/85-94, 40-45 лет с АД=135-159/85-94 мм рт.ст.; 25-39 лет с АД<130/85, 40-45 с АД<135/85 мм рт.ст., с ЧСС >85 уд. в мин.; 25-39 лет с АД<130/85, 40-45 с АД<135/85 мм рт.ст., с положительным семейным анамнезом. Критерии исключения: наличие АГ, ишемической болезни сердца и другие ССЗ, сахарный диабет, ожирение (индекс массы тела (ИМТ) >40 кг/м²). Изменения питания состояли в назначении диеты с увеличением содержания калия до 4 г, уменьшении натрия до 2,5 г, увеличении клетчатки до 20 г в день без назначения пищевых добавок. Калорийность рациона составила около 2300 ккал, у лиц с ИМТ > 27 кг/м² снижена до 2000 ккал. Вмешательство проводилось в личном рационе и на рабочем месте - в столовой.

Результаты:

ГВ и ГС сравнимы между собой. В результате изменения питания: в ГВ у женщин САД снизилось на 3,27 (p<0,05); ДАД снизилось на 2,09 мм рт.ст. (p<0,05); МТ снизилась на 2,43 кг. В ГС была естественная динамика: САД повысилось на 2,97 (p<0,05); ДАД повысилось на 1,29 мм рт.ст. (p<0,05); МТ увеличилась на 2,39 кг (p<0,05). В ГВ у мужчин: САД снизилось на 1,92 (p<0,05); ДАД снизилось на 1,91 мм рт.ст. (p<0,05); МТ снизилась на 2,63 кг (p<0,05). В ГС у мужчин: САД повысилось на 2,56 (p<0,05); ДАД повысилось на 2,39 мм рт.ст. (p<0,05); МТ увеличилась на 6,16 кг (p<0,05).

Заключение:

3-летнее диетическое вмешательство может быть эффективным в контроле АД и МТ у лиц среднего возраста с ПАГ и ФР АГ при изменении питания на индивидуальном и общественном уровне для профилактики АГ.

2.6. ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мышляева Т.О., Кисляк О.А.

ГОУ ВПО РГМУ «Росздрава», Москва, Россия.

Введение:

сахарный диабет 2 типа – хроническое, прогрессирующее заболевание, часто не диагностируемое в течение длительного времени. Уже на момент установления диагноза больные имеют сопутствующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, что требует более тщательного обследования лиц с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы:

в исследование было включено 25 пациентов с СД 2 типа, длительностью 9,6±3,6 месяцев (20 женщин и 5 мужчин, средний возраст 61,6 год), 15 человек получали сахароснижающие препараты, 10 были на диете. Оценивалось наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по версии ЕОАГ и ЕОК, 2007. Определялись параметры углеводного, липидного обмена. Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты:

гликемия плазмы натощак составила 7,9±2,1 ммоль/л, средний уровень HbA1c -7,24±1,64 %, С-пептид 1,31±0,45 нмоль/л. Повышенный уровень систолического АД (САД) определялся у 22 человек (88%), диастолического АД (ДАД) – у 15 человек (60%), пульсового АД (ПАД) – у 20 человек (80%). Уровень ОХ выше 5 ммоль/л был у 19 человек (76%), ТГ выше 1,7 ммоль/л – у 12 человек (48%), ЛПНП выше 3,0 ммоль/л – у 15 человек (60%), ЛПВП ниже 1,2 ммоль/л – у 13 человек (52%). Объем талии (ОТ) более 88 см был у 15 женщин (60%), ОТ более 102 см был у 2 мужчин (8%). Курящих было 5 человек (20%). Семейный анамнез по СД 2 типа имели 3 человека (12%).

Заключение:

таким образом, при ситуации впервые выявленного СД 2 типа, 100% пациентов уже имели факторы сердечно-сосудистого риска. Более 5 факторов дополнительного риска было у 18 человек (72%). В данной группе больных наиболее часто встречалось повышение САД, ПАД, уровня общего холестерина, реже всего как фактор риска наблюдалось курение, совсем не встречался семейный анамнез по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям.

2.7. НЕКОТОРЫЕ ПРИВЫЧКИ ПИТАНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СВЕТЕ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Платонов Д.Ю., Костюк Т.А.

Тверская государственная медицинская академия,
Тверская ГМА

Материалы и методы:

Оригинальная анкета, измерение артериального давле-

ния. Обследовано 126 мужчин и 159 женщин с АГ от 18 до 65 лет.

Результаты:

Для жареной пищи женщины и мужчины предпочитают растительное масло и маргарин (88,7% и 66,7%), сливочное масло и кулинарный жир 7,5% и 26,2%, не потребляют жареных блюд 3,8% и 7,1%. Сливочное масло или кулинарный жир предпочитают лица моложе 55 лет (21,8% против 7,5%), не потребляют жареных блюд лица 55 лет и старше (12,5%), растительное масло потребляют 78,2% молодых и 80% 55 лет и старше. Для бутербродов сливочное масло предпочитают 60,4% женщин и 59,5% мужчин, растительное масло или маргарин – 9,4% и 7,2%, не используют жир – 30,2% и 33,3%. Сливочное масло больше предпочитают лица 55 лет и старше, чем моложе 55 лет (70% и 52,7%), растительное масло и маргарин, а также отказ от применения жира для бутербродов чаще предпочитают лицами 55 лет и младше (10,9% и 5%, 36,4% и 25% соответственно). Предпочтение сортам молока >2,5% отдают 66% мужчин и 54,8% женщин и лица старшей возрастной группы. Редкое потребление овощей и фруктов более характерно для мужчин (61,9% против 56,6% женщин), регулярное – для женщин (43,4% против 38,1% мужчин). Разницы между возрастными группами не отмечалось. Большинство опрошенных чаще досаливают пищу после пробы – 90,6% мужчин и 83,3% женщин. Среди досаливающих, не пробуя, были лица младшей возрастной группы (10,9%), среди недосаливающих никогда лиц 55 лет и старше было 7,5%, моложе – 5,5%, после пробы чаще досаливают пищу лица старшей возрастной группы (92,5% против 83,3%). На вопрос об уменьшении количества потребляемой соли позитивно ответили 34,7% женщин и 28,6% мужчин. Различий в возрастных группах не отмечалось. Уменьшение количества потребляемых жиров за последний год отметили 49,1% женщин и 40,5% мужчин. В группе моложе 55 лет больше оказалось лиц, не изменивших своих привычек в отношении количества потребляемого жира (58,2% против 50%), в старшей возрастной группе немного больше оказалось лиц, уменьшивших количество потребляемого жира за последний год (50% против 41,8%).

Выводы:

Следует констатировать высокую частоту нездоровых стереотипов питания среди опрошенных. Следует отметить, что профилактическое поведение мужчин было хуже, чем женщин; у лиц моложе 55 лет немного хуже, чем у старшей возрастной группы.

2.8. ОКСИД АЗОТА, МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Суслова Т.Е., Груздева О.В., Кремено С.В., Кошельская О.А., Панафидин А.В., Левашкина Е.А.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Введение:

Оценить связь микроальбуминурии с параметрами уг-

леводного и липидного обмена и метаболитами оксида азота у больных с сочетанием сахарного диабета 2 типа и гипертонической болезни

Материалы и методы:

Было обследовано 34 больных с сочетанием сахарного диабета 2 типа и гипертонической болезни. Содержание общего холестерина, триацилглицеролов и холестерина липопroteинов высокой плотности, базальный уровень глюкозы с помощью ферментативных методов. Стабильные метаболиты оксида азота (нитрит- и нитрат-анионы) оценивали с помощью реактива Грисса. Скорость суточной экскреции альбумина определяли по результатам исследования мочи, собранной за сутки. Содержание альбумина в моче определяли иммунотурбидиметрическим методом. Микроальбуминурию диагностировали при значениях скорости экскреции альбумина с мочой в пределах от 30 до 300 мг/24 часа. Норма экскреции альбумина составляет до 30 мг/24 часа

Результаты:

У обследованных больных было обнаружено повышение базального уровня глюкозы, гликозилированного гемоглобина, ХС ЛПНП, триацилглицеролов сыворотки крови на фоне снижения уровня ХС ЛПВП сыворотки крови по сравнению со здоровыми донорами. У больных выявлено достоверное снижение содержания стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови по сравнению со здоровыми донорами. В группе больных была выявлена микроальбуминурия, средняя скорость суточной экскреции альбумина с мочой (МАУ) у больных составила $73,77 \pm 12,4$ мг/24 часа. Обнаружена отрицательная корреляционная связь между содержанием стабильных метаболитов оксида азота и МАУ ($R = -0,35$ $p = 0,046$). Обнаружена прямая зависимость между содержанием ТАГ в сыворотке крови и МАУ ($R = 0,35$ $p = 0,04$). Выявлена тенденция прямой зависимости между базальным уровнем глюкозы и ($R = 0,46$ $p = 0,06$)

Заключение:

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии связи между скоростью суточной экскреции альбумина и параметрами липидного и углеводного обмена и метаболитами оксида азота. По-видимому, развитие микроальбуминурии при сахарном диабете обусловлено множеством механизмов, среди которых метаболические факторы и оксид азота играют важную роль

2.9. ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шатунова И.М., Соколова Е.А., Иванова Л.П., Малахова Е.А., Иванова В.Е., Козиолова Н.А.

Поликлиника ОАО «ГАЗПРОМ»,
Пермская медицинская академия

Введение:

выявить факторы развития диастолической дисфункции (ДД ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы:

под диспансерным наблюдением находились 515 больных с АГ: 49,9% женщины и 50,1% мужчин. Средний возраст больных - 54,4±9,4 года. Длительность наблюдения составила 7,7±3,1; длительность АГ - 9,6±7,6 лет. Исходно пациенты не имели признаков ДД ЛЖ и гипертрофии миокарда ЛЖ. По данным тканевой доплер-эхокардиографии больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 198 (38,4%) больных, у которых в ходе наблюдения не возникло признаков ДД ЛЖ; 2-ю группу - 317 (61,6%) пациентов с признаками ДД ЛЖ.

Результаты:

в группах выявлены достоверные различия по возрасту - 49,2±8,8 и 57,7±8,3 лет, длительности АГ - 7,0±5,1 и 11,2±8,4 лет соответственно ($p < 0,001$). Имелись достоверные различия между группами по степени повышения АД ($p < 0,001$). Во 2-й группе пациенты достоверно чаще не принимали антигипертензивные препараты, чем во 1-й группе ($p = 0,005$). У больных 2-й группы чаще наблюдалась рефрактерная к лечению АГ. Пациенты досто-

верно чаще получали больше 3-х антигипертензивных препаратов: 4,75% против 1% больных соответственно. В обеих группах с одинаковой частотой пациенты принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, мочегонные, антагонисты кальция, агонисты I1 имидазолиновых рецепторов. Во 2-й группе была достоверно выше потребность в назначении и приеме антагонистов рецепторов ангиотензина II: 17,2% против 37,2% ($p < 0,001$); статинов: 15,1% против 35,9% ($p < 0,001$); антиагрегантов: 8,1% против 16,4% ($p = 0,007$) больных соответственно.

Заключение:

частота развития ДД ЛЖ у больных с АГ без исходной гипертрофии левого желудочка и высокой приверженностью к лечению при длительном наблюдении составила 61,6%. Предикторами развития ДД ЛЖ у больных АГ стали возраст, длительность АГ, уровень АД, прием антигипертензивных препаратов, в том числе более трех, потребность в применении антагонистов рецепторов к ангиотензину II, статинов и антиагрегантов.

3. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ

3.1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И АРИТМИИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

Калмыкова М.А., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А.

КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,
КБГУ, МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Введение:

Состояние здоровья водителей автотранспорта (ВА) наряду с другими факторами определяет качество их профессиональной работоспособности.

Цель - установить частоту артериальной гипертензии (АГ) и нарушений ритма сердца и проводимости (НРСиП) среди ВА и определить их влияние на качество управления автотранспортом.

Материалы и методы:

Осуществлены сравнительные эпидемиологические исследования 864 мужчин-шоферов 20-59 лет (основная группа, ОГ) и 648 лиц не водительских профессий аналогичного возраста \pm (контрольная группа, КГ), а также клинико-инструментальный (суточное мониторирование ЭКГ, СМ ЭКГ) и психофизиологический мониторинг 36 ВА и 31 мужчин КГ, отобранных случайным образом в после скрининга.

Результаты:

По данным стандартного опроса, аускультации сердца и анализа ЭКГ по Миннесотскому коду, в рамках профилактического обследования мужчин обеих групп АГ (41,8%) и НРСиП (16,7%) установлены достоверно чаще среди ВА, чем в КГ - соответственно в 34,5 и 9,4%. Информированность о гипертензии (19,7%), охват лечением (24,9%) и с необходимым результатом (36,4%) в ОГ оказались ниже аналогичных показателей в КГ - соответственно 36,4 - 42,3 - 69,4%. Выявленные НРСиП клинически не регистрировались в подавляющем числе случаев (87,6% среди ВА и 85,4% - лиц не водительских профессий). При этом, различные формы ИБС, в т.ч. и «перенесенный инфаркт миокарда», АГ, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и дислиппротеидемии (ДЛП) наблюдались отдельно или в сочетании во всех случаях НРСиП у ВА, а в КГ - в 74,9%. По данным СМ ЭКГ, признаки НРСиП установлены в целом у 18 (47,2%) ВА. Клинические признаки аритмий сердца отсутствовали более, чем у половины (52,9%). Признаки коронарной недостаточности среди ВА с НРСиП наблюдались в 88,2% случаев. В КГ изменения показателей СМ ЭКГ фиксировались реже, что указывает на возможную связь установленных нарушений с особенностями профессиональной деятельности.

Психофизиологическое тестирование ВА с АГ и НРСиП обнаружило удлинение времени латентной (до $1,708 \pm 0,976$), моторной ($0,362 \pm 0,101$) реакции и скорости слежения за движущимся объектом ($22,31 \pm 0,91$) во всех

случаях при сравнении с аналогичными показателями здоровых шоферов, высоко достоверное при сочетании аритмий сердца и гипертензии, что свидетельствует о снижении качества профессиональной деятельности обследованных лиц и повышении риска возникновения дорожно-транспортных происшествий.

Заключение:

Представленные данные свидетельствуют о реальной частоте НРСиП среди ВА, их связи с АГ и другими факторами риска атеросклероза, влиянии аритмий сердца на систему оперативного реагирования индивида, что характеризует наличие высокого кардиоваскулярного риска и снижение качества профессиональной работоспособности.

3.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кошелева Н.А., Ребров А.П.

ГОУ ВПО «САРАТОВСКИЙ ГМУ РОСЗДРАВА».

Введение:

Определить клинические особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией.

Материалы и методы:

В исследование включено 82 пациента с перенесенным инфарктом миокарда и наличием симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Результаты:

Пациенты в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ) были распределены на две группы: первую группу составил 71 (87%) пациент, имеющие ХСН и АГ, вторую группу - 11 (13%) больных с ХСН без АГ. В обеих группах преобладали лица мужского пола в соотношении 6:1 и 10:1 соответственно. Возраст больных в I-ой группе составил $56 \pm 8,9$ лет, во II группе - $54 \pm 10,2$ года. Установлено, что пациенты с ХСН, имеющие АГ, достоверно больше курили ($p < 0,05$), среди этих больных чаще встречалось ожирение ($p < 0,05$). У пациентов с ХСН без АГ были более выражены проявления недостаточности кровообращения. Изучая локализацию инфаркта миокарда (ИМ), определено, что инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и циркулярный (передний и задний) встречаются у больных с ХСН и АГ в 2 и 1,4 раза чаще соответственно, чем передний ИМ. Передний ИМ в 2,8 раза чаще отмечен у больных с ХСН без АГ, чем у пациентов с ассоциацией ХСН и АГ. Желудочковая экстра-систолия достоверно ($p < 0,05$) чаще развивалась у больных с ХСН и АГ. У лиц с ХСН без АГ достоверно ($p < 0,05$) больше встречались атрио-вентрикулярные (AV) бло-

кады различной степени. Проведенный анализ морфо-функциональных показателей миокарда ЛЖ по данным эхокардиографии не выявил существенных различий между пациентами двух групп: среднее значение фракции изгнания в I группе составляло $42 \pm 7,2\%$, во II группе - $44 \pm 6,3\%$, ударный объем - $80 \pm 15,1$ мл и $79 \pm 16,2$ мл. соответственно. У пациентов с ХСН и АГ достоверно в большей степени выражены признаки гипертрофии миокарда ЛЖ ($p < 0,05$).

Заключение:

У больных с ХСН выявлена ассоциация с артериальной гипертензией. У больных с ХСН и АГ чаще выявляются курение, ожирение, чаще развивается циркулярный и задний ИМ, осложняющийся желудочковой экстрасистолией, более больше выражены признаки гипертрофия миокарда левого желудочка.

3.3. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Максимов Н.И., Гайсин И.Р.

Ижевская государственная медицинская академия,

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 62 беременные с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии. 30 женщин I группы со II триместра гестации получали нифедипин (коринфар-ретард, "Pliva") по 20 мг 2 раза в день. 32 пациентки II группы с I триместра принимали метилдопу (допегит, "Egis") по 250 мг 4-6 раз в сутки. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести ГБ, паритету родов. Оценку эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) осуществляли по пробе с реактивной гиперемией на плечевой артерии женщины; величину комплекса интима-медиа (ВКИМ) определяли по задней стенке общей сонной артерии. При УЗИ плода в 30-38 недель изучали кровотоки в сосудах матки, пуповины и средней мозговой артерии. Исследования проводили на аппарате "Acuson 128 XP/10".

Результаты:

Исходно в I триместре гестации у беременных обеих групп отмечалась сниженная ЭЗВД ($9,56 \pm 0,62$ и $9,63 \pm 0,57\%$ соответственно, $p > 0,05$), ВКИМ составила $0,85 \pm 0,12$ и $0,81 \pm 0,11$ мм, $p > 0,05$. Зарегистрирована корреляция ВКИМ с ЭЗВД: $r = -0,48 \pm 0,15$, $p < 0,01$. В I группе с увеличением срока беременности отмечались рост вазодилатационной реакции (ЭЗВД во II и III триместрах $14,22 \pm 0,81$ и $17,41 \pm 1,02\%$) и уменьшение ВКИМ ($0,78 \pm 0,09$ и $0,73 \pm 0,10$ мм). Применение метилдопы привело к незначительному увеличению ЭЗВД ($10,83 \pm 0,78$ и $11,29 \pm 0,86\%$ во II и III триместрах), что было существенно ниже, чем в I группе. ВКИМ во II группе имела тенденцию к снижению. Нарушения маточно-плацентарно-плодного кровотока IA и IB степени в I группе были зарегистрированы у 30% беременных, II степени - у 3,33%; задержка развития плода (ЗРП) - в 10% (во II группе - соответственно в 43,75%, 9,38% и 18,75% случаев). Фетотоксических эффектов не было.

Заключение:

У беременных с ГБ II стадии отмечаются выраженные структурно-функциональные изменения стенки артерий, что сопровождается нарушением кровотока в системе мать-плацента-плод и ЗРП. Применение нифедипина в большей степени, чем прием метилдопы, улучшает ЭЗВД, снижает ВКИМ и уменьшает нарушения маточно-плацентарно-плодного кровотока.

3.4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВАЗОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КОРДАФЛЕКСА РД И ЭНАЛАПРИЛА У ПОЖИЛЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Медицинский институт ПГУ, кафедра терапии

Введение:

Сравнить клиническую эффективность и влияние на жесткость артерий препаратов кордафлекса РД и эналаприла у пожилых с АГ 1-2 степени.

Материалы и методы:

обследовано 32 пациента в возрасте старше 60 лет. Первая группа составила 17 человек (2 мужчин и 15 женщин; средний возраст - $68 \pm 3,5$ лет; офисное АД - $151,5 \pm 7,4$ мм рт.ст. и $90,7 \pm 7,6$ мм рт.ст.). Вторая группа - 15 человек (3 мужчин и 12 женщин; средний возраст - $64,1 \pm 4,6$ лет; офисное АД - $143,5 \pm 9,4$ и $91,6 \pm 7,8$ мм рт.ст.). Пациенты первой группы получали лечение кордафлексом РД в дозе 40 мг/сут, второй - эналаприлом в дозе 10-20 мг/сут. в течение 24 недель. Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора VaSera-1000 ("Fukuda Denshi", Япония) по показателям: скорости распространения пульсовой волны в артериях преимущественно эластического (R-PWV, L-PWV) и мышечного типа (B-PWV), сердечно-лодыжечному сосудистому индексу - CAVI1 и L-CAVI1.

Результаты:

Через 24 недели лечения САД и ДАД в первой группе составили - $129 \pm 5,5$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и $78 \pm 5,8$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), во второй - $132 \pm 8,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и $80 \pm 5,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В группе кордафлекса РД достоверно снизились: R-PWV с $17,0 \pm 2,3$ м/с до $14,9 \pm 1,6$ м/с ($p < 0,01$), L-PWV - с $16,6 \pm 2,6$ м/с до $14,8 \pm 1,7$ м/с ($p < 0,01$), B-PWV с $8,9 \pm 1,6$ м/с до $7,7 \pm 1,0$ м/с ($p = 0,006$); индексы CAVI1 и L-CAVI1 с $11 \pm 2,4$ до $9,2 \pm 1,7$ ($p < 0,01$) и с $10,5 \pm 2,5$ до $9,15 \pm 1,61$ ($p = 0,007$), соответственно. В группе эналаприла наблюдалась достоверная динамика R-PWV с $15,8 \pm 2,8$ м/с до $14,9 \pm 2,34$ м/с ($p = 0,01$) и B-PWV с $8,1 \pm 1,1$ м/с ($p = 0,021$). L-PWV снизилась на 3,2%, CAVI1 - на 2,3%, L-CAVI1 - на 3%, однако, статистически незначимо.

Заключение:

У лиц старше 60 лет АГ 1-2 степени сопровождается снижением податливости артерий различного типа. Кордафлекс РД и эналаприл одинаково эффективно снижают АД у данных пациентов и способствуют регрессу ремоделирования артерий мышечного типа. Кордафлекс РД в большей степени способствует уменьшению ригидности

артерий эластического типа, в том числе за счёт улучшения их структурных свойств.

3.5. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мясоедова Е.Е., Мясоедова С.Е., Ндоуми Т.М.

ГОУ ВПО ИВГМА РосЗдрава,

Введение:

установить факторы, влияющие на величину индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у женщин и мужчин с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 63 женщины и 38 мужчин, страдающих ГБ. Больные были сопоставимы по возрасту, не имели ассоциированных клинических состояний, острых или обострений хронических заболеваний. Всем больным выполняли эхо-КГ, оценивали уровень С-РБ (вчСРБ), общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), концентрацию десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ), общую антиоксидантную активность плазмы (ОАА), СОЭ, индекс SCORE.

Результаты:

Хотя уровни систолического и диастолического артериального давления у женщин были ниже ($p < 0,05$), чем у мужчин, частота гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и ИММЛЖ не различались между группами. Группы были сопоставимы по индексу массы тела (ИМТ), однако у женщин чаще встречалось абдоминальное ожирение ($p < 0,001$). Курение, напротив, чаще встречалось у мужчин ($p = 0,009$), чем у женщин. Мужчины имели более высокий, чем женщины, индекс SCORE ($p < 0,001$). Уровни вчСРБ, ДЭ и ОАА не отличались у мужчин и женщин; концентрация ТГ была выше у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$). У мужчин ИММЛЖ коррелировал с показателем СОЭ ($r = 0,56$, $p = 0,01$), вчСРБ ($r = 0,48$, $p < 0,001$), ОАА ($r = 0,646$, $p = 0,02$) и ДЭ ($r = 0,65$, $p = 0,03$), у женщин – с возрастом ($r = 0,45$, $p < 0,01$), длительностью анамнеза ГБ ($r = 0,44$, $p = 0,001$), ИМТ ($r = 0,41$, $p < 0,001$), окружностью талии (ОТ) ($r = 0,48$, $p = 0,002$), ОХС ($r = 0,29$, $p = 0,03$) и индексом SCORE ($r = 0,29$, $p = 0,03$). На модели множественной регрессии показано, что у женщин с показателем ИММЛЖ ассоциированы возраст и ОТ ($\text{adj.R}^2 = 0,23$), у мужчин – СОЭ, ОАА, вчСРБ и ДЭ ($\text{adj.R}^2 = 0,35$).

Заключение:

Развитие гипертрофии миокарда ЛЖ при ГБ имеет половые особенности: у женщин ИММЛЖ связан с влиянием метаболических факторов, у мужчин – с наличием субклинического воспаления и эндотелиальной дисфункции. Это определяет необходимость учета гендерных особенностей гипертрофии миокарда ЛЖ в профилактических и лечебных программах для больных ГБ.

3.6. ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Николаев Н.А., Редькин Ю.В., Тюрина Н.В., Бунова С.С., Тимофеев С.А.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, ООО Кабинет профессора Редькин, МУЗ ГККД, ГОУ ВПО ОмГМА РосЗдрава, Минздрав Омской области

Введение:

Оценить эффективность антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ), сочетающейся с суставным синдромом.

Материалы и методы:

Простое контролируемое проспективное исследование 412 больных ГБ в возрасте 41-79 лет, наблюдающихся в условиях кардиологического стационара с сопутствующей хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), остеоартрозом (ОА), ревматоидным артритом (РА), системной красной волчанкой (СКВ) или анкилозирующим спондилитом (АС). Эффективность антигипертензивной терапии оценивали по степени достижения целевого АД – менее 140/90 мм.рт.ст (цАД). Статистическую значимость результатов проверяли методами непараметрической статистики (Wald-Wolfowitz runs test).

Результаты:

У больных ХРБС антигипертензивную монотерапию проводили у 12%, тогда как 27% требовалось назначение двух, а 61% – трех и более препаратов. Удовлетворительный эффект был достигнут в 74% случаев (при назначении комбинации ТДУ, гидрофильного иАПФ и БКК – 96,7%, при монотерапии ТДУ – 41% и липофильными иАПФ – 44%). У больных ОА для контроля АД чаще назначали ТДУ (79%), иАПФ (74%) и ББ (67%), реже – БКК (37%) и препараты других фармакологических групп (5%); при использовании лизиноприла АД удавалось контролировать в 96,4% случаев, а липофильных иАПФ – в 67,9% ($p = 0,0019$). У больных РА для контроля АД чаще назначали иАПФ (81%), ТДУ (69%), и ББ (64%), реже – БКК (41%) и препараты других групп (11%); отмечена меньшая эффективность антигипертензивной терапии у больных РА, получавших в качестве базисного средства преднизолон по сравнению с метотрексатом ($p = 0,0024$). В подгруппе больных СКВ для контроля АД чаще назначали иАПФ (88%), ББ (76%) и ТДУ (71%), реже – БКК (47%) и препараты других групп (14%). Наиболее эффективным оказалось сочетание БКК амлодипина с иАПФ лизиноприлом ($p = 0,001$). В подгруппе больных АС для контроля АД назначали ТДУ (76%), иАПФ (74%), ББ (71%), БКК (44%) и препараты других групп (1%). При использовании гидрофильного иАПФ целевое АД удавалось контролировать в 87,4% случаев, а липофильных – в 66,4% ($p = 0,049$).

Заключение:

У больных ХРБС с ГБ в качестве антигипертензивных средств предпочтительны комбинации ТДУ, гидрофильного иАПФ и БКК. У больных ОА или АС с ГБ целесообразна терапия с использованием гидрофильных иАПФ. У больных РА с ГБ, получающих базисную терапию глюкокортикоидами, для контроля АД целесообразна терапия с одновременным использованием гипотензивных средств не менее чем 3 классов. У больных СКВ с ГБ для контроля АД целесообразны комбинации БКК амлодипина с иАПФ длительного действия.

3.8. ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.

Олейников В.Э., Гришаева Е.Е., Ястребова Е. И., Борисова Н. А.

Медицинский институт ПГУ

Введение:

Целью нашего исследования явилась оценка взаимосвязи показателей периферической гемодинамики у лиц старше 60 лет с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы:

Обследовано 32 пациента старше 60 лет ($60 \pm 3,55$ года) с АГ I-II степени. Применялся ультразвуковой метод исследования плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией по методике D. Celenmajer на аппарате Aloka 1700 (Япония). Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора Va-Sera-1000 («Fucuda Denshi», Япония). Определяли скорость распространения пульсовой волны в артериях преимущественно эластического (R-PWV), мышечного типа (B-PWV), сердечно-лodgeжечный сосудистый индекс – CAVI, а также индекс реактивности (ИР), отражающий положительный прирост величины максимальной скорости кровотока в ответ на функциональную нагрузку. Индекс CAVI позволяет исключить влияние отраженной волны и АД на результаты определения жесткости.

Результаты:

У больных с АГ старше 60 лет выявлена достоверная положительная корреляция между скоростью распространения пульсовой волны в ПА и в артериях мышечного, эластического типа. Однако скорость кровотока в ПА сильнее коррелировала с B-PWV (коэффициент корреляции – $r_s=0,5$; $p=0,01$), чем с R-PWV ($r_s=0,4$; $p=0,02$). Подобная, но отрицательная взаимосвязь отмечалась между диаметром ПА и B-PWV ($r_s=-0,5$; $p=0,01$). Определена достоверная корреляция между комплексом интима-медиа и индексом массы тела ($r_s=0,38$; $p=0,045$), индексом CAVI ($r_s=0,68$; $p=0,000016$), индексом реактивности ($r_s=-0,55$; $p=0,003$). Выраженная взаимосвязь обнаружена между ИР и CAVI ($r_s=0,61$; $p=0,0002$).

Заключение:

У больных старше 60 лет с АГ отмечалась более выраженная прямая взаимосвязь между скоростью распространения пульсовой волны по артериям мы-

шечного типа и плечевой артерии, что очевидно и доказывает сопоставимость методов объемной сфигмографии и ультразвукового исследования. Взаимосвязь индексов массы тела, CAVI, реактивности и комплекса интима-медиа свидетельствует об утолщении, уплотнении и ригидности артериальной стенки.

3.9. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Попова А.А., Маянская С.Д., Антонов А.Р.

Новосибирский государственный медицинский университет

Введение:

Оценка вазорегулирующей функции эндотелия сосудов у пациентов пожилого возраста с АГ II, III ст., риск 3 и 4.

Материалы и методы:

В исследование включили 44 мужчины в возрасте 60–75 лет (средний возраст $72,5 \pm 2,7$ г.) с АГ II, III ст., риск 3,4. Вторичный генез заболевания исключался. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 25 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст $67,3 \pm 2,5$ г.) с нормальным АД.

Результаты:

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

Заключение:

Таким образом, у пациентов с АГ в процессе старения статистически достоверно уменьшается вазодилатация и способность эндотелия к продукции NO.

3.10. ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Порывкина О.Н., Задионченко В.С., Адашева Т.В., Липатова М.А., Мацевич М.В., Баева Н.Г., Яковлева М.С., Петрунук Э.А.

ГОУ ВПО «МГМСУ» Россздрави, г. Москва

Введение:

изучить влияние заместительной гормональной терапии препаратом анжелик на суточный профиль АД и состояние центральной гемодинамики у пациенток с повышением АД 1-2 степени и метаболическими нарушениями в постменопаузе.

Материалы и методы:

было обследовано 30 пациенток в постменопаузе с повышением АД 1-2 степени в сочетании с метаболическими нарушениями в возрасте 53,6[49,60] лет. Пациентки получали в течение 6 месяцев анжелик (эстрадиол 1 мг, дроспиренон 2 мг) в сутки. До и после терапии проводилось суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ. Описательная статистика представлена в виде медианы Me [Min, Max]. Достоверность различий на фоне терапии посчитана по критерию Вилкоксона (Wilcoxon)

Результаты:

у данной группы больных отмечалось достоверное снижение ИММЛЖ с 123,8 г/м² [103,3, 151,1] до 113,5 г/м² [102,1, 150,5] ($p=0,043$). Также было отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка. Отношение VE/VA до лечения составило 0,7 [0,5, 1,2], а на фоне терапии 0,8 [0,6, 1,2] ($p=0,345$). По данным СМАД выявлено достоверное снижение цифр среднесуточного САД и ДАД на фоне проводимой терапии. Так, ср САД до лечения составлял 134,0 мм рт.ст. [128,0, 146,0], а на фоне терапии - 108,0 мм рт.ст. [101,0, 132,0] ($p=0,042$). Ср ДАД до лечения был равен 78,0 мм рт.ст. [073,0, 096,0], а на фоне терапии - 70,0 мм рт.ст. [067,0, 080,0] ($p=0,042$). Исходно нами было выявлено 18 пациенток с суточным профилем АД по типу «non-dipper», 8 пациенток с типом «dipper» и 4 пациентки с типом «night-reaker». На фоне терапии у 22 пациенток был выявлен суточный профиль АД по типу «dipper», у 8 пациенток - тип «non-dipper». Пациенток с типом «night-reaker» на фоне терапии не наблюдалось.

Заключение:

анжелик оказывает положительное влияние на течение артериальной гипертензии с 1-2 степенью повышения АД, улучшая суточный профиль АД и показатели центральной гемодинамики

3.11. ЮНОШЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПОРОГ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Романова Н.П.

ГОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, г.ТВЕРЬ

Цель:

изучить порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у юношей с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы:

Обследовано 126 юношей (средний возраст 17.2 года) с АГ. У них исследовались ПВЧПС, показатели артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), центральная гемодинамика, реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс. Контрольную группу составили 90 юношей (16.9 года) с нормальным АД.

Результаты:

У юношей контроля средний ПВЧПС составил $0.14 \pm 0.01\%$ раствора хлорида натрия, тогда как у больных АГ - $0.21 \pm 0.013\%$ ($P < 0.001$). В контроле высокий и средний ПВЧПС выявлялся в 58.9%, тогда как низкий - в 41.1% ($P > 0.05$). У больных АГ низкий ПВЧПС реже выявлялся, чем средний и высокий (соответственно 13.5%; 86.6%, $P < 0.001$). Уровень диастолического АД у больных с АГ и высоким и средним ПВЧПС был выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС (соответственно 82.7 ± 1.4 ; 82.9 ± 1.2 и 73.2 ± 2.5 мм рт.ст.; $P < 0.01-0.001$). Самая высокая ЧСС была отмечена у юношей с АГ и низким ПВЧПС, по сравнению с ЧСС у лиц со средним и низким ПВЧПС (соответственно 79.1 ± 4.6 в мин и 70.5 ± 1.9 в мин; $P < 0,01$). Между минутным объемом сердца и ПВЧПС выявлена положительная корреляционная связь - $r = 0,14$ ($P < 0.01$). У лиц с нормальным АД и высоким ПВЧПС наблюдалась «предстартовая» реакция - уровень диастолического АД перед пробой превышал аналогичный таковой у юношей с низким ПВЧПС (соответственно 76.1 ± 1.6 и 71.6 ± 1.4 мм рт.ст.; $P < 0.05$). У лиц с АГ абсолютные значения диастолического АД на 5-й и 10-й минутах стресс-нагрузки были достоверно больше у юношей с высоким ПВЧПС, чем с низким (соответственно 88.0 ± 1.2 и 81.7 ± 2.6 мм рт.ст.; 89.2 ± 1.5 и 80.2 ± 5.4 мм рт.ст.; все $P < 0.01$). Однако у первых прирост диастолического АД был в 2 раза меньше, чем у вторых (соответственно $12.73 \pm 1.40\%$ и $22.59 \pm 4.62\%$; $P < 0.01$). Выявлена обратная зависимость прироста ЧСС и ПВЧПС ($r = -0.33$; $P < 0.01$).

Заключение:

У юношей с АГ повышение ПВЧПС наблюдается в 2.3 раза чаще, чем у здоровых лиц. Повышение ПВЧПС коррелировало с увеличением минутного объема сердца. Реакция сердечно-сосудистой системы на стресс у юношей с АГ связана с уровнем ПВЧПС.

3.12. ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ВО ВРЕМЯ СТРЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Смакотина С.А., Зыков М.В., Щибанова И.А.

КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ОБЛАСТНОЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ

Введение:

Психоэмоциональный стресс является одной из причин развития сердечно-сосудистых заболеваний. Принято

оценивать влияние производственного фактора, уровень психоэмоционального стресса у представителей различных видов труда, которые традиционно считаются «неблагоприятными», в то время как труд врачей к такому не относится. Цель исследования состояла в оценке состояния гемодинамики у студентов-медиков мужского пола в состоянии стресса в зависимости от выбора будущей специальности.

Материалы и методы:

Обследованы 47 студентов – медиков мужского пола 6 курса лечебного факультета. Проводили офисное измерение АД и ЧСС в состоянии покоя во время проведения Государственного экзамена. 23 студента выбрали будущее направление терапии и 24 – хирургию.

Результаты:

Достоверных различий по уровню АД в состоянии покоя между будущими терапевтами и хирургами не отмечено. Более высокий уровень систолического АД имели терапевты $125,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст. по сравнению с хирургами $121 \pm 2,4$ мм.рт.ст. Недостоверно большую ЧСС в покое имели будущие терапевты по сравнению с хирургами $71,0 \pm 1,7$ и $67 \pm 1,9$ ударов в минуту соответственно. Во время Государственного экзамена АД систолическое у будущих терапевтов достоверно превышало таковой показатель будущих хирургов ($141,8 \pm 2,7$ и $134,3 \pm 3,1$ мм.рт.ст., соответственно). Более высокие значения АД у будущих терапевтов можно объяснить большим количеством курящих: среди будущих терапевтов курили 11, а среди будущих хирургов 3 человека. Однако приравнивании по факту курения на фоне стресса у выбравших хирургию АД было выше, чем у будущих терапевтов ($134,3 \pm 3,1$ и $128,0 \pm 2,1$ мм.рт.ст. соответственно). На фоне стресса большая ЧСС регистрировалась у выбравших хирургию, по сравнению с будущими терапевтами ($103 \pm 4,1$ и $95 \pm 4,2$ ударов в минуту соответственно). Прирост ЧСС на фоне психоэмоционального стресса у будущих хирургов составил 25,2%, у выбравших хирургию – 65%.

Заключение:

Студенты, выбирающие хирургические специальности имеют более высокий уровень стрессреактивности, чем студенты, выбирающие терапию. Можно думать, что условия работы врача - хирурга, эмоциональный компонент его деятельности, гиперреактивность определяют у них более высокую вероятность сердечно-сосудистых событий, чем у терапевтов.

3.13. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У ЖЕНЩИН: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ЛЕЧЕНИЕ

Смирнова Е.А., Якушин С.С.

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, ГОУ ВПО РязГМУ

Введение:

Изучение гендерных различий в распространенности, факторах риска и лечении артериальной гипертензии (АГ) в Рязанской области.

Материалы и методы:

Обследована репрезентативная выборка Рязанской области – 2098 человек, средний возраст $44,8 \pm 0,4$ лет. В группу АГ включались пациенты с выявленным артериальным давлением $\geq 140/90$ мм.рт.ст., а также с нормальным АД, получающие гипотензивную терапию.

Результаты:

Распространенность АГ среди женщин достоверно выше, чем среди мужчин (38,2% против 33,9%, $p=0,046$). Женщины, страдающие АГ старше мужчин (средний возраст женщин с АГ $60,3 \pm 0,6$ лет, мужчин $55,6 \pm 0,9$ лет, $p<0,01$), среди женщин старших возрастных групп распространенность АГ достигает 79,5%, среди мужчин 63,3% ($p<0,001$), что позволяет считать возраст одним из определяющих факторов риска (ФР) развития АГ у женщин. У женщин с АГ ожирение встречается чаще, по сравнению с мужчинами (43,2% против 22,0%, $p<0,001$), при увеличении степени тяжести АГ увеличивается число женщин с данным ФР. Женщины с АГ чаще страдают сахарным диабетом (СД) по сравнению с мужчинами (9,7% против 5,7%, $p<0,05$). Женщины с АГ курят и злоупотребляют алкоголем достоверно реже по сравнению с мужчинами. У пациентов с АГ не выявлено гендерных различий в отношении таких ФР как злоупотребление солью, наличие отягощенной наследственности и низкой физической активности. Женщины с АГ лучше информированы о наличии заболевания по сравнению с мужчинами (90,8% против 75,3%), чаще принимают антигипертензивные препараты (74,1% против 49,3%) и в 2,5 раза чаще лечатся эффективно (17,5% против 7,1%). Несмотря на то, что женщины чаще получают основные группы гипотензивных препаратов, каждая четвертая женщина с АГ получает устаревшие лекарственные средства.

Заключение:

Распространенность АГ среди женщин достоверно выше, чем среди мужчин. Женщины лучше информированы о наличии заболевания, чаще и эффективнее лечатся. У женщин с АГ достоверно чаще по сравнению с мужчинами имеют место такие ФР как пожилой возраст, ожирение и СД.

3.14. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА (β -АРМ) В ОЦЕНКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Немировский В.Б., Бухонкина Ю.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет, ГКБ №67

Введение:

определить прогностическую значимость показателя адренореактивности организма (β -АРМ) в оценке течения беременности и перинатальных исходов у женщин с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы:

Проведен ретроспективный анализ перинатальных исходов у 33 женщин с АГ, средний возраст которых составил $29,9 \pm 4,6$ г. ($M \pm \delta$). Адренореактивность организма у всех пациенток во II и III триместрах беременности оценивали по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов авторским методом, основанным на изменении осморезистентности эритроцитов в присутствии бета-адреноблокатора набором реагентов «АРМ-АГАТ» (ООО «Агат-Мед», Москва). Антигипертензивную терапию проводили биспрололом (конкор, «Никомед»), дозу препарата подбирали индивидуально по уровню офисного АД, измеряемого сфигмоманометром в соответствии с рекомендациями (ВНОК, 2005).

Результаты:

У всех беременных на момент обследования имела место АГ, соответствующая по классификации уровней артериального давления АГ 2-й степени (умеренной). На фоне лечения биспрололом в дозе 5-10 мг в сутки средние показатели систолического АД (САД) снизились до $135 \pm 4,2$ мм рт.ст., диастолического (ДАД) – до $82,0 \pm 4,0$ мм рт.ст. У 12 (36,4%) пациенток в III триместре развился гестоз (протеинурия, АД 180-200/100-110 мм рт.ст.), в связи с чем в сроки 35-36 недель беременности они были досрочно родоразрешены путем кесарева сечения. Средний вес новорожденных в этой группе составил $2830 \pm 296,9$ г, рост – $48,7 \pm 1,4$ см., оценка по шкале Апгар на 5 мин – 8-8 баллов. Остальные женщины (21 чел, 63,6%) родили в срок через естественные родовые пути живых доношенных детей, средний вес которых составил $3234 \pm 351,8$ г, рост $50,1 \pm 1,5$ см., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Анализ индивидуальных величин β -АРМ показал значительные их колебания - от 34 до 85 усл.ед., что по условиям метода соответствует десенситизации адренорецепторов под влиянием высоких концентраций эндогенных катехоламинов. В группе беременных с наложившимся гестозом и досрочным родоразрешением (1-я группа) средние величины β -АРМ во II триместре были достоверно выше ($47,7 \pm 7,9$ усл.ед.) по сравнению со 2-й группой ($32,5 \pm 6,2$ усл.ед., $p < 0,05$). Эти данные согласуются с результатами других авторов о высокой активности симпатико-адреналовой системы (САС) в период беременности как одного из факторов адаптации организма к новым условиям функционирования системы «мать-плацента-плод». Дальнейшее повышение активности САС произошло в III триместре беременности – β -АРМ недостоверно возрос по сравнению с исходным уровнем в обеих группах: в 1-й группе – до $55,5 \pm 6,8$ усл.ед., во 2-й группе – до $36,8 \pm 5,0$ усл.ед., что является следствием гестационной физиологической гиперсимпатикотонии. Вместе с тем, результаты нашего исследования показали, что чрезмерная активация САС является неблагоприятным фоном для беременности, в условиях которого возможно развитие осложнений гестационного периода и неблагоприятных перинатальных исходов – новорожденные в 1-й группе женщин имели признаки хронической внутриутробной гипоксии.

Заключение:

У беременных с артериальной гипертонией высокие величины показателя адренореактивности (β -АРМ > 50 усл.

ед.) могут рассматриваться в качестве прогностического критерия осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов.

3.15. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА ГЕМОДИНАМИКУ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Филиппова Т.В., Халтурина И.Г., Ефремушкин Г.Г., Молчанов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, АГМУ Росздрава

Введение:

Цель исследования: изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на гемодинамику больных старше 60 лет с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

Обследовано 114 больных ГБ (90 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $76,5 \pm 0,8$ года). Методом случайной выборки больные были разделены на группы: основная – 73 больных, получавших ЭМИ-терапию; сравнения-1 – 16 больных, получавших плацебо-ЭМИ; сравнения-2 – 25 больных, получавших только фармакотерапию. Воздействие миллиметровыми волнами осуществлялось аппаратом «Явь-1» 10 сеансов на курс лечения по 20 минут ежедневно длиной волны 5,6 мм или 7,1 мм на область третьего - четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины. Все пациенты получали сопоставимую антигипертензивную лекарственную терапию. Исследование гемодинамики у больных проводилось методом эходоплеркардиографии в начале и конце курса лечения.

Результаты:

У пациентов основной группы ударный индекс левого желудочка возрос на 20% ($p < 0,05$), фракция выброса левого желудочка увеличилась на 7% ($p < 0,05$). В группах сравнения достоверных изменений этих показателей не отмечено. У больных, получавших миллиметровые волны, снизился индекс конечного диастолического размера левого желудочка на 9% ($p < 0,05$), в группах сравнения размеры левого желудочка достоверно не изменились. У пациентов основной группы к концу курса лечения произошло снижение удельного периферического сопротивления сосудов на 23% ($p < 0,05$), в группах сравнения отмечена лишь тенденция к уменьшению этого показателя.

Заключение:

Таким образом, включение ЭМИ миллиметрового диапазона в комплекс лечения больных ГБ пожилого возраста значительно улучшает гемодинамику, в то время как у больных, получавших плацебо-ЭМИ и только медикаментозную терапию, положительных изменений не отмечено.

3.16. МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Храмцова Н.А., Дзизинский А.А., Земляничкина Н.В.

ГОУ ДПО ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение:

Оценка морфо-функционального состояния сосудов у больных с ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы:

Обследовано 82 больных артериальной гипертонией. Первую группу составили пациенты с РА (средний возраст $58,4 \pm 7,8$ лет), вторую – с АГ без РА (средний возраст $62,2 \pm 5,4$ лет). Наличие АГ устанавливалось согласно критериям ВНОК (2004 г.). Средняя длительность АГ в первой группе составила $6,8 \pm 3,2$ год, а во второй – $6,2 \pm 3,8$ года, $p > 0,05$. Диагноз РА верифицирован по критериям АКР (1988 г.). В группу были включены пациенты с умеренной и высокой активностью РА по DAS 28. Морфо-функциональное состояние сосудов оценивалось путем измерения толщины комплекса интима – медиа с применением линейного датчика 10МГц (аппарат LogicBook, США), определения эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и эндотелий независимой вазодилатации (ЭНЗВД) плечевой артерии (манжеточная проба и проба с нитроглицерином) (аппарат PulseTracePWV, «MicroLab», Великобритания). Анализ данных проводился с помощью прикладных программ Statistica 6.0 непараметрическим методом с критерием Spearman.

Результаты:

У больных РА толщина комплекса интима – медиа составила $0,98 \pm 0,05$ мм, во второй группе – $0,85 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Медиана изменения диаметра плечевой артерии после манжеточной компрессионной пробы у больных РА и группы сравнения составила 0,4% ($-2,5$ – $+2,6$) и 0,8% ($-2,1$ – $+4,4$), соответственно ($p < 0,05$). После приема нитратов диаметр плечевой артерии увеличился на 6,9% ($3,5$ – $11,9$) в группе с РА и на 12,1% ($4,5$ – $16,9$) во второй группе ($p < 0,05$). При этом у 75,2% больных с РА и у 62% пациентов с АГ без РА ($p < 0,05$) данные параметры соответствовали критерию эндотелиальной дисфункции ($< 10\%$).

Заключение:

У больных РА в сочетании с артериальной гипертонией отмечаются более значимые морфо-функциональные изменения сосудов по сравнению с группой без РА, что свидетельствует о возможном влиянии хронического васкулита на формирование ригидности сосудов и эндотелиальной дисфункции.

3.17. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Шацкевич С.А., Петренко Т.А., Молчанов А.В.

Алтайский Государственный Медицинский Университет, г.Барнаул

Введение:

оценить показатели центральной гемодинамики у лиц пожилого возраста с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем.

Материалы и методы:

В исследование было включено 78 госпитализированных больных (средний возраст $78,4 \pm 2,5$ лет), пациенты были разделены на две группы: А-48 больных с АГ и В-30 больных с ИБС, у пациентов обеих групп имелась ХОБЛ. Пациенты с АГ и с ИБС получали соответствующую терапию и велотренировки в режиме свободного выбора нагрузки. В среднем госпитализация длилась около 3-х недель. Перед началом и после лечения всем больным проводилась эхокардиография для изучения динамики конечно-систолического (КСР) и диастолического (КДР) размеров и объемов (КДО, КСО), фракции выброса (ФВ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Результаты:

В начале исследования у больных обеих групп имелось умеренное увеличение КДР ($59,4 \pm 4,7$), КСР ($42,0 \pm 3,7$), отмечалась умеренная гипертрофия ЛЖ (ММЛЖ – $198,5 \pm 32,6$, ИММЛЖ – $105,4 \pm 6,8$), ФВ была в пределах нормы ($58,6 \pm 1,8\%$). В конце лечения у пациентов в группе А наблюдалось уменьшение по сравнению с исходными показателями КДР на 6,6%, КСР на 7,2%, ММЛЖ – на 5,2% и ИММЛЖ – на 4,75% ($P < 0,05$). У пациентов группы В – КДР на 4,6%, КСР – на 6,1%, ММЛЖ на 4,7%, и ИММЛЖ – на 4,3% соответственно ($P < 0,05$). ФВ у пациентов обеих групп за время лечения не изменилась.

Заключение:

Таким образом, у пациентов пожилого возраста с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем наличие АГ оказывает отрицательное влияние на процессы ремоделирования ЛЖ, но при наличии адекватной гипотензивной терапии процессы ремоделирования можно приостановить уже на этапе стационарного лечения.

3.18. ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шутов А.М., Вакина Т.Н.

УлГУ, г. Ульяновск

ПГИУВ, г. Пенза,

Введение:

Актуальность. Целью исследования явилось исследование половой конституции и гормональных нарушений у больных гипертонической болезнью (ГБ), имевших эректильную дисфункцию.

Материалы и методы:

Обследовано 157 больных ГБ с эректильной дисфункцией и 38 больных ГБ без эректильной дисфункции. Средний возраст больных составил $42,0 \pm 11,8$ лет. Для оценки состояния эректильной функции использовали опросник «Международный индекс эректильной функции (IIEF)».

Проводили суточное мониторирование артериального давления. В сыворотке крови определяли содержание тестостерона, пролактина, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДЭА-С), эстрадиола.

Результаты:

Больные ГБ с эректильной дисфункцией имели более высокую скорость утреннего повышения систолического артериального давления. Частота суточного профиля "non-dipper" составила 38%. Уровень ДЭА-С в сыворотке крови больных ГБ с эректильной дисфункцией был ниже, чем у больных ГБ без эректильной дисфункции ($1,8 \pm 1,3$ мкг/мл и $2,9 \pm 1,3$ мкг/мл, соответственно, $p < 0,01$). Уровень тестостерона в сыворотке крови был ниже у больных ГБ с эректильной дисфункцией ($10,9 \pm 5,5$ нмоль/л), чем у больных ГБ без эректильной дисфункции ($14,8 \pm 4,9$ нмоль/л, $p < 0,01$). Выраженность эректильной дисфункции была прямо связана со снижением уровней тестостерона и дегидроэпиандростерона-сульфата. Кроме того, состояние эректильной функции было связано с половой конституцией.

Заключение:

Нарушения суточного профиля артериального давления наблюдаются у одной трети больных ГБ с эректильной дисфункцией. Для больных ГБ с эректильной дисфункцией характерна слабая половая конституция или ослабленный вариант средней половой конституции и снижение уровня тестостерона и дегидроэпиандростерона в сыворотке крови.

3.19. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПОЖИЛЫХ

ЮНУСОВА Л.Р., Гришкин Ю.Н.

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ СПб МАПО

Введение:

Преимущества лечения изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) хорошо известны, но выбор наиболее подходящего препарата окончательно не определен. Целью данной работы явилось сравнение эффективности амлодипина и эналаприла в лечении ИСАГ у пожилых.

Материалы и методы:

Исследовали пожилых пациентов (60 – 74 лет) с ИСАГ. В группу амлодипина включили 92 пациента, в группу эналаприла – 86.

Результаты:

Через 1 месяц выявлено достоверное снижение систолического артериального давления (САД) от исходного в положении сидя и стоя ($p < 0,01$). Абсолютное снижение САД в положении сидя и стоя через 1 месяц в группе амлодипина было выше, чем в группе эналаприла (сидя: $-19,1$ против $-15,5$ мм рт. ст., $p = 0,053$; стоя: $-18,0$ против $-13,9$ мм рт. ст., $p < 0,03$). Относительное снижение САД в положении сидя и стоя через 1 месяц также было выше в группе амлодипина, чем в группе эналаприла (сидя: $-11,2\%$ против $-8,7\%$, $p = 0,006$; стоя: $-10,4\%$ против $-8,0\%$,

$p = 0,017$). У 22 пациентов в группе эналаприла и у 42 в группе амлодипина было достигнуто снижение САД в положении сидя < 140 мм рт. ст. ($p = 0,048$). Через 3 месяца относительное снижение САД в группе амлодипина было больше, чем в группе эналаприла (сидя: $-15,5\%$ против $-13,6\%$, $p = 0,035$; стоя: $-14,7\%$ против $-12,8\%$, $p = 0,043$), но достоверных различий между группами не было. Абсолютное снижение также было недостоверным.

Заключение:

Таким образом, прием эналаприла и амлодипина приводит к одинаково эффективному снижению артериального давления в течение 3 месяцев лечения пациентов пожилого возраста с ИСАГ.

3.20. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

ЭЛЬГАРОВ М.А., Эльгаров А.А., Калмыкова М.А.

КБГУ, МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Введение:

Безаварийная профессиональная деятельность водителей автотранспорта (ВА) зависит наряду с индивидуальными психосоматическими и поведенческими характеристиками и от оптимального функционирования сердечно-сосудистой системы. Показано снижение системы оперативного реагирования ВА с кардиоваскулярными заболеваниями.

Оценить влияние артериальной гипертензии (АГ) и транзиторных ишемических атак (ТИА) на профессионально значимые функции и качества (ПЗФик) водителей автотранспорта (ВА).

Материалы и методы:

Специальное психофизиологическое обследование 98 шоферов-профессионалов выполнено с помощью комплекса хронорефлексометрического. Из них 34 страдали АГ I (19) и II (15) ст. (1-я группа), ТИА перенесли 27 (2-я) и АГ+ТИА 37 (3-я); средний возраст ВА составил $43,8 \pm 5,2$ лет, профессиональный стаж – $18,6 \pm 2,3$ года.

Результаты:

Психофизиологическое тестирование (ПФТ) ВА 1-й группы выявило удлинение скорости латентной ($1,708 \pm 0,086$) и моторной ($0,378 \pm 0,078$) реакции, слежения за движущимся объектом (СДО, $21,09 \pm 0,78$), что свидетельствует о расстройстве системы оперативного реагирования (координации, внимания и когнитивных функций) индивида, снижающем качество управления автотранспортом. При этом, степень угнетения ПЗФик зависела от выраженности АГ: при I ст. в 63,1%, при II ст. – 95,3%. Необходимо подчеркнуть, что за 1-2 дня до ПФТ использование гипотензивных и иных (седативных) препаратов прекращалось для исключения их влияния на изучаемые показатели. Во 2-й группе обнаружено замедление латентной ($1,689 \pm 0,084$) и моторной ($0,362 \pm 0,069$) реакции и СДО ($19,81 \pm 0,82$) у 66,6% ВА преимущественно при экстра-систолической аритмии, пароксизмальной тахикардии

и мерцательной аритмии. И, наконец, в 3-й группе достоверные изменения ПЗФик ($p < 0,05$) выявлены практически у всех (94,5%) обследованных (за исключением 2 чел.) при сравнении с аналогичными показателями здоровых ВА. Приведенные результаты характеризуют ослабление системы оперативного реагирования шоферов с НРСиП, что может сопровождаться повышением риска возникновения дорожно-транспортных происшествий.

Заключение: НРСиП оказывают негативное влияние на качество профессиональной работоспособности шоферов, что означает целесообразность активного использования ПФТ ВА с аритмиями сердца при решении медико-психологических и экспертных вопросов.

4. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

4.1. МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ВАСИЛЕЦ Л.М., ТУЕВ А.В., ТАРАСОВА О.А.

ГОУ ВПО "ПГМА им. ак. Е.А.ВАГНЕРА РОСЗДРАВА"
ПЕРМСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИН. Б-ЦА

Введение:

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречающимся видом наджелудочковой тахикардии и занимает около 30% среди всех нарушений ритма. В соответствии с современными концепциями один из ведущих механизмов патогенеза аритмии является иммуновоспалительная активация.

Материалы и методы:

Под наблюдением находилось 80 пациентов с артериальной гипертонией (АГ), средний возраст $49,90 \pm 8,13$ лет, из них 38 человек (47,5%) с пароксизмальной формой ФП (основная группа) и 42 человека (52,5%) с АГ без ФП. Вторую группу сравнения составили 22 практически здоровых, сопоставимых по возрасту и полу. Концентрации С-реактивного протеина (СРП) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) определялись 18 пациентам во время пароксизма ФП и 20 пациентам вне его с помощью тест-систем (ООО «Биохиммак», Москва – для СРП; и "ProConTNF α " ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург – для ФНО-альфа). Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью компьютерной программы STATISTICA 6,0.

Результаты:

Концентрация ФНО-альфа была наибольшей у пациентов с мерцанием предсердий во время пароксизма ($389,06 \pm 191,02$ пкг/мл), что в 7,5 раз выше нормальных значений ФНО-альфа (до 50 пкг/мл). Величина ФНО-альфа была в диапазоне нормальных значений как у больных ФП пароксизмальной формы вне пароксизма ($14,21 \pm 6,61$ пкг/мл) так и у пациентов без аритмии ($17,96 \pm 3,78$ пкг/мл) ($p > 0,05$). В группе практически здоровых ФНО-альфа достоверно ниже, чем у больных ($1,16 \pm 0,64$ пкг/мл; $p = 0,0001$). Концентрация СРП у больных основной группы достоверно ниже, чем в группе сравнения ($4,41 \pm 1,98$ мг/л и $5,72 \pm 2,65$ мг/л соответственно; $p = 0,037$). Во время пароксизма мерцания предсердий уровень СРП в плазме крови существенно не отличался от такового у пациентов вне пароксизма ФП ($4,99 \pm 1,82$ мг/л и $4,69 \pm 2,14$ мг/л соответственно; $p > 0,5$). У практически здоровых концентрация СРП была достоверно ниже ($1,36 \pm 0,71$ мг/л; $p = 0,0001$).

Заключение:

Пароксизм ФП ассоциируется с повышением концентрации ФНО-альфа. Изменения содержания СРП во время пароксизма мерцания предсердий не выявлено. У паци-

ентов с АГ концентрация СРП и ФНО-альфа достоверно выше, чем у практически здоровых людей.

4.2. С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

ДМИТРИЕВ В.А., ОЩЕПКОВА Е.В., ТИТОВ В.Н., РОГОЗА А.Н.
ФГУ РКНПК "РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ"

Введение:

изучить взаимосвязь показателя неспецифического воспаления (С-реактивный белок) с показателями суточного профиля АД у больных гипертонической болезнью (ГБ) с наличием и отсутствием гиперхолестеринемии.

Материал и методы:

обследован 81 больной ГБ I-II степени (60 М, 21 Ж), умеренного и высокого риска, в возрасте $45,1 \pm 1,3$ лет, без обострения хронических воспалительных заболеваний и не ранее чем через 2 месяца после перенесенных острых респираторных заболеваний, на фоне 2 недельной отмены антигипертензивной терапии. С-реактивный белок (СРБ) определялся методом турбидиметрии. 24-х часовое мониторирование АД (24-ч СМАД) проводилось аппаратами ТМ 2421 (AND). Уровень холестерина (ХС) определялся энзиматическим методом. Статистический анализ осуществлялся непараметрическими методами Спирмена и Манн-Уитни с применением прикладных программ STATISTICA 6.

Результаты:

В целом по группе больных уровень СРБ составил $7,0 \pm 1,6$ мг/л; повышенная концентрация СРБ (> 3 мг/л) выявлена у 55% больных. В целом по группе уровень ХС составил $5,7$ ммоль/л; повышенная концентрация ХС ($> 5,2$ ммоль/л) обнаружена у 65% больных. Показатели суточного профиля АД в целом по группе больных: 24-ч САД – $138,7 \pm 1,2$ мм рт ст, 24-ч ДАД – $84,9 \pm 1,2$ мм рт ст. В группе больных с повышенным содержанием ХС уровень СРБ был достоверно выше, чем в группе больных с нормальным содержанием ХС ($9,2 \pm 2,4$ и $2,9 \pm 0,6$ ммоль/л; $p < 0,01$, соответственно). В группе больных с повышенным уровнем ХС установлена положительная корреляционная взаимосвязь между СРБ и 24-ч САД ($r = 0,52$; $p < 0,001$) и 24-ч ДАД ($r = 0,30$; $p < 0,05$). В группе больных с нормальным содержанием ХС подобная корреляционная взаимосвязь не обнаружена.

Заключение:

у больных с повышенным содержанием ХС обнаружена взаимосвязь между СРБ и показателями суточного профиля АД. Полученные результаты могут свидетельствовать об участии процессов неспецифического воспаления в течении гипертонической болезни.

4.3. УЧАСТИЕ ОКСИДА АЗОТА В РЕГУЛЯЦИИ Ca²⁺-ЗАВИСИМОЙ КАЛИЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ

КРЕМЕНО С.В., ГРУЗДЕВА О.В., СИТОЖЕВСКИЙ А.В., СУСЛОВА Т.Е., ПЕТРОВА И.В.

ГУ НИИ КАРДИОЛОГИИ ТОМСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА СО РАМН

Введение:

Целью настоящего исследования было выявить роль оксида азота в регуляции Ca²⁺-зависимой калиевой проницаемости мембраны эритроцитов больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом типа 2 и здоровых доноров

Материалы и методы:

Ca²⁺-зависимую калиевую проницаемость эритроцитов оценивали по величине гиперполяризационного ответа (ГО) эритроцитов в ответ на добавление к суспензии клеток кальциевого ионофора A23187. Для этого использовали метод регистрации мембранного потенциала эритроцитов по изменению pH среды инкубации клеток в присутствии протонифора. Влияние оксида азота на активность Ca²⁺-зависимых калиевых каналов эритроцитов оценивали при инкубации клеток в присутствии донатора оксида азота - нитропрусида натрия (10⁻⁶-10⁻⁹ М). Стабильные метаболиты оксида азота (нитриты и нитраты) определяли спектрофотометрическим методом

Результаты:

При инкубации эритроцитов здоровых доноров в присутствии нитропрусида натрия наблюдалось снижение амплитуды ГО уже при концентрации нитропрусида натрия 5 нМ и при дальнейшем повышении концентрации оставалось на том же уровне. У больных снижение амплитуды ГО эритроцитов под воздействием нитропрусида натрия было более выражено по сравнению с группой здоровых доноров и продолжалось с ростом концентрации до 50 нМ, что может быть связано с нарушением метаболизма оксида азота при АГ и СД 2 типа. Действительно, нами обнаружено, что базальная концентрация нитрит-анионов в группе больных была достоверно выше, чем у здоровых, при этом концентрация нитрат-анионов и суммарное содержание стабильных метаболитов оксида азота плазмы крови у больных было ниже. В группе больных обнаружена обратная взаимосвязь между амплитудой гиперполяризационного ответа и базальной концентрацией нитрит-анионов ($R=-0,56$, $p=0,02$)

Заключение:

Таким образом, оксид азота, по-видимому, участвует в регуляции Ca²⁺-зависимых калиевых каналов эритроцитов. Нарушение метаболизма оксида азота может способствовать изменению функционирования и регуляции Ca²⁺-зависимых калиевых каналов эритроцитов у больных АГ в сочетании с СД 2 типа

4.4. ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

МЕДВЕДЕВ И.Н., НОСОВА Т.Ю.

КУРСКИЙ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (ФИЛИАЛ) РГСУ, ОБК №1 г.КУРСК

Введение:

Особенности нарушений кровяных пластинок при артериальной гипертензии (АГ), сочетающейся с абдоминальным ожирением (АО), освещены в литературе недостаточно, что доказывает особую актуальность изучения у них тромбоцитарного гемостаза. Цель работы: изучить состояние тромбоцитарного гемостаза у больных АГ с АО.

Материалы и методы:

с учетом цели работы обследовано 107 больных АГ 1-3 степени с риском развития осложнений 2-3 с АО. Контрольная группа представлена 24 здоровыми людьми. Адгезивно-агрегационная активность (АААТ) определялась ретенционным тестом, агрегация тромбоцитов (АТ) исследовалась визуально с индукторами АДФ, коллагеном, тромбином, ристомицином, перекисью водорода (H₂O₂) и адреналином в общепринятых концентрациях по методам Шитиковой А.С. (1999). Внутрисосудистая активность тромбоцитов (ВАТ) изучалась по методу Шитиковой А.С. (1997). Результаты обработаны критерием Стьюдента.

Результаты:

АААТ у больных (45,0±0,21%) существенно превышала контрольные значения – 36,2±0,14%. АТ раньше развивалась у больных и здоровых на коллагене 26,0±0,15 с. На втором месте находились АДФ (28,0±0,09 с.) и ристомицин (33,0±0,05 с.). Ускорение АТ под влиянием ристомицина говорит о повышении содержания в крови больных фактора Виллебранда. Ранняя АТ с H₂O₂ у больных АГ с АО (38,0±0,07 с.), свидетельствует о снижении резистентности кровяных пластинок к перекиси водорода за счет ослабления их антиокислительной системы. Тромбиновая и адреналиновая АТ также развивались быстрее, чем в контроле – 43,6±0,08 с. и 76,9±0,02 с., соответственно ($P<0,01$). Количество дискоцитов у больных оказалось сниженным (69,6±0,12%), а число диско-эхиноцитов было увеличено, составляя 19,9±0,05%. Содержание сфероцитов, сферо-эхиноцитов и биполярных форм тромбоцитов достигало 8,1±0,03%, 1,4±0,02% и 1,0±0,01%, соответственно. Сумма активных форм у больных АГ с АО достигала 30,4±0,4%, в контроле 16,0±0,07%. В крови людей с АГ с АО малых и больших агрегатов содержалось 11,6±0,07 и 2,1±0,6, в контроле 3,0±0,03 и 0,17±0,04 на 100 свободно циркулирующих тромбоцитов, соответственно ($P<0,01$), причем количество кровяных пластинок в агрегатах у больных достигало 8,2±0,04%, против 6,4±0,07% в группе сравнения ($P<0,01$).

Заключение:

У больных АГ с АО отмечается повышение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов с увеличенной ВАТ, способствующие блокаде микроциркуляции микроагрегатами и увеличению риска возникновения тромбозов.

4.5. МАРКЕРЫ ЦИТОКИНОВОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА.

ОСИПОВА О.А., ВЛАСЕНКО М. А., ВЛАСЕНКО О. А.,
КОНОВАЛОВА Л. В.

БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУНИВЕРСИТЕТ, КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ
БОЛЕЗНЕЙ №1, ХГМАПО

Введение:

Артериальная гипертензия (АГ) представляет один из неиммунных механизмов развития и прогрессирования поражения почек при хроническом гломерулонефрите (ХГН). Ее становление определяется интенсивностью поражения структур нефрона воспалительными процессами, при которых участие цитокинов составляет один из необходимых компонентов иммунного воспаления. Целью исследования явилось выявление участия про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β и ИЛ-10) по их изменению содержания в плазме периферической венозной крови у больных ХГН в зависимости от наличия АГ.

Материалы и методы:

Обследовано 47 больных ХГН, из которых АГ II степени имели место у 28 больных. Уровень ИЛ-1 β и ИЛ-10 определяется твердофазовым иммуноферментным методом (ProCon, Санкт-Петербург и ELISA, IBL, Hamburg соответственно). Статистическая обработка и достоверность определяется общепринятыми параметрическими и непараметрическими методами с оценкой достоверности по Стьюденту.

Результаты:

У больных ХГН уровень ИЛ-1 β и ИЛ-10 был выше контрольного уровня и составлял (M \pm SD) (60,7 \pm 24,3) пг/мл и (87,9 \pm 29,8) пг/мл соответственно; (p<0,001) по сравнению с контролем (22,7 \pm 13,4) пг/мл и (13,6 \pm 8,7) пг/мл. Наличие АГ характеризовалось более значимым повышением ИЛ-1 β до (89,8 \pm 34,0) пг/мл и ИЛ-10 до (104,4 \pm 37,5) пг/мл (p<0,001) по сравнению с контролем и уровнем цитокинов у больных с нормальным уровнем АД: (24,3 \pm 8,4) пг/мл и (34,9 \pm 20,6) пг/мл (p<0,01 по сравнению с контролем и p<0,0001 по сравнению с больными АГ).

Заключение:

Повышенное содержание ИЛ-1 β и ИЛ-10 у больных с АГ при ХГН свидетельствует о более активном воспалительном процессе и усилении образования провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. С учетом фармакодинамических воздействий влияние ИЛ-1 β на повышение АД может осуществляться за счет активации системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники, гиперпродукции ангиотензина II и образования оксида азота, в то время как увеличение синтеза ИЛ-10 может быть одним из противовоспалительных протективных механизмов.

4.6. РОЛЬ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

РУТКОВСКАЯ Н.В., ВЕРЕМЕЕВ А.В., СМАКОТИНА С.А.,
БАРБАРАШ О.Л.

КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

В ряде экспериментальных исследований доказана роль хронического иммунного воспаления сосудистой стенки как одного из механизмов развития синдрома артериальной гипертензии. Данные клинических исследований по этой проблеме малочисленны и противоречивы. Целью данного исследования явилось определение маркеров воспаления у пациентов с различными стадиями и степенями гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы:

В исследование включено 46 пациентов ГБ, средний возраст 45,7 \pm 1,2 лет; с I стадией ГБ – 28 пациентов, со II – 18. По результатам суточного мониторирования АД у 24 пациентов выявлена 2 степень, у 22 – 3 степень АГ. Методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа определяли в сыворотке крови содержание С-реактивного белка (СРБ), цитокинов – интерлейкин 6 (ИЛ6), интерлейкин 8 (ИЛ8), интерлейкин 10 (ИЛ10) и фактора некроза опухоли (ФНО) с использованием соответствующих моноклональных антител, фермента (стрептавидин-пероксидаза) и субстратного раствора образующего при взаимодействии с ферментом цветовой комплекс с последующей колориметрической оценкой концентраций

Результаты:

Выявлено, что по мере увеличения стадии ГБ повышается активность воспалительного процесса. Так, у пациентов с I стадией ГБ сывороточная концентрация ИЛ6 составила в среднем 0,96 пг/мл, ИЛ8 – 2,90 пг/мл, ИЛ10 – 2,18 пг/мл, ФНО – 3,36 пг/мл, СРБ – 0,42 мг/л. У пациентов со II стадией ГБ данные показатели были существенно выше: ИЛ6 – 4,06 пг/мл, ИЛ8 – 7,86 пг/мл, ИЛ10 – 3,28 пг/мл, ФНО – 5,76 пг/мл, СРБ – 0,83 мг/л. Все различия кроме показателей ФНО были статистически значимы (p<0,05). Подобная закономерность продемонстрирована и при анализе различий в показателях, характеризующих процессы воспаления при различных степенях повышения артериального давления. Так, у пациентов со II степенью ГБ уровень ИЛ6 составил 2,65 пг/мл, ИЛ8 – 2,40 пг/мл, ИЛ10 – 1,71 пг/мл, СРБ – 0,39 мг/л; что было ниже значений соответствующих показателей в группе пациентов с III степенью ГБ, а именно: ИЛ6 – 3,15 пг/мл, ИЛ8 – 4,64 пг/мл, ИЛ10 – 2,33 пг/мл, СРБ – 0,6 мг/л. Однако статистически значимыми (p<0,05) были лишь различия в сывороточных концентрациях ИЛ8.

Заключение:

Представленные результаты свидетельствуют о различиях в уровне иммуновоспалительных показателей у пациентов с ГБ в зависимости от степени и стадии заболевания. Можно думать, что провоспалительные цитокины, ФНО и СРБ могут выступать в качестве маркера органических поражений. Данный факт, вероятно, обусловлен

участием процессов иммунного воспаления сосудистой стенки в развитии эндотелиальной дисфункции и сосудистого ремоделирования при ГБ.

4.7. УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-В1 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

Степченко М.А., Князева Л.И., Горяинов И.И.,
Князева Л.А., Алтунин А.В., Прасолов А.В.,
Бельченкова К.А., Черткова В.Н.

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
КУРСКИЙ ОКБ

Введение:

Истинная полицитемия (ИП) является системным заболеванием крови, однако, по характеру и частоте сосудистых осложнений, это, прежде всего, сердечно-сосудистая патология. Артериальная гипертензия (АГ) встречается примерно у 60-80% больных и является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых, тромботических и цереброваскулярных осложнений у больных ИП. В последние годы внимание исследователей направлено на изучение роли ростовых факторов и, в частности, ТФР-β1 в формировании сердечно-сосудистой патологии. Исследования в этом направлении позволяют уточнить иммунные механизмы развития АГ при ИП, что позволит оптимизировать методы лечения, контролировать прогрессирование заболевания. Целью работы явилось изучение содержания ТФР-β1 в сыворотке крови больных АГ, обусловленной ИП.

Материалы и методы:

Обследовано 188 больных АГ на фоне ИП в возрасте от 39 до 64 лет, из них 86 женщин и 102 мужчины. У 60 больных АГ имела место I ст. ИП, у 64 пациентов – II А ст. ИП, эритремическая стадия с миелоидной метаплазией селезенки определена у 64 больных АГ. В исследование не включали больных с другими видами симптоматической гипертензии, обострением ИП, наличием ХСН выше II ФК по NYHA, а также воспалительными заболеваниями любой локализации, высокой степенью АГ (АГ>II ст.). Группу сравнения составили 34 больных АГ без ИП. Группа контроля была представлена 30 здоровыми донорами. Содержание в сыворотке крови ТФР-β1 определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы Amersham Pharmacia Biotech (США).

Результаты:

Определение ТФР-β1 в сыворотке крови больных АГ в сочетании с ИП показало его повышение ($109,4 \pm 4,2$ пг/мл, $p < 0,05$), в сравнении с группой контроля ($40,9 \pm 6,9$ пг/мл) и больными эссенциальной гипертензией ($84,1 \pm 5,2$ пг/мл). Наибольшее содержание ТФР-β1 отмечено у больных АГ на фоне II Б ст. ИП с миелоидной метаплазией селезенки ($148,8 \pm 2,7$ пг/мл). Максимальный уровень изучаемого показателя определен у больных с сочетанной патологией с анамнезом ИП более 10 лет ($156,6 \pm 2,2$ пг/мл, $p < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, исследования показали, что у больных АГ на фоне ИП имеет место гиперпродукция ТФР-β1, коррелирующая с тяжестью и длительностью ИП.

4.8. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТАРАСОВ А.А., БОРОВАЯ В.Е., ГУБИНА Н.П., УСАЧЕВА М.Н.
ВолГМУ, МУЗ КБ № 12, ГОРОД ВОЛГОГРАД

Введение:

Целью работы явилась оценка возможности использования сывороточного уровня антител к коллагену I типа, который в настоящее время рассматривается как иммунологический «воспалительный» маркер дисфункции эндотелия, для оценки риска у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы:

У 42 больных (22 мужчин и 20 женщин, средний возраст $57 \pm 0,92$ лет), страдающих АГ I, II и III степени, исследовали уровень антител к коллагену I типа в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа и определяли индивидуальный фатальный 10-тилетний риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE, разработанной с учетом данных ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины» Росздрава. Вычисляли коэффициент корреляции между уровнем антител к коллагену в сыворотке крови и величиной 10-тилетнего сердечно-сосудистого риска.

Результаты:

Нами установлена высокая степень ($r = 0,873$, $p < 0,05$) корреляции между уровнем антител к коллагену I типа в сыворотке крови и величиной 10-тилетнего сердечно-сосудистого риска, определенного по шкале SCORE. Таким образом, высокий уровень иммунологических маркеров дисфункции эндотелия может быть ассоциирован с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений у больных в исследованной возрастной группе, страдающих АГ.

Заключение:

Определение сывороточных антител к коллагену I типа может быть использовано в качестве дополнительного критерия в оценке сердечно-сосудистого риска у больных с АГ.

4.9. АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТИМАШЕВА Я.Р., НАСИБУЛЛИН Т. Р., ЗАКИРОВА А. Н.,
МУСТАФИНА О.Е.

ИНСТИТУТ БИОХИМИИ И ГЕНЕТИКИ УНЦ РАН,
КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ

Введение:

В последние годы большое внимание уделяется роли цитокинов в патогенезе ЭГ. Цель данного исследования

состояла в проведении анализа ассоциаций полиморфизма генов интерлейкина-1 бета, интерлейкина-6, интерлейкина-10 и интерлейкина-12 с ЭГ.

Материалы и методы:

Материалом для исследования служили образцы ДНК 355 больных ЭГ, татар по этнической принадлежности. В группу сравнения вошли 273 человека без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, не состоящие в родстве друг с другом. ДНК выделяли фенольно-хлороформной экстракцией. Генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом. Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием программы Statistica 6.0. Сравнение частот генотипов и аллелей проводили с помощью точного двустороннего критерия Фишера. Силу ассоциаций оценивали в показателях соотношения шансов.

Результаты:

В итоге проведенного анализа ассоциаций, установлено, что генотип IL1B -511*Т/*С является маркером повы-

шенного (OR=1.63, CI: 1.06-2.51, P=0.029), а генотип IL1B -511*Т/*Т - пониженного риска ЭГ (OR=0,53, CI: 0.29-0.96, P=0.041). Пониженный риск ЭГ был также отмечен у носителей генотипа IL-10-627*С/*С (OR=0.56, CI: 0.35-0.88, P=0.016), а повышенный – у носителей генотипа IL-10-627*С/*А 1.75 (OR=0.56, CI: 1.09-2.81, P=0,024). Также установлено, что генотип IL-6 -572*G/*G (OR=2,52, CI: 1.05-6.08, P=0.037) соотносится с повышенным риском развития инсульта у больных ЭГ (OR=0.42, CI: 0.18-0.96, P=0.042). Генотип IL-12B 1159*С/*С взаимосвязан с риском раннего развития ЭГ у женщин (OR=13.51, CI: 1.63-112, P=0.017). Генотип IL-12B 1159*А/*А маркирует пониженный (OR=0.42, CI: 0.2-0.86, P=0.019), а генотип IL-12B 1159*С/*А - повышенный риск развития инсульта у мужчин (OR=2.47, CI: 1.21-5.04, P=0.016).

Заключение:

Полученные нами результаты демонстрируют наличие ассоциации между полиморфными маркерами генов цитокинов и ЭГ. Это свидетельствует в пользу гипотезы об участии интерлейкинов в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.

5. РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

5.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АФАНАСЬЕВА Н.Л., МОРДОВИН В.Ф., СЕМКЕ Г.В.,
ЛУКЬЯНЕНКО П.И.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН

Введение:

Изучение взаимосвязи показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) и нарушений церебрального венозного кровообращения у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

Обследовано 72 пациента ГБ II стадии в возрасте от 28 до 60 лет. Всем больным были проведены СМАД, МР-венография брахиоцефальных вен на низкопольном МР-томографе.

Результаты:

По данным МР-венографии у 60% больных ГБ были выявлены структурные признаки нарушения церебрального венозного кровообращения. У пациентов с расширением поверхностных вен отмечались более высокие показатели вариабельности дневного САД (14.2 ± 4.1 и 11.4 ± 3.2 мм рт.ст., $p=0.016$). У больных с нарушением оттока от сигмовидных синусов были выше значения вариабельности дневного САД (14.8 ± 3.5 и 12.04 ± 1.9 мм рт.ст., $p=0.028$) и ДАД (11.4 ± 2.7 и 9.7 ± 1.6 мм рт.ст., $p=0.040$). У пациентов с нарушением оттока от яремных вен отмечались более высокие значения вариабельности дневного САД (14.57 ± 3.5 и 11.26 ± 2.3 мм рт.ст., $p=0.004$). Нарушение венозного оттока по сагиттальному синусу достоверно чаще встречалось у нон-дипперов ($c_2=35.29$, $p=0.0000$) и у найт-пикеров ($c_2=11.08$, $p=0.0009$), чем у дипперов. Нарушение венозного оттока по поверхностным венам также достоверно чаще встречалось у нон-дипперов ($c_2=5.13$, $p=0.023$) и у найт-пикеров ($c_2=9.78$, $p=0.0018$).

Заключение:

У пациентов ГБ нарушение церебрального венозного оттока чаще встречается у нон-дипперов и у найт-пикеров, а также при повышении вариабельности АД.

5.2. СОСТОЯНИЕ ПРЕКАПИЛЛЯРНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЯХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА В

БАТАЛОВА А.А., ХОВАЕВА Я.Б., ГОЛОВСКОЙ Б.В.,
ХУБЕЕВА Д.М.

Пермская государственная медицинская академия,
ПГМА, ПГМА, ГКБ № 2

Введение:

Изучить прекапиллярное сопротивление, которое отражает тонус мелких артерий, артериол и прекапиллярных сфинктеров при сочетании гипертонической болезни (ГБ) и начальных признаков атеросклероза в сосудах.

Материал и методы:

Исследование микроциркуляции проводилось методом окклюзионной плетизмографии в регионах предплечья и голени на приборе «Fluvoschrift forte», Германия. Ультразвуковое исследование сосудов проводилось на приборе ALOCA 5000. Обследован 91 человек, средний возраст $44,9 \pm 0,9$ лет. Все обследованные разделены на 3 группы. Группа I, (30 чел.), практически здоровые лица без ГБ и признаков атеросклероза в сосудах; группа II, (40 чел.) - пациенты с ГБ I-II стадии, без признаков атеросклероза в сосудах. Группа III, (21 чел.) - пациенты с ГБ I-II стадии и начальными проявлениями атеросклероза в сосудах: утолщение комплекса интима-медиа.

Результаты:

В группе контроля прекапиллярное сопротивление в регионе предплечья в покое составило $9,4 \pm 0,7$, в группе II - $10,77 \pm 1,1$, при сочетании ГБ и начального атеросклероза $12,4 \pm 1,3$ ($p < 0,03$). Прекапиллярное сопротивление в регионе голени в группе I $23,2 \pm 4,3$, в группе с гипертонией $26,9 \pm 4,7$, в группе III $34,0 \pm 5,2$ мм рт.ст./мл*мин*100г ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, наблюдается увеличение прекапиллярного сопротивления по мере повышения АД, как в регионе предплечья, так и голени. Тонус мелких артерий, артериол и прекапиллярных сфинктеров достоверно выше у лиц с ГБ в сочетании с начальным атеросклерозом сосудов.

5.3. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА

ГУСЕЙНОВА Б.А., СИВАКОВА О.А., ШИТОВ В.Н.,
ЧИХЛАДЗЕ Н.М., САИДОВА М.А., ЧАЗОВА И.Е.

ФГУ РК НПК Росмедтехнологий, Москва

Введение:

Целью исследования явилось изучение структурных и функциональных изменений миокарда ЛЖ у больных мягкой и умеренной АГ с использованием возможностей тканевой миокардиальной доплерэхокардиографии (ТМД), а также оценка взаимосвязи этих изменений с показателями электрофизиологического ремоделирования и особенностями суточного профиля АД.

Материалы и методы:

Обследовано 45 больных АГ: группа 2А – 28 больных с мягкой АГ (144,2±5,8 / 89,4±6,6 мм рт.ст.) и группа 2Б – 17 больных с умеренной АГ (160,5±9,1 / 101,3±10,2 мм рт.ст.). Контрольную группу (гр. 1) составили 19 нормотоников. Всем больным были выполнены стандартное эхокардиографическое исследование с оценкой трансмитрального кровотока, тканевое доплеровское исследование, суточное мониторирование АД.

Результаты:

Наличие геометрического ремоделирования ЛЖ у больных АГ определяло более выраженные нарушения диастолической функции миокарда по данным ТМД, по сравнению с группой больных АГ, имеющих нормальную геометрию левого желудочка ($p < 0,05$). Метод ТМД позволил выявить нарушения диастолической функции ЛЖ у 82% больных в группе 2А и у 94% - в группе 2Б, тогда как при трансмитральном доплеровском исследовании диастолическая дисфункция определялась только у 14% и 29% больных в группах 2А и 2Б соответственно. При этом между больными с умеренной и мягкой АГ было выявлено достоверное различие в показателях E_m/A_m митрального кольца со стороны нижней стенки ЛЖ ($p < 0,05$).

Заключение:

Использование ТМД позволило выявить наиболее ранние структурно-функциональные изменения миокарда при АГ и определить достоверные различия в выраженности диастолических нарушений левого желудочка между больными мягкой и умеренной АГ.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 06-06-0063а

5.4. ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гуничева Е.А., Гуничева Е.А., Логачева И.В.,
Ожегов А.М., Муллахметова Н.Ю., Стерхов А.А.

ГУЗ "РКДЦ" МЗ УР, ГУЗ "РКДЦ" МЗ УР, ИГМА,
ИГМА, ГУЗ "РКДЦ" МЗ УР, ГУЗ "РКДЦ" МЗ УР

Введение:

Изучение особенностей вегетативной регуляции у подростков с артериальной гипертензией (АГ) и изменение толерантности к физическим нагрузкам под влиянием различных методов терапии.

Материалы и методы:

Обследовано 40 подростков с АГ I степени в возрасте 16-18 лет (16,6±0,12). Больные распределены на 2 группы по 20 человек. В I группе в качестве терапии назначали дозированные физические нагрузки (ДАФН), во II группе-индапамид ретард (1,5 мг/с). Курс лечения составил 6 мес. В динамике проводили оценку уровня АД и толерантности к физической нагрузке (ВЭМ-контроль). Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) осуществлялся с помощью комплекса "Поли-Спектр-12".

Результаты:

Исходно уровень систолического и диастолического АД (САД/ДАД) при субмаксимальной нагрузке в I и II группах, соответственно, составил 190,1±2,7/76,9±2,3 мм рт ст и 201,7±1,8/86,0±2,8 мм рт ст. В результате проведенной терапии отсутствие гипертонической реакции на нагрузку зарегистрировано во всех группах исследуемых. Так, в I группе САД/ДАД соответствовало 169,3±1,9/74,6±1,7 ($p < 0,001$); во II группе-167,5±3,2/80,4±1,6 ($p < 0,001$). Прирост толерантности к физической нагрузке менялся с 142,6±4,4 (Вт) до 172,5±5,4 ($p < 0,001$) и с 120,3±11,4 (Вт) до 153,6±2,2 ($p < 0,001$) в I и II группах соответственно. При анализе ВСР получены следующие результаты: общая мощность спектра (TP) в I группе возросла на 101,4±3,8%, во II-93,6±23,6%. Показатель, характеризующий активность парасимпатических влияний увеличился в I и II группах, соответственно, на 144,7±10,1% и 97,8±17,3%.

Заключение:

Использование дозированных физических нагрузок в качестве одного из лечебных факторов способствовало нормализации АД у подростков с АГ и достоверно увеличило толерантность к физической нагрузке. Применение дозированных физических нагрузок и индапамид ретард в одинаковой степени способствовало увеличению общей мощности спектра, но дозированные нагрузки в большей степени стимулировали парасимпатические влияния, по сравнению с медикаментозной терапией.

5.5. РЕАКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ВЕЛОТРЕНИРОВКИ В РЕЖИМЕ СВОБОДНОГО ВЫБОРА НАГРУЗКИ

Ефремушкин Г.Г., Денисова Е.А., Петренко Т.А.,
Молчанов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
ГОУ ВПО АГМУ Росздрава

Введение:

Цель исследования - изучить реакцию эндотелия у больных пожилого возраста с гипертонической болезнью на велотренировки в режиме свободного выбора нагрузки.

Материалы и методы:

В исследование включено 85 больных в возрасте от 60 до 90 лет (75,7±8,6), из них мужчин было 65. Изолированная систолическая гипертензия (САД-144,9±20,1 и ДАД-85,3±8,9 мм.рт.ст.) зарегистрирована у 25% больных, ГБ 1 степени- у 20%, ГБ 2- у 14%, ГБ 3- у 7%. Пациенты разделены на основную группу- 47 больных, которым ежедневно проводились велотренировки в режиме свободного выбора нагрузки, медикаментозная терапия и сравнения - 38 больных, получавших медикаментозную терапию. Длительность лечения составила 21±3 дня. Изучение функции эндотелия проводили, измеряя толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ), диаметр плечевой артерии (ПА) с помощью линейного датчика, используя пробу с реактивной гиперемией - 3-минутная окклюзия ПА с наложением манжеты на плечо дистальнее сканируемой артерии (эндотелийзависимая вазодилатация - ЭЗВД) и

с нитроглицерином - 500мкг сублингвально (эндотелий-независимая вазодилатация - ЭЗВД). Изменения ТКИМ и сосудистого диаметра после реактивной гиперемии и после нитроглицерина оценивали в процентах к исходной величине. Исследования проводились в начале и конце лечения.

Результаты:

Исходно ТКИМ в обеих группах составила $0,07 \pm 0,01$ см, диаметр ПА- $0,50 \pm 0,01$ см. ЭЗВД- $0,51 \pm 0,01$ (2%). ЭЗВД: ТКИМ- $0,08 \pm 0,01$ (14%), диаметр- $0,54 \pm 0,01$ (8%). После лечения в основной группе уменьшились ТКИМ на 14%, диаметр на 2%. ЭЗВД: ТКИМ- $0,08 \pm 0,01$ (14%), диаметр- $0,52 \pm 0,01$ (2%). ЭЗВД: ТКИМ- $0,09 \pm 0,01$ (13%), диаметр- $0,56 \pm 0,01$ (4%). В группе сравнения изменений не произошло.

Заключение:

Таким образом, полученные результаты подтверждают тотальное нарушение эндотелиальной функции с нарушением всех видов вазодилатации у больных пожилого возраста с гипертонической болезнью. Комплексное лечение с включением велотренировок в режиме свободного выбора нагрузки приводит к улучшению реакции эндотелия.

5.6. ПОКАЗАТЕЛИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Заирова А.Р., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.

Институт кардиологии им.А.Л.Мясникова
ФГУ РКНПК Росмедтехнологий

Введение:

Изучить вазомоторную функцию эндотелия (ВФЭ) и ригидность магистральных артерий у мужчин молодого возраста с мягкой артериальной гипертонией (АГ) (I степени).

Материалы и методы:

Обследовано 84 мужчин, из них 54 - больные с АГ I степени среднего возраста $30,9 \pm 0,8$ лет (САД $148,2 \pm 1,0$ и ДАД $92,2 \pm 1,0$ мм рт.ст.) и 30 - здоровые мужчины среднего возраста $27,0 \pm 0,8$ лет с нормальным АД (САД $125,3 \pm 1,0$ и ДАД $76,2 \pm 1,0$ мм рт.ст.) - группа контроля. Оценка ВФЭ проводилась традиционным ультразвуковым методом по Celermajer D.S. (1992) (аппарат Vivid 7, GE) с определением зависимой от потока дилатации плечевой артерии (ЗПВД). Ригидность магистральных артерий определялась путём измерения «лодыжечно-плечевой» скорости пульсовой волны (СПВ) с помощью аппарата VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 с применением непараметрических методов. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Данные приведены в виде $M \pm SE$.

Результаты:

В группе больных АГ показатели ЗПВД варьировали от 18,4% до - 4,8%, в среднем $6,5 \pm 0,8\%$, а показатели СПВ

- от 16,3 м/с до 10,2 м/с, в среднем $12,1 \pm 0,2$ м/с. Указанные показатели достоверно отличаются от аналогичных показателей в группе здоровых мужчин, у которых показатели ЗПВД определялись в пределах 19,3 - 0,0%, в среднем $10,0 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$), а показатели СПВ от 12,4 до 9,3 м/с, в среднем $11,3 \pm 0,1$ м/с ($p < 0,0005$). Нарушение ВФЭ (ЗПВД < 6%) выявлено у 50% больных АГ и у 13% мужчин в контрольной группе ($p < 0,001$), а повышение ригидности магистральных артерий у 54% и 20% соответственно ($p < 0,005$). В группе больных АГ не выявлена достоверная корреляционная связь между показателями ВФЭ и ригидности магистральных артерий.

Заключение:

Нарушение вазомоторной функции эндотелия и повышение ригидности магистральных артерий наблюдается у мужчин молодого возраста уже на ранних стадиях развития артериальной гипертонии.

5.7. СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Запесочная И.Л., Автандилов А.Г.

“МУ ГП”, город Нижневартковск, ХМАО,
ГОУ ДПО “РМАПО” г. Москва

Введение:

изучить особенности ДФ ЛЖ у больных АГ в условиях Крайнего Севера в зависимости от сменного характера работы

Материалы и методы:

обследовано 95 больных АГ I-II степени (средний возраст $41,5 \pm 3,1$ года), которые были разделены на 2 группы: I группа - 53 человека, работающих в дневную смену; II группа - 42 человека, работающих посменно (в дневную и в ночную смену). Длительность АГ - $9,5 \pm 2,9$ года. ЭхоКГ проводилась в состоянии покоя по стандартной методике на аппарате System Five (США). ДФ ЛЖ оценивалась по характеристикам трансмитрального кровотока в режиме импульсного доплера из верхушечной 4-камерной позиции по стандартной методике. Определялись максимальная скорость кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ ($V_m E$); максимальная скорость кровотока позднего диастолического наполнения ЛЖ ($V_m A$); их соотношение (E/A); время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР); время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT). Признаками нарушения ДФ ЛЖ считались увеличение ВИР свыше 100 мс и/или уменьшение отношения E/A менее 1.

Результаты:

$V_m E$ была достоверно выше в I группе по сравнению со II группой ($0,60 \pm 0,07$ и $0,47 \pm 0,05$ м/с соответственно; $p < 0,05$). Отмечалось недостоверное увеличение показателя $V_m A$ во II группе по сравнению с I группой ($0,54 \pm 0,08$ и $0,49 \pm 0,07$ м/с соответственно; $p > 0,05$). В группе лиц с АГ, работающих в ночь, E/A был меньше единицы ($0,87 \pm 0,14$). Определялось выраженное увеличение ВИР во II группе по сравнению с I группой ($96,5 \pm 7,9$ и $77,2 \pm 7,5$ мс соответственно; $p < 0,05$). Показатель DT был

выше во II группе по сравнению с I группой ($176,8 \pm 15,8$ и $164,4 \pm 17,2$ мс соответственно; $p > 0,05$). Нарушение ДФ ЛЖ во II группе выявлено в 56% случаев; в I группе – в 37% случаев. Установлена четкая зависимость характера диастолического наполнения ЛЖ от выраженности его гипертрофии. ИММЛЖ прямо коррелировал с ВПР и Vm A; обратно коррелировал с Vm E и E/A. Vm E обратно коррелировал со среднесуточными: ДАД, ИВ САД и ДАД; со средненочными: САД и ДАД, ИВ САД. ВПР прямо коррелировал со среднесуточным ДАД; средненочными: САД и ДАД, ИВ САД.

Заключение:

1. У больных АГ была установлена четкая зависимость характера диастолического наполнения ЛЖ от выраженности его гипертрофии. Выявлена взаимосвязь ДФ ЛЖ с повышением АД в ночные часы, особенно за счет САД.
2. У больных АГ, работающих в ночь, отмечается более частое нарушение ДФ ЛЖ, проявляющееся в увеличении вклада систолы ЛП в заполнение ЛЖ.

5.8. СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОДИТОМ

Иевлева Г.И., Тесля Е.Ф., Буганов А.А., Саламатина Л.В.
ГУ НИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ Крайнего Севера РАМН,
ГУ НИИ МПКС РАМН

Введение:

Общемировые демографические и климатоэкологические тенденции предрасполагают к формированию полиморбидных состояний. Несомненно, что ассоциированные патологии не только изменяют клиническую картину и течение заболевания, но и повышают риски развития осложнений. Целью исследования являлось изучение показателей суточного профиля артериального давления у больных артериальной гипертонией (АГ) ассоциированной с патологией щитовидной железы, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера в зависимости от степени нарушения тиреоидной функции.

Материалы и методы:

Обследовано 52 больных АГ 2 – 3-й степени, имеющих сопутствующую тиреоидную патологию (аутоиммунный тиреоидит (АИТ)). Группа сравнения представлена больными АГ без патологии щитовидной железы ($n=51$). 24-часовое суточное мониторирование артериального давления (СМ АД) осуществлялось автоматическим аппаратом «Топорорт» IVa фирмы «Hellege» (Германия) по стандартной методике (Рогоза А.Н. и соавт., 1997).

Результаты:

При сопоставимости средних значений суточных индексов в изучаемых группах распределение больных в зависимости от характера суточного ритма имело достоверные различия. Суточный ритм «night-peaker» систолического АД наблюдался соответственно в 1,8 и 1,2 раза чаще у больных АГ и АИТ (гипотиреоз) в сравнении с больными АГ без патологии щитовидной железы и боль-

ными АГ в сочетании с АИТ (эутиреоз). Наличие тиреоидной патологии у больных АГ ассоциировалось с существенным нарушением суточного ритма диастолического АД. У пациентов с АИТ (эу- и гипотиреоз) достоверно реже выявлялся суточный ритм «dipper»: соответственно в 33,4% и 31,6% случаев против 47,1% в группе больных АГ без АИТ ($p < 0,05$). В группе больных АГ и АИТ (гипотиреоз) доля лиц с ночным повышением ДАД была достоверно большей, чем в других изучаемых группах.

Заключение:

Снижение функции щитовидной железы у больных АГ сопровождается существенным нарушением суточного ритма АД, в первую очередь за счет формирования суточного ритма «night-peaker».

5.9. СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Кароли Н.А., Ребров А.П., Сергеева В.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Введение:

изучение суточного профиля АД у больных ХОБЛ.

Материалы и методы:

65 мужчинам с ХОБЛ выполнено СМАД. У 16 пациентов в анамнезе повышения АД не определялось, у 49 больных имелась артериальная гипертония. 69,2% больных имели тяжелое течение ХОБЛ. Группу контроля составил 21 мужчина с эссенциальной АГ.

Результаты:

При исследовании суточного профиля САД было выявлено, что в группе сравнения преобладает тип «dipper». У больных ХОБЛ как с АГ, так и без нее тип «dipper» встречается менее чем у четверти пациентов (24,5% и 12,5% соответственно), а доминирует тип «non-dipper» (42,9% и 50% соответственно). У пациентов с ХОБЛ и АГ достоверно чаще отмечается тип «night-peakers» по сравнению с частотой аналогичного типа в группе пациентов с эссенциальной гипертонией (32,6% и 9,5% соответственно, $p < 0,05$). При исследовании суточного профиля ДАД установлено, что в группе сравнения также преобладает тип «dipper». У больных ХОБЛ как с АГ, так и без нее тип «dipper» встречается реже ($p < 0,05$ для пациентов с ХОБЛ и АГ), а доминирует тип «non-dipper» (42,9% и 43,4% соответственно). Выявляемость типа «night-peakers» у больных ХОБЛ с АГ в 4,7 раз выше, чем в группе контроля. Выделены две группы пациентов: с лабильной (14 человек) и стабильной (23 больных) АГ. Для больных первой группы характерно повышение АД во время приступов одышки, обострении заболевания, а при суточном мониторировании среднесуточные показатели находятся в пределах нормы. Вторая группа больным характеризуется стабильной АГ. У пациентов со стабильной АГ отмечена более частая, по сравнению с больными группы сравнения, встречаемость профиля «night-peakers» ($p < 0,01$) при более редком наличии профиля «dipper» ($p < 0,01$). У половины пациентов с лабильной АГ сохранен профиль «dipper» ($p < 0,01$ с больными со стабильной гипертонией). У пациентов со стабильной гипертензией

чаще встречается устойчивое повышение ночного АД (СИ САД<0), чем среди больных с лабильной АГ ($p<0.01$). При анализе суточного профиля диастолического АД у пациентов со стабильной АГ отмечена почти в 2 раза более частая, по сравнению с больными группы сравнения, встречаемость профиля «non-dipper» при более редком наличии профиля «dipper» ($p<0.05$). Обращает на себя внимание частота встречаемости суточного профиля с чрезмерным снижением ДАД в ночное время среди больных с лабильной гипертензией (21,4%), которая превышает аналогичный показатель среди пациентов со стабильной гипертензией.

Заключение:

АГ у больных ХОБЛ отличается преобладанием патологических типов суточной кривой АД, характеризующихся недостаточной степенью ночного снижения АД.

5.10. “УСТОЙЧИВАЯ” НАЧАЛЬНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЕЙ И НАРУШЕНИЯ СУТОЧНОГО РИТМА АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кузьмина Ю.В., Рогоза А.Н., Ощепкова Е.В., Гориева Ш.Б.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий

Введение:

изучить особенности суточного профиля АД у больных гипертонической болезнью (ГБ) с устойчивой начальной ортостатической гипотензией (НОГ), выявленной в активной ортостатической пробе (АОП).

Материалы и методы:

Обследован 41 больной ГБ I-II ст., степень АГ I-II, умеренного и высокого риска в возрасте от 48 до 72 лет (58 ± 10). АОП проводилась с непрерывным неинвазивным измерением САД и ДАД в пальцевой артерии (“Task Force Monitor”, “CNSystems” Австрия) и мониторингом кровотока по средней мозговой артерии (СМА) методом транскраниальной доплерографии (Ангиодин 2К, “БИОСС” Россия). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось с интервалом между измерениями 20 мин днем и 40 мин ночью (“BPLab”, “Пётр Телегин”, Россия). Статистический анализ выполнен с использованием непараметрического метода Манн-Уитни и точного критерия Фишера (Statistica 6).

Результаты:

У всех больных в первые 15 секунд ортостаза регистрировались начальные депрессорные реакции (ДР) в виде снижения среднего гемодинамического АД (АДср) более 10 мм рт.ст. с одновременным снижением кровотока по СМА. Выявлено 2 типа ДР. При I-ом типе ($n=20$) наблюдали кратковременное снижение АДср в ортостазе с восстановлением АД к 15-ой секунде до 75-100% от исходного уровня. При II-ом типе ($n=21$) выявлено более „продолжительное“ снижение АДср без восстановления АД к 15-ой секунде „устойчивая“ НОГ. По данным СМАД у больных с ДР типа II исходно регистрировалось более высокое среднесуточное АД [мм рт.ст.] ($142/90\pm 13/7$ vs $132/83\pm 10/7$,

$p<0.05$). Большинство больных с ДР II типа в отличие от типа I имели выраженные нарушения суточного ритма АД по типу «овердиппер» (33% vs 7%, $p<0.05$) и «найтпикер» (33% vs 0%, $p<0.05$). В этой же группе чаще отмечались эпизоды гипотензии в дневные часы [%] (67 vs 15 , $p<0.05$).

Заключение:

Больные ГБ с “устойчивой” начальной ортостатической гипотензией характеризуются выраженными нарушениями суточного ритма АД и требуют проведения СМАД для подбора адекватной антигипертензивной терапии.

5.11. АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ «БЕЛОГО ХАЛАТА»

Кулюцин А.В., Донченко И.А., Крутенков А.Н., Елисеева И.В.

Медицинский институт ПГУ, КАФЕДРА ТЕРАПИИ

Введение:

Исследовать вариабельность сердечного ритма у больных с артериальной гипертонией «белого халата».

Материалы и методы:

Объект исследования 11 пациентов с «гипертонией белого халата», средний возраст $48,1\pm 3,8$ лет. Группа сравнения состояла из 17 больных гипертонической болезнью 1-2 стадии. С 1 степенью 9 больных и 8 больных со 2-й степенью гипертензии. Средний возраст $49,6\pm 1,8$ лет. Продолжительность заболевания в среднем $7,5\pm 6,6$ лет. После отмывочного периода выполнено суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВРС и суточное мониторирование артериального давления. Диагноз гипертонии «белого халата» ставился на основании сопоставления результатов офисного измерения артериального давления и данных СМАД. Статистическая обработка выполнена с помощью программы Statistica-6. Данные представлены в виде Me (Q25; Q75).

Результаты:

При сопоставлении показателей ВРС пациентов страдающих гипертонией «белого халата» и больных гипертонической болезнью выявлена тенденция к снижению показателей временного анализа у больных гипертонической болезнью. В группе с гипертонией «белого халата» и гипертонической болезнью соответственно получены следующие результаты: MeanNN 859 (814; 942) и 837 (783; 891), $p=0,22$; SDNN 148 (139; 176) и 134 (130, 148), $p=0,32$; SDNNi 52 (48; 68) и 51 (46; 66), $p=0,87$; SDANN 137(130; 166) и 124 (116; 137), $p=0,24$. По показателям RMSSD и pNN50 обнаружены достоверные отличия между группами: RMSSD 32 (27; 33) и 26 (23; 28), $p=0,04$; pNN50 9,2 (5,6; 12,5) и 7,1, (3,7; 8,9), $p=0,03$.

Заключение:

Пациенты с артериальной гипертонией «белого халата» отличаются более высокими значениями показателей временного анализа вариабельности ритма сердца по сравнению с больными гипертонической болезнью. Показатели RMSSD и pNN50 являются наиболее чувствительными в выделении данных групп пациентов.

5.12. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

МАСЛЕННИКОВА О.М.

ГУЗ «КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР», г. ИВАНОВО,
КАРДИОЛОГ. ДИСП. г. ИВАНОВО**Введение:**

Значение жесткости артерий как интегрального показателя сердечно-сосудистого риска в настоящее время не подлежит сомнению. Однако, не ясна связь повышения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных артериальной гипертонией (АГ) с параметрами гипертензионного синдрома, вегетативным статусом, факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы:

Обследовано 377 пациентов с АГ 1–2 степени (146 мужчин, 231 женщина, средний возраст $46,9 \pm 7,2$ лет). Всем обследованным проводили измерение СРПВ, суточное мониторирование АД, эхокардиографию, анализировали вариабельность сердечного ритма (ВРС). Чтобы определить зависимость между СРПВ и набором параметров, характеризующих гипертензионный синдром, вегетативную активность, признаки поражения органов-мишеней, факторы риска нами был применен метод главных компонент. Достоинством такого подхода явилось одновременное включение в анализ большого количества факторов, которые значимы для практики.

Результаты:

Ряд параметров из-за своей незначимости был исключен из дальнейшего анализа (уровень холестерина крови, фоновое систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД), среднее САД и ДАД ночное, вариабельность ночного САД). Таким образом, при составлении модели учитывались следующие показатели: пол, возраст, индекс массы тела, среднее дневное САД и ДАД, индекс времени и вариабельность дневного САД и ДАД, вариабельность ночного ДАД, симпатическая (LF/HF) и парасимпатическая (K30/15) активность, доля симпатического (%LF) и парасимпатического компонента (%HF) в общей мощности спектра колебаний длительности RR интервалов, индекс массы миокарда левого желудочка. Было выделено несколько факторов математической модели, вклад которых в значение СРПВ было преобладающим. На них у мужчин наибольшее влияние оказывали LF/HF и K30/15 из вегетативных составляющих, вариабельность дневного ДАД из параметров гипертензионного синдрома. Наибольшую значимость у женщин также имел фактор повышенной вегетативной реактивности и вариабельность ночного ДАД. Большую роль у женщин, в отличие от мужчин, играла вариабельность дневного САД.

Заключение:

Таким образом, значения СРПВ у больных АГ определяются не абсолютными цифрами АД, а его вариабельностью в течение суток, а также вегетативной реактивностью.

5.13. К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА

МУЛЬТАНОВСКИЙ Б.Л., КАРПОВА С.А.

ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
ИГМА, ИЖЕВСК, ИГМА, ИЖЕВСК**Введение(цели/задачи):**

Изучение взаимосвязи уровня артериального давления (АД) и вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материалы и методы:

Исследовали ВРС у 60 мужчин 20–30 лет, из них у 30 человек (группа 1) было нормальное АД, у 30 (группа 2) – высокое нормальное АД (по классификации ВНОК, 2006). Из частотных показателей определяли мощности очень низких, низких и высоких частот, общую мощность спектра (TP), индексы вагосимпатического взаимодействия (ИВСВ) и централизации (ИЦ); для оценки относительной активности блуждающего нерва и сосудодвигательного центра вычислялись предложенные нами показатели относительной вагусной и сосудодвигательной активности (соответственно ПОВА и ПОАС). Из временных показателей определяли среднеквадратичное отклонение интервалов RR (SDNN) и межинтервальных различий (RMSSD), долю смежных интервалов с межинтервальными различиями свыше 50 мс (pNN50); для суждения об относительной активности физиологических систем, влияющих на ВРС, рассчитывался предложенный нами показатель относительной симпатической активности (ПОСА).

Результаты:

При анализе частотных показателей не выявлено достоверных различий между группами как по TP, так и по мощности в отдельных диапазонах, ПОАС и ИЦ в группах также не различались; в то же время ИЦ в группе 1 был достоверно ($p < 0,05$) ниже, а ПОВА – достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе 2. При анализе временных показателей не выявлено достоверных межгрупповых различий SDNN, RMSSD и pNN50, однако (ПОСА) в группе 2 был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе 1.

Заключение:

Полученные данные позволяют говорить о том, что у лиц с высоким нормальным АД по сравнению с лицами с нормальным АД имеются отличия регуляторных механизмов, сводящиеся к ослаблению автономных и усилению центральных влияний. Для уточнения характера эти изменений, их роли в формировании АГ и прогностической значимости требуются дополнительные исследования.

5.14. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Начкина Э.И., Боронина М.А.

ГОУВПО «Мордовский ГОСУНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.П. ОГАРЕВА», Мордовский ГОСУНИВЕРСИТЕТ

Введение:

Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) 2 типа – две патологии, практически неотступно следующие друг за другом и приводящие к быстрому развитию сердечно-сосудистых осложнений. Прогрессирование артериальной гипертензии неизбежно сопровождается структурно-функциональными изменениями сердца. Целью работы явилось изучение особенностей ремоделирования сердца при сочетании артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы:

Исследуемую группу составили 30 пациентов (27 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 44 до 79 лет, страдающих АГ и СД 2 типа, находившихся на лечении в кардиологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница №4» г. Саранска в 2007 году. Обследуемые пациенты имели 3 степень АГ. Всем пациентам проводили эхокардиографическое исследование и определяли относительную толщину стенок левого желудочка (ОТС), массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Для выделения типов ремоделирования левого желудочка использовали классификацию Ganau et al. (1992 г.).

Результаты:

У всех обследуемых пациентов по эхокардиографическим данным была диагностирована гипертрофия миокарда левого желудочка. Средние показатели ОТС составили 0,48±0,09 усл. ед., ММЛЖ - 235±8,1 г, ИММЛЖ – 131,4±5,3 г/м². Распределение больных по типам ремоделирования сердца в нашей группе оказалось следующим: в группу с эксцентрической гипертрофией вошли 10 человек (33%), группу больных с концентрической гипертрофией левого желудочка составили 20 человек (67%). Оба типа ремоделирования левого желудочка ассоциируются с высоким кардиоваскулярным риском в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и СД 2 типа.

Заключение:

Таким образом, к особенностям ремоделирования сердца у пациентов с АГ и СД 2 типа относится преимущественное формирование концентрической гипертрофии левого желудочка. Данный тип структурно-геометрических нарушений определяет неблагоприятный прогноз у больных с сочетанием АГ и СД 2 типа, что обуславливает необходимость раннего назначения медикаментозной терапии.

5.15. ГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЛИНИЯ КРЫС - МОДЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОГО БРАДИКИНИНА

Неверова М.Е.*, Фиделина О.В.*, Мкртумова Н.А.*,
Постнов А.Ю.**, Постнова Д.А.***, Калинин В.Н.

* МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАМН
(ГУ МГНЦ РАМН), Москва

** ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРО-
ИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ
(ФГУ РКНПК РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ), Москва

Введение:

Гипертензивная линия крыс SHR считается лучшей экспериментальной моделью эссенциальной гипертензии человека. С помощью генно-инженерных конструкций на протяжении ряда лет разрабатываются пути генотерапии гипертонической болезни.

Материалы и методы:

Нами на основе ретровируса рPs-3neo создана плаزمид рPs-3neo (Brd) с синтетическим «геном» брадикинина, пептида, проявляющего свойства кардиопротектора и вазодиллятора. Брадикинин – низкомолекулярный биологически активный пептид антагонист ангиотензина играет существенную роль в регуляции артериального давления (АД). Он является ключевым компонентом калликреин-кининовой системы, сопряженной через АПФ с ренин-ангиотензиновой системой. Подкожное введение ДНК плазмиды рPs-3neo (Brd) 2-х суточным самцам гипертензивной линии крыс приводит к снижению АД на 2 недели у половозрелых самцов.

Результаты:

Положительные результаты ПЦР ДНК из разных органов и понижение АД получены у трансгенных по «гену» брадикинина гипертензивных крыс SHR, в отличие от контрольных SHR (получивших плазмиду без брадикинина).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о терапевтическом эффекте синтетического «гена» брадикинина.

5.16. ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА ПО ВНУТРЕННИМ СОННЫМ АРТЕРИЯМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В.

Введение:

изучить особенности экстракраниальной гемодинамики у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от уровня общего холестерина (ОХС) плазмы крови.

Материалы и методы:

обследовали 130 пациентов АГ I-III стадии, которые в зависимости от уровня ОХС плазмы крови были разделены на 3 группы: 1-ю (контрольную) составили 46 человек с желательным ($<5,17; 4,5 \pm 0,7$ ммоль/л); 2-ю - 40 человек с пограничным (от 5,17 до 6,18; $5,9 \pm 0,22$ ммоль/л); 3-ю - 44 пациента с высоким ($>6,2; 7,2 \pm 0,8$ ммоль/л). Выполнялась ультразвуковая доплерография внутренних (BCA) сонных артерий с оценкой пиковой систолической скорости (V_s , см/с), средней скорости кровотока ($V_{ср}$, см/с), индекса подъема пульсовой волны (PWV), индекса циркуляторного сопротивления (RI), индекса спектрального расширения (SB,%), коэффициента асимметрии (KA,%).

Результаты: В 1-й группе кровотоков существенно не изменялся ($V_s=78,0 \pm 2,9$; $V_{ср}=50,0 \pm 1,1$; $RI=0,67 \pm 0,9$; $PWV=0,09 \pm 0,1$; $SB=30,3 \pm 4,1$; $KA=7,7 \pm 2,2\%$). Во 2-й группе гемодинамика характеризовалась достоверным снижением V_s ($72,9 \pm 2,3$) и $V_{ср}$ ($44,0 \pm 1,1$), RI ($0,56 \pm 0,8$) и увеличением PWV ($0,11 \pm 0,01$) и SB ($37,4 \pm 3,8$), что свидетельствовало об изменении упруго-эластических свойств сосудистой стенки и наличии турбулентного кровотока в месте локации. У 6,3% больных выявлялась умеренная ($KA=22,3 \pm 1,1\%$) асимметрия кровотока. В 3-й группе регистрировалось достоверное снижение V_s ($69,0 \pm 2,7$), $V_{ср}$ ($42,5 \pm 2,8$), RI ($0,51 \pm 0,1$) и увеличение PWV ($0,60 \pm 0,2$) и SB ($49,0 \pm 5,4$), что свидетельствовало о выраженном нарушении эласто-тонических свойств сосудистой стенки и наличии признаков стенозирования. У 19% обследованных регистрировалась умеренная ($KA=26,1 \pm 1,9$; $p \leq 0,05$), а у 14,2% больных - выраженная ($KA=37,4 \pm 1,9\%$) асимметрия кровотока.

Заключение:

у больных АГ с увеличением уровня ОХС плазмы крови от желательного к высокому экстракраниальная гемодинамика характеризуется прогрессирующим изменением эласто-тонических свойств сосудистой стенки, увеличением асимметрии кровотока и наличием признаков стенозирования.

5.17. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Носов А.Е., Агафонов А.В., Некрутенко Л.А., Туев А.В.

ГОУ ВПО "ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ", ГОУ ВПО "ПГМА", ГОУ ВПО "ПГМА", ГОУ ВПО "ПГМА"

Введение:

Одним из факторов, обуславливающих увеличение жесткости артериального русла, является наличие артериальной гипертензии (АГ). Однако, влияние различных составляющих суточного профиля артериального давления (АД) на жесткость неодинаково.

Материалы и методы:

Обследовано 77 пациентов, средний возраст которых $51,9 \pm 12,8$ лет. У 57 диагностирована АГ. Специальное исследование представлено мониторингом АД (МАД), которое проводили с помощью монитора BPLAB,

производящего суточную регистрацию АД осциллографическим методом. При дальнейшем анализе осциллограмм за сутки по методу T.J.Brinton в нашей модификации определяли показатели, характеризующие жесткость артериального русла: мощность пульсового АД ($dP/dt_{пад}$) и временной интервал между экстремумами первой производной (Тпад). Так как, согласно ранее опубликованным данным считали, что жесткость артерий прямо пропорциональна $dP/dt_{пад}$ и Тпад, введен коэффициент $K=dP/dt_{пад} \cdot T_{пад}$, характеризующий артериальную жесткость. Для статистического анализа пользовались непараметрической корреляцией Спирмена.

Результаты:

В ходе исследования выявлено, что артериальная жесткость прямо коррелирует со следующими показателями МАД: дневной вариабельностью систолического АД ($R=0,33$; $p=0,004$), а также дневной ($R=0,48$; $p=0,000012$) и ночной ($R=0,35$; $p=0,003$) вариабельностью пульсового АД. Одновременно, наблюдалась прямая сильная взаимосвязь артериальной жесткости со среднесуточным систолическим АД ($R=0,52$; $p=0,0001$) и особенно со среднесуточным пульсовым АД ($R=0,78$; $p=0,00004$).

Заключение:

Таким образом, при использовании метода суточного анализа осциллограмм выявлена значимая прямая зависимость систолического и пульсового АД, их вариабельности и жесткости артерий. Процесс увеличения жесткости артерий преимущественно обусловлен накоплением в их стенке коллагена, что ведет к увеличению систолического и пульсового АД с дальнейшим образованием замкнутого круга. Выявлена прогностически неблагоприятная зависимость жесткости артерий и повышенной вариабельности систолического и пульсового АД.

5.18. ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Овсянников К.В., Гурфинкель Ю.И., Федосеев А.Н.

КАФЕДРА ТЕРАПИИ № 2 ФПДО МГМСУ, ЦКБ МПС, КБ № 83 ФМБА РФ

Введение:

Цель работы - изучить влияние наличия артериальной гипертензии (АГ) и уровня АД на скорость капиллярного кровотока и размеры периваскулярного отека у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы:

Изучены 60 пациентов с СД, возраст $53 \pm 3,5$ года (19 мужчин, 41 женщина). Пациенты были разделены на 3 группы. 1-ую группу составили 12 пациентов, не имевших АГ в анамнезе; 2-ю - 20 пациентов, имеющих в анамнезе АГ не более чем 10 лет, компенсированную приемом гипотензивных препаратов; 3-ю группу - 28 пациентов, имеющих в анамнезе АГ 10 и более лет, не компенсированную приемом гипотензивных препаратов. Параметры микроциркуляции исследовались методом компьютерной капилляроскопии.

Результаты:

В 1-ой группе при проведении капилляроскопии установлено, что средняя 17,3мм/сек, во 2-ой группе \pm скорость микрокровотока составила 495 15,6 мм/сек. При попарном \pm 18,6 мм/сек, а в 3-ей группе - $392 \pm 436,5$ сравнении между группами было получено статистически значимое различие этого показателя, $p < 0,05$. При попарном сравнении значений размеров периваскулярной зоны у пациентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп, также получено статистически достоверное различие этих показателей ($p < 0,05$). У пациентов 1-ой группы среднее значение размеров 15,0 мкм, у пациентов 2-ой группы \pm периваскулярной зоны составило 98,6 20,1 мкм. Для изучения \pm 18,2 мкм, у пациентов 3-ей группы - $109,8 \pm 105,9$ влияния уровня артериального давления на показатели микроциркуляции использовался показатель «среднее артериальное давление» (СрАД), вычисляемый как ДАД+(САД-ДАД/3). Проводился линейный регрессионный анализ между рядами значений СрАД и скоростью микрокровотока, взятыми в целом по всей изученной группе. Линейный корреляционный анализ показал выраженную корреляцию между этими показателями, $p < 0,001$, $r = -0,76$.

Заключение:

Представляется очевидным, что наличие и длительность АГ существенно влияют на скорость кровотока и размеры периваскулярного отека, а уровень АД обратно пропорционален скорости капиллярного кровотока.

5.19. ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТ

Олейников В.Э., Кулюцин А.В., Крутенков А.Н., Донченко И.А., Лукьянова М.В.

Медицинский институт ПГУ

Введение:

Оценить воспроизводимость показателей ВРС на 5-минутных интервалах записи у больных гипертонической болезнью 1-2 ст.

Материалы и методы:

Исследовано 57 больных с гипертонической болезнью 1-2 ст. Средний возраст $51,2 \pm 5,6$ лет. Продолжительность заболевания в среднем $5,8 \pm 4,2$ лет. Диагноз гипертонической болезни выставлялся в соответствии с рекомендациями ВНОК с учетом данных суточного мониторинга АД «BP Lab». ВРС на 5-минутных интервалах определялась с использованием поликардиоанализатора «Поли-Спектр» («Нейрософт»). Исследование проводилось одним специалистом в стандартных условиях на фоне отмычного периода дважды с интервалом в 7 дней. Изучались следующие показатели: RRNN, SDNN, RMSSD, pNN50, TP, VLF, HF, LF/HF. Статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statistika-6». Данные представлены в виде Me (Q25;Q75).

Результаты:

При первом и повторном исследовании показателей ВРС

на 5-ти минутных интервалах получены следующие значения: RRNN1 835(751;917), RRNN2 827(714;893), $p = 0,05$; SDNN1 38(24;52), SDNN2 27(18;39), $p < 0,05$; RMSSD1 22(14;61), RMSSD2 18(10;69), $p > 0,05$; pNN501 1,5 (0,26;6,01), pNN502 0,93 (0,19;5,12), $p < 0,05$; TP1 1404 (684;2221), TP2 1364 (591;1629), $p < 0,05$; VLF1 465 (313;1219), VLF2 413 (247;1137), $p < 0,05$; HF1 164 (80;889), HF2 136 (67;801), $p < 0,05$; LF/HF1 1,2 (0,7;2,2), LF/HF2 0,8 (0,5;1,7), $p < 0,05$.

Заключение:

Показатели вариабельности ритма сердца у больных гипертонической болезнью 1-2 ст. характеризуются низкой воспроизводимостью. Выявлена тенденция к снижению показателей вариабельности ритма сердца при повторном исследовании.

5.20. РОЛЬ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ПЕТРОВА И.Н.

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
АССИСТЕНТ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ

Материал и методы:

С целью изучения зависимости когнитивных расстройств от уровня каротидного кровотока у 50 больных гипертонической болезнью II, III стадий исследовались психологический статус по шкале MMSE (Mini-Mental State Examination) и состояние сонных артерий методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ). Нормальный психический статус соответствовал 29-30 баллам, когнитивные расстройства – 23-24 баллам, деменция – ниже 24 баллов. Состояние каротидного кровотока оценивалось по выраженности атеросклеротического паттерна, структурных изменений сосудов, степени стенозирования.

Результаты:

Полученные результаты выявили нормальный психический статус у 14 больных (I группа), когнитивные отклонения – у 19 (II группа), деменцию в 16 случаях (III группа). Когнитивные нарушения четко коррелировали с возрастом больных и частотой перенесенных инсультов. Средний возраст I группы равнялся 50 годам, инсультов не было; II группы соответствовал показателям 56 и 12, III группы – 61 и 14. По данным УЗДГ лишь у 5 больных сонные артерии были не изменены. В 45 случаях (90%) имели место различные отклонения: избыточная извитость сосудов, угловые изгибы, утолщение комплекса интимамедиа, стенозирование, в том числе у 19 больных – значимое, более 50%. При этом, в I группе, без когнитивных расстройств, патология каротид с нарушением кровотока найдена у 14,3% больных, во II группе с когнитивной недостаточностью – у 42%, в III с деменцией – в 56,3% случаев.

Заключение:

То есть, выраженность когнитивной дисфункции вплоть до деменции находится в прямой зависимости от нарушений каротидного кровотока, что диктует необходимость их ранней диагностики и лечения, в том числе хирургической коррекции.

5.21. ПРИМЕНЕНИЕ АТОМАКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ НА ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ

Попова А.В., Можейко М.Е., Суларева Н.В.

ЯРОСЛАВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ГОСПИТАЛЬ ВЕТРАНОВ ВОЙН

Введение:

Эластические свойства артериальной стенки зависят от множества факторов, и, прежде всего, возраста, уровня артериального давления, наличия атеросклероза. Цель исследования - оценить динамику показателей холестерина обмена, свойств артериальной стенки у пациентов старших возрастных групп, длительное время страдающих артериальной гипертензией, на фоне 3-месячной терапии липотропными препаратами.

Материалы и методы:

Обследован 21 пациент, возраст от 65 до 80 лет (средний возраст $69,3 \pm 4,28$ лет); страдающий гипертонической болезнью (ГБ) I-II степеней (длительность течения АГ составила в среднем $13,6 \pm 1,53$ лет); с гиперхолестеринемией; ранее не получавшие липидснижающие препараты. Всем пациентам назначался аторвастатин (Атомаск, «Ф.Хоффманн - Ля Рош Лтд» - ЗАО «МАКИЗ-ФАРМА») в дозе 10 мг. Все пациенты исходно, через 6 и 12 недель применения атомаска проходили клинический осмотр, измерение АД, определялись уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), измерение скорости пульсовой волны (СПВ) и индекса прироста давления (АІх) (на артериографе TensioClinic, Венгрия), оценка эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) (проба с реактивной гиперемией плечевой артерии на ультразвуковом сканере Toshiba Aplio, Япония).

Результаты:

На фоне проводимой 3-месячной терапии отмечалось достоверное снижение уровня ОХ на 9,8% ($p < 0,05$), ТГ на 38% ($p < 0,01$), ЛПНП на 21% ($p < 0,01$). При оценке показателей, характеризующих жесткость артериальной стенки и функцию эндотелия, исходные полученные значения СПВ в аорте ($10,34 \pm 1,99$) и АІх ($20,56 \pm 3,11$) являлись повышенными по сравнению с нормальными. Значения ЭЗВД были менее 10% у 24 пациентов (96%), в 1 случае (4%) наблюдалась вазоконстрикция, и расценивались как снижение эндотелиальной функции. На фоне 12-недельной терапии атомаском все показатели достоверно улучшались: СПВ на 4,1% ($p < 0,01$), АІх на 9,3% ($p < 0,001$), ЭЗВД на 7,8% ($p < 0,001$).

Заключение:

Для пациентов пожилого возраста характерны повышенные по сравнению с нормальными значениями СПВ и АІх, снижение ЭЗВД. При 12-недельном лечении препаратом атомаск отмечается достоверное снижение уровней ОХ, ТГ, ЛПНП, достоверное улучшение ЭЗВД и снижение показателей артериальной жесткости.

5.22. НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Протасов К.В., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО "ИРКУТСКИЙ ГИУВ"

Введение:

Цель: поиск новых подходов к диагностике изолированной систолической АГ (ИСАГ) с учетом индивидуальных особенностей динамики пульсового АД (ПД).

Материалы и методы:

Обследованы 252 больных АГ 2-3 стадии (мужчин 40,6%, средний возраст $73,4 \pm 7,2$ года). ИСАГ по клиническим критериям (офисное САД ≥ 140 при ДАД < 90 мм рт.ст.) диагностирована в 148 случаях. Пациентам проводили СМАД (CardioTens-01, Венгрия). Среди индивидуальных суточных данных АД выделяли его значения, соответствующие нормотонии и АГ (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.). Рассчитывали средние значения ПД (срПД) и САД (срСАД) при нормальном АД и во время эпизодов АГ. Вычисляли следующие срПД как разницу срПД при АГ и нормотонии, отношение Δ показатели: срПД/срСАД. Δ срПД/срСАД при АГ и нормотонии и их разность - Рассчитывали амбулаторный индекс жесткости аорты (ААSI). Для выявления срПД Δ закономерностей распределения данных в зависимости от переменных срПД/срСАД использовали кластерный анализ. Проводили корреляцию по Ди Спирмену. Для диагностики выявленных типов АГ по стандартным параметрам СМАД применяли дискриминантный анализ. Использовали программы Statistica 6.0 и SPSS 11.5.

Результаты:

Выделены два кластера АГ. Пациенты 1 кластера ($n=156$) были старше по возр срПД/срСАД, офисного и Δ срПД, Дасти, имели более высокие показатели среднесуточного ПД. При этом среднесуточное ДАД и частота сердечных сокращений были ниже, чем во 2 кластере АГ ($n=96$). Среднесуточное и офисное САД в кластерах не различались. Обнаружена более сильная ассоциация 1 кластера с повышенным офисным, среднесуточным ПД и ААSI, по сравнению с ИСАГ, диагностированной по клиническим критериям. Таким образом, параметры 1 кластера в полной мере отражали изолированное повышение САД. Установлены коэффициенты дискриминантной функции, позволяющие диагностировать предложенный вариант АГ по стандартным критериям СМАД.

Заключение:

Предложен новый подход к диагностике ИСАГ с учетом результатов СМАД и закономерностей динамики ПД. Разработан метод определения ИСАГ по общепринятым критериям СМАД.

5.23. ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ЖЕСТКОСТИ АОРТЫ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Протасов К.В., Синкевич Д.А., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО ИРКУТСКИЙ ГИУВ РОСЗДРАВА

Введение:

Выявить показатели жесткости аорты, наиболее тесно ассоциированные с наличием изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ), диагностированной по клиническим критериям.

Материалы и методы:

Обследованы 262 больных АГ 2 и 3 стадии, получавшие индивидуально подобранную гипотензивную терапию. Среди них 152 пациента страдали ИСАГ и 110 – систолической АГ (СДАГ). Диагноз устанавливали согласно критериям ВНОК, 2004. В качестве критериев жесткости аорты изучали следующие параметры: возраст, пульсовое давление (ПД), среднесуточное ПД (ПД-24), центральное ПД (ЦПД), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по аорте и амбулаторный индекс жесткости аорты (ААСИ). ПД определяли как разницу между систолическим (САД) и диастолическим АД (ДАД). ЦПД рассчитывали по формуле G. de Simone: $ЦПД = ПД * 0,49 + \text{возраст} * 0,30 + 7,11$. ПД-24 выявляли по результатам суточного мониторирования АД (Meditech CardioTens-01, Венгрия). СРПВ на участке a.carotis com. - a.femoralis регистрировали по стандартной методике с помощью аппарата PulseTracePWV (MicroLab, Великобритания). ААСИ вычисляли как разность 1-В, где В – коэффициент для переменной «САД» в уравнении регрессии, полученном при анализе индивидуальных мониторных данных САД и ДАД. Для оценки взаимосвязей использовались корреляционный и логистический регрессионный анализ

Результаты:

Группы ИСАГ и СДАГ были сопоставимы по полу (доля мужчин составляла 44,1% и 35,5%, $p > 0,05$) и возрасту (76,0 (70,0-80,0) и 71,0 (66,0-77,0), $p > 0,05$). Предварительный корреляционный анализ выявил взаимосвязь ИСАГ с возрастом ($r = 0,26$, $p < 0,0001$), ЦПД ($r = 0,14$, $p = 0,02$), ААСИ ($r = 0,23$, $p = 0,0002$), ПД ($r = 0,08$, $p = 0,18$), ПД-24 ($r = 0,12$, $p = 0,05$), СРПВ ($r = 0,001$, $p = 0,99$). Показатели с достоверной положительной корреляцией были включены в логистический регрессионный анализ. По результатам анализа независимыми факторами, ассоциированными с ИСАГ, оказались возраст ($B = 0,07$; критерий Wald=14,1; $p < 0,0001$) и ААСИ ($B = 4,23$; критерий Wald=11,0; $p = 0,001$), константа уравнения $B_0 = -7,07$; $p < 0,0001$. Точность модели по отношению к ИСАГ составила 80,6%.

Заключение:

Независимыми параметрами жесткости аорты, ассоциированными с изолированным повышением систолического АД у пациентов старших возрастных подгрупп, являются возраст и амбулаторный индекс жесткости аорты.

5.24. ИЗОЛИРОВАННАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Серафинович И.А., Савицкий А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет

Введение:

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией способствует развитию всех форм

ишемической болезни сердца, отягощает ее течение и прогноз. Наиболее наглядно это проявляется у больных инфарктом миокарда (ИМ), осложненным разрывами сердца (РС). В патогенезе последних существенное значение имеют прочность стенки желудочка и внутрижелудочковое давление, повышение которого часто и обусловлено именно артериальной гипертензией. Цель исследования – изучить особенности ГЛЖ и частоту разрывов сердца у больных ИМ.

Материалы и методы:

Изучены патоморфологические данные: ГЛЖ (изолированная, обоих желудочков), характеристики ИМ (локализация, глубина и площадь некроза, состояние внеинфарктных отделов), особенности разрывов сердца (локализация, форма, размеры) при анализе 151 случая летальных исходов ИМ от РС ($n = 32$) или от других осложнений ($n = 119$).

Результаты:

У больных ИМ, умерших от разрывов сердца, изолированная ГЛЖ выявлена в 90,3% случаев, а сочетанная гипертрофия левого и правого желудочков – в 9,7%. В группе больных ИМ, умерших от других осложнений (кардиогенный шок, отек легкого, фибрилляция желудочков), изолированная ГЛЖ выявлена в 61,6% случаев, а сочетанная – в 37,6% ($P = 0,0159$). Эти закономерности (достоверно большая частота разрывов сердца у больных ИМ с изолированной ГЛЖ, чем у больных ИМ с сочетанной гипертрофией левого и правого желудочков) описаны нами ранее как феномен «гипертрофия-разрыв». Они отражают межжелудочковые «взаимоотношения», степень нарушения которых у больных ИМ зависит от особенностей ГЛЖ.

Заключение:

Воспринимаемая феномен «гипертрофия-разрыв» как патогенетический механизм, изолированную ГЛЖ следует рассматривать как прогностический неблагоприятный фактор РС у больных ИМ.

5.25. ВОЗМОЖНОСТИ ТКАНЕВОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ (ТМД) ВЕКТОРКАРДИОГРАФИИ (ВКГ) И ДЭКАРТОГРАФИИ (ДЭКАРТО) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АГ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Сивакова О.А., Гусейнова Б.А., Шитов В.Н., Чихладзе Н.М., Блинова Е.В., Саидова М.А., Чазова И.Е.

ФГУ РК НПК Росмедтехнологий, Москва

Введение:

изучение взаимосвязи функциональных и структурных изменений миокарда, электрокардиографических показателей и особенностей суточного профиля артериального давления при развитии гипертрофии левого желу-

дочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) с разработкой новых диагностических подходов к ранней диагностике этих изменений.

Материалы и методы: Обследовано 78 лиц: 19 - контрольная группа здоровых нормотоников и 68 больных АГ различной степени тяжести. Проведены следующие методы оценки состояния миокарда: ТМД с оценкой параметров продольной диастолической функции левого желудочка и ряда других показателей в зависимости от типа геометрической модели левого желудочка; ВКГ и ДЭКARTO.

Результаты: выявлены достоверные отличия в общей группе больных АГ и в подгруппах с мягкой и умеренной АГ по сравнению с группой контроля: соотношение Е/А было снижено, а IVRT увеличено. Более высокие цифры АД ассоциировались с формированием типа ремоделирования, соответствующего концентрической ГЛЖ. Использование ТМД позволило определить достоверные различия в нарушениях диастолической функции левого желудочка между больными с мягкой и умеренной АГ ($p < 0,05$). Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка у больных с начальной и умеренной АГ по данным ТМД выявляется у значительно большего процента больных по сравнению с традиционным доплеровским исследованием трансмитрального кровотока (в 83 и 85% против 17 и 46%). Обследованные пациенты, за исключением одного больного, не имели признаков ГЛЖ на обычной ЭКГ в 12 отведениях. Показатели ВКГ и ДЭКARTO у этих больных в 64% случаев превышали нормальные значения.

Заключение: У больных мягкой и умеренной АГ без признаков значительной ГЛЖ метод ТМД позволил выявить ранние нарушения диастолической функции.

Показатели ВКГ и ДЭКARTO были более чувствительны в выявлении не только ГЛЖ, но и ранних функциональных изменений миокарда у больных мягкой и умеренной АГ, по сравнению с общепринятыми ЭКГ критериями.

Работа выполнена при поддержке гранта РФНФ 06-06-0063а

5.26. ПОКАЗАТЕЛИ УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Тесля Е.Ф., Иевлева Г.И., Буганов А.А., Саламатина Л.В.

ГУ НИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ КРАЙНЕГО СЕВЕРА РАМН

Введение:

Учитывая клинико-прогностическое значение показателей утреннего подъема артериального давления (АД), нами были проанализированы величина и скорость утреннего подъема АД в зависимости от степени артериальной гипертонии (АГ) и выраженности тиреоидной дисфункции у больных артериальной гипертонией (АГ) ассоциированной с патологией щитовидной железы, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы:

Обследовано 52 больных АГ 2 – 3-й степени, имеющих сопутствующую тиреоидную патологию (аутоиммунный тиреоидит (АИТ)). Группа сравнения представлена больными АГ без патологии щитовидной железы ($n=51$).

24-часовое суточное мониторирование артериального давления (СМ АД) осуществлялось автоматическим аппаратом «Tonoport» Iva фирмы «Hellege» (Германия) по стандартной методике (Рогоза А.Н. и соавт., 1997).

Результаты:

Утренний подъем АД у пациентов с АГ без патологии щитовидной железы характеризовался увеличением величины и скорости утреннего подъема систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления при увеличении степени тяжести АГ ($p < 0,05$). Если средние показатели величины утреннего подъема (ВУП) АД в изучаемых группах оставались в пределах рекомендуемых нормативных величин, то скорость утреннего подъема (СУП) АД была несколько выше «пороговых» значений во всех исследуемых группах (кроме показателей СУП ДАД у больных АГ без АИТ и у больных АГ и АИТ в состоянии эутиреоза). Эффективная заместительная терапия (эутиреоз) благоприятно влияла на показатели утреннего подъема АД – они были сопоставимы (по ДАД) с таковыми у больных АГ без патологии щитовидной железы, а по САД были достоверно ниже. Снижение функции щитовидной железы у больных АГ и АИТ сопровождалось достоверным увеличением, как величины, так и скорости утреннего подъема ДАД.

Заключение:

Гипотиреоидное состояние у больных АГ, ассоциированной с АИТ, приводит к увеличению показателей утреннего подъема артериального давления.

5.27. ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА Q-T У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ АРИТМИЙ

Тувев А.В., Василец Л.М., Севастьянова И.А.

ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава»,
“ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера”,

ПЕРМСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИН. Б-ЦА

Введение:

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) – заболевание, характеризующееся не только повышением уровня АД, но и многогранным комплексом изменений структуры и функции самого миокарда, в том числе включая перестройку его электрофизиологии. Одним из неинвазивных маркеров нестабильности электрофизиологических свойств миокарда и предрасположенности к нарушениям ритма сердца является гетерогенность реполяризации левого желудочка (ЛЖ) особенности которой при артериальной гипертонии изучены недостаточно

Материалы и методы:

Обследовано 83 пациента с ГБ, средний возраст которых - $49,7 \pm 12,1$ лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 10 лет, составив в среднем $8,87 \pm 7,1$ года. Группу сравнения составили 10 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем пациентам проводили суточное мониторирование ЭКГ. Нарушение ритма в виде желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) зафиксировано в 24 (30,3%) случаях. Для оценки состояния ре-

поляризации миокарда ЛЖ выполнялась ЭКГ на аппарате «Fukuda» на протяжении не менее чем 5 комплексов с измерением интервала Q-T в 12 стандартных отведениях. Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью компьютерной программы STATISTICA 6,0.

Результаты:

Показатели временной и пространственной дисперсии интервала Q-T у пациентов ГБ составили $60,35 \pm 6,54$ мс и $50,18 \pm 22,79$ мс соответственно и были достоверно выше, чем значения данных параметров в группе сравнения ($37,41 \pm 6,75$ мс, $45,17 \pm 49$ мс). Значения скорректированной по частоте сердечных сокращений временной и пространственной дисперсии интервала Q-T при ГБ составили $2,01 \pm 0,55$ мс и $1,51 \pm 0,58$ мс. Различия между группами по этим показателям так же сохранили статистическую достоверность ($p=0,001$, $p=0,006$). У пациентов ГБ с нарушениями ритма по типу ЖЭ показатели временной ($74,41 \pm 13,75$ мс) и пространственной ($57,35 \pm 13,75$ мс) дисперсии интервала Q-T были достоверно выше, чем у больных без нарушения ритма сердца ($56,53 \pm 15,21$ мс, $p=0,00001$; $42,45 \pm 16,52$ мс $p=0,0007$).

Заключение:

Артериальная гипертензия характеризуется нарушением гомогенности реполяризации миокарда левого желудочка. Гомогенность желудочковой реполяризации нарушена в большей степени при наличии желудочковой экстрасистолии у больных ГБ.

5.28. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ХУБЕЕВА Д.М., БАТАЛОВА А.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.ВАГНЕРА РОСЗДРАВА

Введение:

изучить ремоделирование сосудов у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) на фоне достигнутого целевого артериального давления (АД).

Материалы и методы:

Обследовано 95 человек, 21 – здоровые, средний возраст $44,19 \pm 1,68$ лет, 74 – больные эссенциальной АГ 2 стадии, средний возраст $47,94 \pm 0,91$ лет, $p=0,053$. Эходоплерография брахиоцефальных артерий, правой плечевой артерии (ПА), пробы с нитроглицерином и реактивной гиперемией на ПА проводились здоровым, а также больным после достижения целевого АД. Все больные в качестве базового препарата получали эналаприл, при недостаточности его эффекта добавлялся тиазидный диуретик и (или) β -блокатор (метопролол). Достоверность различий определялась по критерию Стьюдента (t). Критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05.

Результаты:

Результаты. У больных АГ имело место достоверное увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) бра-

хиоцефальных артерий, причем различие толщины КИМ общих сонных артерий было высокодостоверным между группой здоровых ($0,55 \pm 0,02$ мм) и больных АГ ($0,72 \pm 0,02$ мм), $p < 0,0001$. Толщина КИМ ПА составляла $0,37 \pm 0,014$ мм у здоровых, у больных АГ была достоверно выше – $0,42 \pm 0,013$ мм, $p=0,01$, ее диастолический диаметр составил у здоровых $3,43 \pm 0,09$ мм, у больных АГ был достоверно выше – $3,79 \pm 0,07$ мм, $p=0,003$. Отношение толщины КИМ к внутреннему диаметру ПА между группами не различалось и составляло $0,11 \pm 0,004$. Определенное несоответствие литературным данным, согласно которым у больных АГ это отношение снижено, объясняется проявлением вазодилатирующих свойств антигипертензивных препаратов. Эндотелийнезависимая вазодилатация различалась в группах достоверно, составляла $25,22 \pm 0,99\%$ у здоровых, у больных АГ $17,87 \pm 0,9\%$, $p=0,0001$. Эндотелийзависимая вазодилатация составила $13,8 \pm 1,1\%$ и $10,29 \pm 0,84\%$ соответственно, различие достоверное, $p=0,013$.

Заключение:

Выводы: выявлены достоверные признаки структурно-функциональных изменений сосудов при АГ. Антигипертензивная терапия с достижением целевого уровня АД возвращает в ремоделированных сосудах соотношение их компонентов к нормальному.

5.29. ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АОРТЫ И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ЧЕРВЯКОВА Ю.Б., ВЕРЕЩАГИНА Г.С., МАЛЫШЕВА Н.В.

ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА

Введение:

Изучить эластические свойства аорты и величину комплекса интима-медиа общей сонной артерии у пациентов с артериальной гипертонией молодого возраста.

Материалы и методы:

Обследовано 32 пациента от 15 до 25 лет мужского пола (средний возраст $18,2 \pm 2,7$), страдающих АГ и 32 здоровых юношей, сопоставимых по возрасту (средний возраст $18,1 \pm 2,8$), составивших группу контроля. Всем пациентам определяли скорость пульсовой волны (СПВ) и растяжимость аорты, толщину интимы-медии (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА)

Результаты:

В нашем исследовании среднее значение СПВ в аорте в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ было достоверно выше ($4,3 \pm 0,6$ м/с), чем в группе контроля ($3,9 \pm 0,6$ м/с), $p=0,006$, что свидетельствует о повышении жесткости (снижении эластических свойств) аорты в группе пациентов с АГ. Среднее значение величины растяжимости аорты составило в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ $(2,6 \pm 1,5) \times 10^{-6} \text{ см}^2 \text{ дин}^{-1}$, а в группе контроля – $(3,2 \pm 1,6) \times 10^{-6} \text{ см}^2 \text{ дин}^{-1}$, т.е. растяжимость аорты в группе пациентов с АГ была несколько снижена, однако достоверных различий выявить не удалось. Среднее значение ТИМ ОСА в группе подростков и лиц моло-

дого возраста с АГ были достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,4 \pm 0,03$ против $0,38 \pm 0,05$ мм, $p=0,05$).

Заключение:

При анализе показателей эластичности аорты (СПВ и растяжимость) и ТИМ ОСА в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ и группе контроля, наиболее информативными на наш взгляд, явились СПВ аорты и ТИМ ОСА. Их средние значения хотя и не превышали приводимых в литературе пороговых значений, указывающих на значимое поражение сосудистой стенки, но были достоверно выше в группе подростков и лиц молодого возраста с АГ по сравнению с контрольной группой, что может свидетельствовать о начальном нарушении эластических свойств уже на ранних стадиях развития заболевания.

5.30. ИЗМЕНЕНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Шарипов Р.А., Люсов В.А., Евсиков Е.М., Обруч В.С., Червякова Г.А., Машукова Ю.М.

РГМУ, КАФ. ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение:

оценка характера и частоты сердечно-сосудистых, почечных поражений и дисфункций у больных хронической артериальной гипертензией различной тяжести в зависимости от наличия и нарушений глюкозотолерантности и сахарного диабета II типа.

Материалы и методы:

исследовано 49 больных в возрасте от 18 до 78 лет (в среднем $44,3 \pm 4,3$) с хронической артериальной гипертензией (АГ) I-II степени без нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) – I группа (20 чел.), 2 группа (7 чел.) – с АГ и НТГ, 3 группа (22 чел.) – с АГ и СД II типа. Всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД – монитор МДП-НС-02) с расчетом среднего уровня систолического и диастолического АД в дневное и ночное время, вариабельности систолического и диастолического АД и степень ночного снижения систолического и диастолического АД.

Результаты:

Больных 1 группы характеризовал повышено-нормальный средний уровень АД в сутки с увеличением его вариабельности и оптимальным ночным его снижением. Напротив, больных 3 группы отмечались более высокие цифры АД, увеличение вариабельности, повышение ночного АД и недостаточность степени ночного снижения. Эти изменения отмечались уже во 2-й группе больных АГ с НТГ.

Заключение:

При сочетании АГ с НТГ, АГ с СД II типа суточный профиль АД характеризуется более высокими цифрами, нарушением суточного ритма в виде недостаточной степени его

снижения и повышением в ночное время по сравнению с лицами, у которых отсутствовали НТГ и СД II типа, что свидетельствует о дополнительной нагрузке на органы-мишени, что необходимо учитывать при терапевтическом воздействии.

5.31. НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОЙ СВЯЗИ

Шварц В.А., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Струнина А.Н., Дурнова Н.Ю.

ФГУ САРАТОВСКИЙ НИИ КАРДИОЛОГИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ

Введение:

Достижение и поддержание целевого уровня артериального давления (АД) требует динамического врачебного наблюдения, регулярного контроля соблюдения режима приема назначенных лекарственных препаратов, выполнения пациентом рекомендаций по коррекции факторов риска. Лечение артериальной гипертензии (АГ) должно сопровождаться дополнительными мероприятиями, поддерживающими активное участие пациентов в процессе лечения и улучшающими их приверженность. Цель – разработка технологии амбулаторного наблюдения за больными АГ на основе компьютерной системы с использованием мобильной телефонной связи.

Материалы и методы:

Для разработки алгоритмов амбулаторного наблюдения за больными АГ в первичном звене использованы положения Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ 2004 г. (НР).

Результаты:

Разработана технология амбулаторного наблюдения за больными АГ в первичном звене с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи – система мобильного мониторинга за больными АГ (СММАГ). Принцип ее работы построен на постоянном обмене информацией между пациентом и врачом с помощью SMS стандартного вида. СММАГ позволяет контролировать АД пациентов, основные факторы риска – количество выкуриваемых сигарет, вес. Врач имеет возможность контролировать динамику состояния пациента «on-line», оценивать историю лекарственной терапии, и приглашать пациентов, не достигших целевого АД, на визит с помощью SMS-уведомлений для коррекции лечения. Протоколы динамического наблюдения, внедренные в СММАГ, позволяют наглядно оценивать и оперативно контролировать ход лечебно-диагностического процесса.

Заключение:

Разработанная технология первичной медицинской помощи больным АГ с использованием мобильной телефонной связи предоставляет пациентам пожизненное динамическое наблюдение, врачу дает возможность следить за большим количеством больных АГ без дополнительных посещений ими поликлиники, обеспечивает

взаимодействие врача и пациента в ходе лечебного процесса на доказательной основе НР, поддерживая активное участие пациентов в процессе лечения.

5.32. ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ

ЩЕРБАКОВА Л.А., КРЮКОВ Н.Н., ЖУК Т.А., СОРОКИНА Ю.А.
НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара
ОАО "РЖД"

Введение(цели/задачи):

оценка роли клинико-гемодинамических параметров на структуру общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

обследовано 136 пациента мужского пола в возрасте 25 – 67 лет (в среднем 48,4 лет). Из них с ГБ без признаков атеросклероза ОСА – 36 человек (1 группа), с атеросклерозом ОСА без ГБ 36 человек (2 группа), с ГБ и атеросклерозом ОСА 34 человек (3 группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин. Структурное состояние ОСА оценивали по результатам дуплексного сканирования ОСА с измерением толщины комплекса «интима-медия» (ТКИМ). О типе суточного профиля (СП) артериального давления (АД) судили по данным суточного мониторирования АД.

Результаты:

При проведении корреляционного анализа в 1 группе обследованных выявлена умеренная отрицательная связь между степенью ночного снижения (СНС) систолического АД и ТКИМ ОСА ($r=-0,49, p<0,05$), СНС диастолического АД (ДАД) и ТКИМ ОСА ($r=-0,47, p<0,05$). В 3 группе больных выявлена слабая обратная корреляционная зависимость между СНС ДАД и ТКИМ ОСА ($r=-0,32, p<0,05$). Кроме того, нами установлена статистически значимая взаимосвязь ТКИМ СА и возраст больных ($r=0,69$), ТКИМ ОСА и уровень триглицеридов ($r=0,46$), ТКИМ ОСА и уровень холестерина крови ($r=0,31$), ТКИМ ОСА и степень АГ ($r=0,40$), ТКИМ ОСА и длительность АГ ($r=0,30$). Для изучения влияния клинико-гемодинамических параметров на значение ТКИМ ОСА пациентов 3 группы с помощью многофакторного регрессионного анализа нами построена следующая математическая модель. $Y=0,34-0,015*(X1)+0,017*(X2)+0,2*(X3)+0,01*(X4)$ Для прогнозирования показателя Y - ТКИМ (мм) достаточно подставить в последнее уравнение значения показателей X1 - СНС ДАД (%), X2 - длительность течения АГ (год), X3 - триглицериды крови (ммоль/л) и X4 - возраста больных (год).

Заключение:

Структурные изменения, выявленные при дуплексном сканировании ОСА больных с АГ и атеросклерозом ОСА наиболее достоверно взаимосвязаны с возрастом, длительностью АГ, уровнем холестерина крови, уровнем триглицеридов крови и СНС ДАД, что можно рассматривать в качестве верификационных предикторов каротидного атеросклероза.

5.33. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРАМИ ЛИНЕЙНОГО КРОВОТОКА ОБЩИХ И ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШОРИКОВ Е.И., ШОРИКОВА Д.В.

БУКОВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (БГМУ)

Введение:

При гипертонической болезни (ГБ) имеет место изменение системной гемодинамики, что может быть причиной нарушения кровоснабжения различных органов, в то же время регуляция мозгового кровотока происходит автономно. Поэтому актуальной проблемой остается вопрос взаимодействия между параметрами, от которых зависит кровоснабжение головного мозга и уровнем артериального давления. Задачей нашей работы было установить взаимосвязь между параметрами линейного кровотока общих и внутренних артерий (ОСА, ВСА) и уровнем офисного систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД).

Материалы и методы:

Было обследовано 56 больных артериальной гипертензией (АГ). Диагноз ГБ выставлялся на основе рекомендаций Европейского общества гипертензии и кардиологии. Измерение максимальной, средней, пиковой систолической и конечно-диастолической скоростей линейного кровотока сонных артерий проводили в режиме доплера по методике Лелюк В.Г. на ультразвуковом сканере "EnVisor HD" (Philips, USA). Для обработки результатов использовали пакет Statistica for Windows версии 6.0, корреляционная связь между показателями оценивалась по Спирмену. При $p<0,05$ показатели считались статистически достоверными.

Результаты:

Установлена взаимосвязь между офисным САД и максимальной скоростью кровотока в левой ($r=0,27, p=0,09$) и правой ($r=0,30, p=0,06$) ОСА, средней скоростью кровотока ОСА ($r=0,29, p=0,06$) с обеих сторон, средней скоростью кровотока ВСА справа ($r=0,30, p=0,01$) и слева ($r=0,25, p=0,04$), а также пиковой систолической скоростью кровотока в ОСА ($r=0,30, p=0,06$ справа, $r=0,25, p=0,08$ слева). Корреляция между офисным ДАД и максимальной скоростью кровотока в ОСА составила $r=0,50, p=0,001$ справа, $r=0,35, p=0,028$ слева, ДАД и средней скоростью кровотока ОСА $r=0,33, p=0,036$ справа, $r=0,30, p=0,051$ слева, и ВСА, соответственно, $r=0,27, p=0,09$ та $r=0,25, p=0,1$, ДАД и конечно-диастолической скоростью кровотока в ОСА справа $r=0,55, p<0,001$, слева $r=0,32, p=0,045$.

Заключение:

Таким образом, хотя регуляция мозгового кровотока является системой автономной, параметры линейного кровотока в сонных артериях достоверно зависят от уровня офисного АД, что необходимо учитывать при назначении антигипертензивной терапии, чтобы избежать синдрома обкрадывания головного мозга.

5.34. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИНЕЙНОГО КРОВОТОКА ВО ВНУТРЕННИХ И НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШОРИКОВА Д.В., ШОРИКОВ Е.И.

БУКОВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (БГМУ)

Введение:

При оценке общего сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией (АГ) особое внимание следует уделять поражению органов-мишеней. Одним из наиболее важных органов-мишеней, которые страдают при АГ является головной мозг, поэтому оценка параметров линейного кровотока сонных артерий (СА) является важным аспектом в обследовании больных с АГ. Задачей данного исследования было оценить среднюю скорость кровотока (TAV – time average velocity) во внутренней и наружной сонных артериях (ВСА, НСА) у больных гипертонической болезнью в сочетании со стабильной стенокардией.

Материалы и методы:

Было обследовано 56 больных АГ в сочетании со стабильной стенокардией. Усредненная во времени средняя скорость кровотока ВСА и НСА измерялась в доплеровском режиме по методике Лелюк В.Г. на ультразвуковом сканере "EnVisor HD" (Philips, USA). Пациенты, в зависимости от стадии АГ и функционального класса (ФК) стабильной стенокардии (СС), были распределены следующим образом: гипертоническая болезнь II стадии (ГБII) – 11 больных (группа 1), ГБIIСIIФК – 20 (группа 2), ГБIIСIIIФК – 14 (группа 3), ГБIIСIIIФК – 11 (группа 4) больных в возрасте 35-49 лет. В качестве контроля использовались показатели линейного кровотока у практически здоровых лиц этой же возрастной категории. Статистическая обработка проводилась в Statistica for Windows версии 6.0.

Результаты:

Было отмечено снижение усредненной во времени средней скорости кровотока ВСА у больных всех обследуемых групп – как на фоне изолированного течения АГ (группа 1), так и при АГ в сочетании со стабильной стенокардией (группы 2-4, $p < 0,05$) в сравнении с группой контроля. Причем в 1-й группе изменения были симметричного характера между правой и левой ВСА, в 3-й и 4-й – ассиметричного (ассиметрия соответственно 20,0 и 23,5%). В то же время в наружных сонных артериях у обследованных пациентов отмечалась противоположная тенденция относительно средней скорости кровотока – в 1-2-й группах больных показатель достоверно увеличивался ($p < 0,05$), в 3-й – не изменялся, в 4-й – незначительно снижался ($p > 0,05$).

Заключение:

У больных АГ происходит перераспределение кровотока в сонных артериях, одним из проявлений которого является снижение средней линейной скорости кровотока во внутренней СА, при сохранении либо повышении показателя в наружной СА.

5.35. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

ШОРИКОВА Д.В., ШОРИКОВ Е.И.

БУКОВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (БГМУ)

Введение:

Гипертоническая болезнь (ГБ) остается основной проблемой здравоохранения из-за её влияния на смертность и заболеваемость населения. Также у больных ГБ часто диагностируются различные формы ишемической болезни сердца (ИБС). Риск фатальных и нефатальных осложнений у больных ГБ в сочетании с ИБС зависит от ряда факторов, в том числе от наличия гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). В условиях сочетанной патологии важно определить, какое заболевание – ГБ или ИБС имеет доминирующее влияние на изменение параметров ремоделирования левого желудочка, что и было целью данного исследования.

Материалы и методы:

Было обследовано 158 больных ГБ (27 пациентов с ГБII-III стадии без ИБС и 131 пациент с ГБII-III стадии в сочетании со стабильной стенокардией (СС) II-III функционального класса (ФК)). Диагноз ГБ и СС выставлялся на основе рекомендаций Европейского общества гипертензии и кардиологии. Для диагностики ГЛЖ проводили эхокардиоскопию на ультразвуковых сканерах "INTERSPEC XL" (USA) и "EnVisor HD" (Philips, USA). Определяли относительную толщину стенок ЛЖ (ОТСЛЖ) и массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ). ММЛЖ рассчитывали по формуле ASE (American Society of Echocardiography). Для оценки степени факторного влияния проводилось моделирование количественных показателей – ОТСЛЖ и ММЛЖ в зависимости от стадии ГБ и ФК сопутствующей стенокардии по методу Снедекору.

Результаты:

При оценке степени факторного влияния заболевания было установлено, что изменение ММЛЖ зависит, прежде всего от наличия ГБ (степень изменений 37,9%, $p < 0,001$), чем стенокардии напряжения (28,4%, $p < 0,001$). Количественные изменения ОТСЛЖ зависели от наличия ГБ на 30,3% ($p < 0,001$), стабильной стенокардии напряжения – на 11,9% ($p < 0,001$), в то же время степень количественного изменения ОТСЛЖ была наибольшей при суммации влияния двух качественных факторов – ГБ и СС (55,7%, $p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, моделируя количественные параметры в зависимости от качественных было установлено, что на величину массы миокарда левого желудочка в условиях сочетанного течения гипертонической болезни и стабильной стенокардии большее влияние оказывает гипертоническая болезнь, в то же время на степень изменений ОТСЛЖ в доминирует влияние обоих заболеваний.

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

6.1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТА 1-СЕЛЕКТИВНЫХ АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БЕТАКСОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АД В СОЧЕТАНИИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Андержанова А.А., Сулимов В.А.

ММА им. И.М.Сеченова

Материалы и методы:

Обследовано 100 пациентов (52 мужчины и 48 женщин) в возрасте 23- 67 лет, страдающих ГБ 1-2 степени повышения АД и стенокардией I-II ФК. Больные были распределены на 2 группы (по 50 человек). 1-я группа получала бетаксолол 10-20 мг 1 раз в день. Группа 2 получала метопролола тартрат в дозе 100-200мг\сут в виде 2-х кратного приема. Методы обследования: СМАД, суточное мониторирование ЭКГ, тредмил-тест.

Результаты:

В 1-й группе АД за 12 недель снизилось с $156,0 \pm 12,7/84,9 \pm 7,1$ до $120,8 \pm 5,4/67,2 \pm 5,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), что сопровождалось уменьшением ЧСС днем/ночью с $91,1 \pm 7,2/70,2 \pm 5,6$ до $66,2 \pm 4,1/57,9 \pm 4,3$ уд\мин ($p < 0,05$). Толерантность к физической нагрузке увеличилась с $4,5 \pm 2,7$ до $6,1 \pm 3,1$ МЕТ ($p < 0,05$). Отмечено уменьшение количества болевых и безболевых депрессий ST с 537 ± 38 и 297 ± 36 соответственно до 196 ± 21 и 123 ± 19 ($p < 0,001$); количества суправентрикулярных экстрасистол с 452 ± 39 до 94 ± 10 ($p < 0,001$), желудочковых экстрасистол с 203 ± 32 до 78 ± 19 ($p < 0,05$). Во 2-й группе АД через 12 недель лечения снизилось с $158,0 \pm 13,4/83,7 \pm 7,3$ до $122,8 \pm 5,6/69,1 \pm 5,2$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), что сопровождалось уменьшением ЧСС днем/ночью с $89,1 \pm 7,1/78,2 \pm 4,3$ до $73,4 \pm 5,8/55,2 \pm 4,1$ уд\мин ($p < 0,05$). Возросла толерантность к физической нагрузке с $4,8 \pm 3,1$ до $6,7 \pm 4,1$ МЕТ ($p < 0,05$). Количество болевых и безболевых депрессий ST уменьшилось с 532 ± 41 и 299 ± 36 соответственно до 194 ± 25 и 128 ± 19 ($p < 0,001$). Уменьшилось количество суправентрикулярных экстрасистол с 448 ± 39 до 91 ± 9 ($p < 0,001$), желудочковых экстрасистол с 206 ± 34 до 80 ± 21 ($p < 0,05$).

Заключение:

Монотерапия бетаксололом 10-20 мг\сут достоверно снижает как САД, так и ДАД, при этом целевое АД достигнуто у 90 % больных. Лечение бетаксололом достоверно снижает частоту приступов стенокардии, эпизодов безболевой ишемии миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке. Бетаксолол 10-20 мг 1 раз в сутки по антигипертензивному и антиангинальному действию не уступает метопрололу 100-200 мг\сут на 2 приема в сутки. Антиаритмический эффект проявляется в достоверном уменьшении количества желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, эпизодов СВТ. Возможность

однократного приема бетаксолола увеличивает приверженность пациентов к лечению.

6.2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ

Андреев П.В., Кустова Н.И.

ГОУ ВПО Уральская государственная
медицинская академия

Введение:

Суть дифференцированного подхода к лечению гипертонической болезни (ГБ) сводится к попытке выявить основной патофизиологический механизм, определяющий повышение АД у конкретного больного, и попытаться специфически воздействовать на него. Цель: Оценить эффективность дифференцированной антигипертензивной терапии, подобранной в зависимости от особенностей вегетативного статуса больного.

Материалы и методы:

В исследование включено 62 больных ГБ I и II стадии, средний возраст $46,4 \pm 13,2$ года. На интактном фоне и через 4 нед. лечения проведено суточное мониторирование АД (СМАД), исследование variability ритма сердца (VРС) по 5-минутным фрагментам ЭКГ в покое и при активной ортостатической пробе (АОП). При преобладании тонуса симпатической нервной системы (СНС) в покое и/или ее избыточной активации при АОП использовали β -блокатор бетаксолол в средней дозе 10 мг ($n=32$), при ваготонии покоя и/или сниженной активации СНС при АОП - блокатор кальциевых каналов амлодипин в средней дозе 5 мг ($n=30$). Статистическую обработку данных проводили с применением критерия Вилкоксона.

Результаты:

На фоне четырехнедельной терапии, по данным СМАД, в обеих группах статистически значимо уменьшились средние, максимальные и минимальные за сутки значения систолического и диастолического АД, а также их временные индексы. Так, в группе «бетаксолола» среднесуточное САД снизилось на $18,0 \pm 9,6$ мм рт.ст., в группе «амлодипина» - на $17,5 \pm 10,4$ мм рт.ст. Среднесуточная ЧСС на фоне лечения бетаксололом уменьшилась на $11,3 \pm 7,5$ уд. в мин ($p < 0,001$), а в группе амлодипина не претерпела существенных изменений. По данным анализа VРС, на фоне лечения бетаксололом статистически значимо увеличилась общая мощность спектра (SDNN и TP), отчетливо выросла высокочастотная составляющая спектра (RMMSD и HFnorm), снизилась низкочастотная (LFnorm), соответственно снизился индекс LF/HF (в покое 1,00 против 2,19 против, при АОП 2,34 против 4,99, $p < 0,05$). Значимых изменений VРС на фоне лечения амлодипином не произошло.

Заключение:

Показана эффективность дифференцированной фармакотерапии, что позволяет рассматривать определение вегетативного статуса с помощью ВРС в качестве возможного пути оптимизации лечения больных ГБ.

6.3. ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Галявич А.С., Хамидуллина А.Р.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
КАЗАНСКИЙ МЕД. УНИВЕРСИТЕТ

Введение:

Известно, что у больных артериальной гипертонией (АГ) существенно снижена продукция оксида азота (NO), что является маркером дисфункции эндотелия. В связи с этим важно знать влияние антигипертензивных средств на показатели обмена NO.

Материалы и методы:

Нами было изучено влияние бета-адреноблокатора метопролола на уровень конкурентного эндогенного ингибитора синтазы NO асимметричного диметиларгинина (ADMA) и уровни продуктов деградации NO в крови у 12 женщин с артериальной гипертонией 1-2 степеней в возрасте от 44 до 72 лет. Уровень ADMA определялся иммуноферментным методом (DLD Diagnostika GmbH, Germany), уровни дериватов NO измерялись флуорометрическим методом (BioVision, Mountain View, USA) до и через 2 недели лечения метопрололом в дозе 50 мг.

Результаты:

До лечения метопрололом уровень ADMA у больных АГ в крови в среднем составлял $0,43 \pm 0,09$ мкмоль/л, после лечения он увеличился на 4,6% и составил $0,45 \pm 0,09$ мкмоль/л (недостаточно). Уровни продуктов деградации NO до лечения были $39,3 \pm 5,7$ мкмоль/л мкмоль/л, после лечения увеличились на 11,1% ($p < 0,05$) и составили $43,7 \pm 3,9$ мкмоль/л.

Заключение:

Бета-адреноблокатор метопролол не влияет достоверно на уровень ADMA в крови у больных артериальной гипертонией. В то же время метопролол увеличивает в крови уровни продуктов деградации NO у больных АГ 1-2 степеней.

6.4. ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА С ИВАБРАДИНОМ НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС

Голосова А.Н., Кириченко Л.Л., Гацуря С.В.,
Калунц А.В., Королев А.П.

МГМСУ, Поликлиника №189 г. Москвы,
КБ №85 ФМБА

Введение:

Ингибитор АПФ периндоприл завоевал заслуженную

репутацию в России не только как антигипертензивный препарат, но и как модулятор функции сосудистого эндотелия. В то же время нередкое сочетание артериальной гипертонии (АГ) с ИБС диктует необходимость назначения антиангинальных средств. В этой связи представляет несомненный интерес изучение влияния периндоприла в комбинации с новым антиишемическим средством брадикардического действия ивабрадином на профиль АД и вазомоторную функцию эндотелия у вышеназванной категории пациентов.

Материалы и методы:

В исследование были включены 15 пациентов обоего пола в возрасте от 45 до 70 лет, страдающих АГ 1-2 степени и стенокардией напряжения II ФК. Больным назначали периндоприл в суточной дозе 4-8 мг в сочетании с ивабрадином в суточной дозе 10-15 мг. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и исследование вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии (ПА) при пробе с реактивной гиперемией в начале исследования и через 3 месяца приема препаратов. При обработке полученных результатов использовали парный критерий Стьюдента.

Результаты:

После трехмесячного курса лечения комбинацией периндоприла и ивабрадина по данным СМАД отмечено статистически значимое снижение среднесуточного диастолического АД с 76,1 до 71,0 мм рт. ст. ($p < 0,05$) на фоне достоверного снижения среднесуточного ЧСС с 73,2 до 64,0 ($p < 0,05$). Было зарегистрировано также достоверное увеличение показателя потокзависимой вазодилатации ПА с 6,1 до 10,2% ($p < 0,005$), что свидетельствует о нормализующем действии использованной нами комбинации препаратов на функцию эндотелия даже при пограничных значениях использованного нами критерия ее оценки.

Заключение:

Комбинация периндоприла и ивабрадина при ее назначении пациентам с сочетанием АГ и ИБС оказывала положительное воздействие на функцию эндотелия уже через 3 месяца терапии, в то время, как согласно результатам ранее проведенного нами исследования на аналогичной категории больных монотерапия периндоприлом давала значимый эффект лишь через 6 месяцев лечения. Улучшение функции эндотелия отмечено на фоне достоверного снижения ЧСС и показателей диастолического АД по данным СМАД.

6.5. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Дерменжий Е.Н., Котляров А.А., Лещанкина Н.Ю.,
Селезнева Н.М., Шмырева М.В.

МГУ им. Н.П. Огарева

Введение:

Цель: изучение эффективности и безопасности приме-

нения небиволола при артериальной гипертонии (АГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы:

обследовано 18 пациентов в возрасте от 53 до 69 лет с ХОБЛ I–III степени в стадии обострения и нестойкой ремиссии. У всех больных диагностирована АГ III ст., очень высокий риск. У 16 пациентов АГ сочеталась со стенокардией напряжения II–III ФК. На фоне базисной терапии (ингаляционные бронхолитики, ингибиторы АПФ, нитраты) все пациенты получали небиволол (Небилет) в дозе 2,5–5 мг в течение 7 дней. Программа исследования включала: ежедневную оценку артериального давления (АД), спирографию, ЭхоКГ. Инструментальные исследования проводили при поступлении в стационар и через 7 дней лечения небилетом.

Результаты:

средний возраст больных – $61 \pm 7,5$ год. Давность АГ составила $12 \pm 9,3$ лет, ХОБЛ – $16,5 \pm 10$ лет. Средний уровень систолического АД (САД) составил $158 \pm 20,3$ мм рт. ст, диастолического (ДАД) – $99 \pm 15,4$ мм рт. ст. По данным спирографии выявлено увеличение всех показателей: ЖЕЛ увеличилась на 5,8% ($p=0,3$), ФЖЕЛ на 12% ($p=0,06$), ОФВ1 на 11% ($p=0,08$). Показатели МОС 25 увеличились на 5,2% ($p=0,4$), МОС 50 на 11,5% ($p=0,07$), МОС 75 на 12,7% ($p=0,05$). Ухудшение самочувствия в виде усиления одышки на фоне терапии небилетом наблюдалось лишь у одного пациента. У обследованных пациентов выявлено снижение САД со $158 \pm 20,3$ до $123 \pm 12,3$ мм рт. ст. ($22,1\%$, $p=0,003$), ДАД – с $99 \pm 15,4$ до $78 \pm 8,5$ мм рт. ст. ($21,2\%$, $p=0,004$). По данным Эхо КГ ($n=11$): ЛП уменьшилось на 2,8% ($p=0,7$), КДР ЛЖ на 1% ($p=0,5$), КСР ЛЖ на 2,3% ($p=0,1$), отмечено увеличение ФВ ЛЖ на 4,9% ($p=0,09$).

Заключение:

включение в комплексную терапию небиволола в дозе 2,5–5 мг/сут приводит к достоверному снижению АД, сопровождается отсутствием отрицательного влияния на бронхиальную проходимость и улучшает параметры кардиогемодинамики.

6.6. ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕБОВАНИЯМ СТАНДАРТА

Джупарова И.А., Борисова О.А.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный
медицинский университет

Введение:

целью исследования являлась оценка соответствия частоты назначений антигипертензивных лекарственных препаратов

Материалы и методы:

Данные об отпущенных АГЛП при оказании дополнительной лекарственной помощи за 2005 г., стандарт оказания медицинской помощи (СМП)

Результаты:

Согласно утвержденному СМП, соотношение частоты назначений диуретиков и средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему (ССС) – 1:3. Фактическое соотношение этих групп препаратов составило 1: 3,14, что в целом соответствует СМП. Однако, среди препаратов, влияющих на СССР, СМП не предусмотрено назначение группы препаратов блокаторов ангиотензина, при этом они назначались в 1,3 % случаев. Соотношение II фармакологических групп внутри группы препаратов, влияющих на СССР также не соответствует СМП – нормативное соотношение групп – ингибиторы АПФ: бета-блокаторы : блокаторы кальциевых каналов : альфа-адреноблокаторы : препараты центрального типа действия – 0,4 : 0,4 : 0,2 : 0,001 : 0,01, а фактическое – 0,524 : 0,219 : 0,193 : 0,002 : 0,049. Нарушено соотношение у ингибиторов АПФ и бета-блокаторов, частота назначений остальных групп соответствует стандарту. Фактическое соотношение диуретиков отличается от норматива и составило 0,192 : 0,710, кроме них, были обслужены рецепты на препараты, не предусмотренные СМП – фуросемид, спиронолактон, ацетазоламид. Фактическая частота назначений в группе ингибиторов АПФ также отличается от стандарта у эналаприла частота назначения составила 0,54, лизиноприла 0,153, фозиноприла 0,088. При этом частота назначений предусмотренных в стандарте препаратов составила 0,077 для каптоприла и 0,044 для периндоприла. В группе бета-блокаторов наблюдались отклонения частот от стандарта: назначались 6 препаратов, а не 4 и при этом метопролол, не входящий в стандарт назначался наиболее часто из всех препаратов этой группы – 75,5 %. Наиболее близкие значения к нормативному наблюдается у карведилола 0,25 (стандарт рекомендует 0,3) и атенолола – 0,092 (нормативное значение 0,1). Бетаксолол назначался в 30 раз, а бисопролол – в 3 раза реже, чем рекомендует стандарт.

Заключение:

Таким образом, фактически проводимая фармакотерапия не соответствует рекомендациям стандарта оказания медицинской помощи.

6.7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДИЛТИАЗЕМА РЕТАРД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Добротина И.С., Соловьянова Е.Н., Маслова Т.И.,
Пирожников В.А.

ГОУ ВПО Ниж ГМА Росздрава России

Введение:

Широкая распространенность в популяции, наряду с артериальной гипертензией (АГ), бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а так же частое развитие осложнений гипотензивной терапии у больных с сочетанной кардиопульмональной патологией делают актуальным подбор эффективных и безопасных препаратов. Целью настоящей работы была оценка влияния блокатора кальциевых каналов дилтиазема ретарда (ДР) на уровень АД, состояние гемодина-

мики и выраженность нарушений бронхиальной проходимости у больных АГ и хронической бронхиальной обструкцией.

Материалы и методы:

В открытое исследование было включено 30 больных (16 женщин, 14 мужчин) с мягкой и умеренной АГ, находящихся в пульмонологическом отделении. БА имело 11 человек, ХОБЛ – 12, сочетание БА и ХОБЛ – 7. Возраст составил от 39 до 69 лет (51,3±2,7 года). Исходный уровень артериального давления (АД) составил 162±5,6 и 96±4,1 мм рт. ст.

Результаты:

Через 1 и 10 суток назначения ДР оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД), ЭКГ, динамика уровня АД. Систолическое АД уменьшилось в среднем на 8,9%, диастолическое АД – на 12,5%. Скоростные показатели ФВД, PQ по ЭКГ существенно не изменились. Исходная ЧСС в минуту составила 84,0±6,2, снизилась в первые сутки в среднем на 12,5%, достигнув к 10 суткам почти первоначального уровня (80,9±3,7). Отсутствие гипотензивного эффекта зарегистрировано у 3 пациентов. Плохая переносимость препарата была отмечена в 1 случае.

Заключение:

Блокатор кальциевых каналов дилтиазем ретард эффективен в качестве гипотензивного средства у больных АГ в сочетании с БА и ХОБЛ, не ухудшает у них бронхиальную проходимость и гемодинамические показатели.

6.8. ГИПОТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ И ФУНКЦИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Искендеров Б.Г., Лохина Т.В., Сисина О.Н.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава

Введение:

изучить гипотензивную эффективность антагонистов кальция – изоптина СР и коринфара ретард с учетом кальций-регулирующей функции паращитовидных желез.

Материалы и методы:

Обследовали 39 больных (22 мужчины и 17 женщины) в возрасте от 40 до 65 лет, страдающих артериальной гипертензией (АГ) I-II степени. Больным проводили суточное мониторирование АД до и через 4 недели после лечения. Также определяли содержание паратгормона (ПТГ) и общего кальция в плазме крови, суточный кальцийурез. С учетом содержания ПТГ больных разделили на 3 группы: 1-я группа (9 больных) – ПТГ 0-25 пг/мл; 2-я группа (17 больных) – 26-50 пг/мл; 3-я группа (13 больных) – 51 пг/мл и выше. В исходном состоянии у 58,9% больных диагностировали суточный профиль АД тип dipper; у 28,2% - non-dipper и у 12,9% - night-peaker.

Результаты:

На фоне лечения в 68,8% случаев нормализовался цир-

кадный ритм АД. В 3-й группе среднесуточные значения САД и ДАД по сравнению с 1-й группой снизились достоверно: 42,1±2,3 против 29,0±1,7 и 16,5±0,7 против 11,6±0,6 мм рт.ст. (p<0,01) соответственно. Также достоверно уменьшился индекс времени нагрузки давлением, в частности по САД с 89 до 41% в 1-й группе, с 92 до 39% во 2-й группе, с 90 до 34% в 3-й группе. Кроме того, в 3-й группе наиболее выражено снижение величины утреннего подъема САД и ДАД: в среднем на 22,3 и 15,0% соответственно (p<0,05). Во 2-й группе, динамика показателей СМАД по сравнению с остальными группами достоверно не отличалась. Выявлена обратная корреляция между исходным содержанием ПТГ со среднесуточными значениями САД и ДАД на фоне лечения, особенно в 3-й группе: r = -0,61 и r = -0,57 (p<0,01) соответственно. Аналогичные закономерности выявлены между динамикой АД и исходным уровнем суточного кальцийуреза

Заключение:

Выявлено, что у больных АГ и сопутствующей гиперфункцией паращитовидных желез наиболее выражена гипотензивная эффективность антагонистов кальция.

6.9. БЕЗОПАСНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ СТИМУЛОТОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Куташов В.А., доцент, к.м.н., гл.врач. Воронежской региональной организации медицинской реабилитации

Воронежская региональная организация медицинской реабилитации

Введение:

установить переносимость антидепрессанта стимулотона в дозировке 50 мг в терапии аффективных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы:

с 2004 по 2007 годы в Центрально-Черноземном регионе были проведены крупномасштабные эпидемиологические исследования при гипертонической болезни. Обследование пациентов проводилось с мая по август в 2004 по 2007 год. В исследование включались больные старше 18 лет с верифицированным диагнозом: гипертоническая болезнь с аффективными, чаще депрессивными расстройствами. Проводился весь необходимый объем обследования пациентов с гипертонической болезнью в соответствии со стандартами, утвержденными МЗСР РФ. Заполнялась карта обследования, а также визуальная аналоговой шкале VAS, шкала депрессий центра эпидемиологических исследований США (CES-D), оценивалась шкала общего клинического впечатления, фиксировались побочные эффекты лечения. Одной группе пациентов в дополнение к рекомендованному по поводу соматического заболевания препаратам назначался стимулотон в дозировке 50 мг, вторая группа продолжала получать лишь соматотропную терапию. Контроль осуществлялся 8 недель каждые 10 дней.

Результаты:

побочные явления на фоне приеме стимулотона отме-

чались у 10%, 9%, 7%, 8% пациентов соответственно в 2004, 2005, 2006, 2007 годах. Чаще всего отмечалась головкружение (5%), сухость во рту (4%), потливость (1%) и тошнота (2%) ($p < 0,001$). Все побочные эффекты носили невыраженный характер и послужили причиной изменения дозировки лишь в 1% наблюдений. Присоединение стимулотона к стандартной терапии с высокой степенью достоверности способствовало лучшей оценке переносимости проводимого лечения как врачами, так и пациентами. Из общего числа пациентов, принимавших стимулотон, к концу курса лечения выразили желание продолжить его прием 85%, 83%, 82%, 89 % больных соответственно в 2004, 2005, 2006, 2007.

Заключение:

исследование показало высокую безопасность и переносимость стимулотона, в результате чего данный препарат можно рекомендовать для терапии аффективных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью.

6.10. ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС И МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Манукян А.В., Сидоренкова Н.Б., Ельчанинова С.А., Кореньяк Н.А.

Алтайский медицинский университет,
КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМА,
ГОУ ВПО АГМУ Росздрава

Введение:

Изучение влияния пролонгированных антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда на процессы перекисного окисления липидов, активность антиоксидантных ферментов, а также маркеры повреждения эндотелия у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) высокого риска.

Материалы и методы:

Открытое проспективное рандомизированное исследование включено 73 пациента с АГ 1-2 степени и высоким кардиоваскулярным риском (ВНОК, 2004). Пациентам 1 группы ($n=43$) был назначен амлодипин в дозе 5-10 мг, пациентам 2 группы ($n=40$) – верапамил SR в дозе 120-240 мг однократно утром. Исходно и в конце 12-недельного периода наблюдения проводили суточное мониторирование артериального давления (АД), определение концентрации тиобарбитуратреактивных продуктов (ТБРП), концентрации эндотелиальных микрочастиц (CD 31+) в плазме крови, а также активности супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы и каталазы в эритроцитах.

Результаты:

В исходном состоянии у пациентов с выявлено повышение уровня ТБРП в 2 раза, эндотелиальных микрочастиц - в 3 раза по сравнению с контролем. Зарегистрировано также снижение активности антиоксидантных ферментов. На фоне лечения верапамил-ом SR и амлодипином наблюдалось значимое снижение систолического и

диастолического АД во все временные периоды. Это сопровождалось понижением уровня ТБРП на 25% и 27% ($p < 0,05$) соответственно, а также концентрации эндотелиальных микрочастиц на 34% и 29% ($p < 0,05$) соответственно. Применение амлодипина приводило к повышению активности глутатионпероксидазы на 18% ($p < 0,05$) без существенных изменений активности других антиоксидантных ферментов.

Заключение:

Гипотензивный эффект пролонгированных антагонистов кальция амлодипина и верапамила SR сопровождается уменьшением интенсивности перекисного окисления липидов, а также снижением уровня плазменного маркера повреждения эндотелия у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска.

6.11. ЭПРОСАРТАН В КОРРЕКЦИИ ТРОМБОЦИТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Медведев И.Н., Кумова Т.А.

Курский институт социального образования
(филиал) РГСУ, врач-терапевт ОБК №1

Введение:

У пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) очень часты тромботические осложнения, вызванные с усилением функций сосудистой стенки на фоне дислипидемии и усиления перекисного окисления липидов (ПОЛ) тромбоцитов. Цель работы: выяснить возможности эпросартана по коррекции агрегационной активности тромбоцитов у больных АГ при МС.

Материалы и методы:

Обследовано 32 больных среднего возраста с АГ 1-3 степени с риском 3- 4 и МС. Коррекция проводилась 16 нед. эпросартаном в дозе 600мг 1 раз в день. Контрольную группу составили 28 здоровых людей. АТ исследовалась по Шитиковой А.С. (1997) с использованием АДФ, коллагена, тромбина, ристомицина, адреналина и перекиси водорода (H_2O_2) и сочетаниями АДФ+адреналин, АДФ+коллаген и адреналин+коллаген в общепринятых концентрациях. ПОЛ в тромбоцитах определяли по содержанию малонового диальдегида (МДА) по методу Shmith J.B. et. al. (1976) и Кубатиев А.А., Андреев С.В. (1979) и ацилгидроперекисей (АГП) (Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И., 1983).

Результаты:

Наиболее активно тромбоциты больных до лечения реагировали на коллаген — $21,0 \pm 0,29$ с. На втором месте — АДФ ($26,2 \pm 0,10$ с.) и ристомицин ($23,6 \pm 0,10$ с.). Ранняя АТ с H_2O_2 у больных АГ при МС свидетельствует об ослаблении антиокислительной системы (АС) тромбоцитов, прежде всего каталазы и супероксиддисмутазы. Тромбиновая и адреналиновая АТ в исходе также развивалась быстрее, чем в контроле - $38,1 \pm 0,12$ с. и $68,5 \pm 0,26$ с., соответственно ($P < 0,01$). Сочетания индукторов, моде-

лирующих условия кровотока, вызывали АТ еще раньше – АДФ+адреналин – $23,2 \pm 0,14$ с., АДФ+коллаген – $20,1 \pm 0,13$ с., адреналин+коллаген – $14,7 \pm 0,10$ с. МДА и АГП в тромбоцитах были повышены ($1,49 \pm 0,02$ нмоль/109 тр.), что указывало на активацию в них ПОЛ. Назначение эпросартана позволило добиться улучшения оцениваемых показателей ($3,98 \pm 0,04$ Д233/109 тр.). Применение у больных эпросартана обусловило удлинение времени АТ. К 16 нед. лечения тромбоцит больных реагировали на индукторы следующим образом: к коллагену и ристомицину ($29,7 \pm 0,03$ с. и $33,2 \pm 0,04$ с., соответственно), к АДФ и H₂O₂ ($34,0 \pm 0,12$ с. и $38,2 \pm 0,16$ с., соответственно), к тромбину и адреналину ($44,2 \pm 0,16$ с. и $82,0 \pm 0,26$ с., соответственно), при сочетании индукторов АТ развивалось также позднее, чем в исходе – АДФ+адреналин $31,7 \pm 0,06$ с., АДФ+коллаген – $26,5 \pm 0,01$ с., адреналин+коллаген – $28,7 \pm 0,16$ с. Содержание МДА в тромбоцитах уменьшилось до $0,91 \pm 0,02$ нмоль/109 тр., а АГП до $2,92 \pm 0,01$ Д233/109 тр, свидетельствуя об активации антиоксидантной их системы.

Заключение:

Назначение больным АГ при МС эпросартана способно улучшить состояние агрегационной активности тромбоцитов и ПОЛ в кровяных пластинках. Длительный и контролируемый прием препарата может ослаблять риск тромбозов, ослабляя важный механизм стимуляции тромбоцитарных функций - активированное ПОЛ.

6.12. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Недогода С.В., Цома В.В., Чаляби Т.А., Брель У.А., Мазина Г.Г., Заремба Д.В., Подольская Е.А.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Введение:

Оценить влияние аторвастатина на углеводный и липидный обмены и на уровень артериального давления (АД) у пожилых пациентов.

Материалы и методы:

27 пациентов были включены в исследование (12 мужчин и 15 женщин), средний возраст $73,0 \pm 8$ лет. Критериями включения была артериальная гипертензия I и II степени и ожирение. У 13 пациентов была диагностирована НТГ и у 14 пациентов - сахарный диабет 2 типа. Согласно протоколу исследования исходно и через 12 недель монотерапии аторвастатином 10 мг в сутки оценивались скорость пульсовой волны (СПВ) на каротидно-бедренной и каротидно-радиальной сегментах, эндотелиально-зависимая вазодилатация. Также исходно и после 12-недельного лечения аторвастатином 10 мг в сутки определялись уровни ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, индекс массы тела (ИМТ), уровень АД.

Результаты:

До и после монотерапии аторвастатином общий уровень холестерина уменьшился с 6.2 ± 1.1 ммоль/л до 4.2 ± 0.5

ммоль/л ($p < 0.001$); уровень ЛПВП: с 1.23 ± 0.3 ммоль/л до 1.23 ± 0.2 ммоль/л ($p < 0.001$); уровень ЛПНП уменьшился с 4.5 ± 0.5 ммоль/л до 2.4 ± 0.8 ммоль/л ($p < 0.001$); уровень триглицеридов с 1.4 ± 0.3 ммоль/л до 1.2 ± 0.3 ммоль/л ($p < 0.001$); СПВ на каротидно-бедренном участке уменьшилась с 13.9 ± 2.1 м/с до 10.1 ± 1.9 м/с. Эндотелиально-зависимая вазодилатация значительно увеличилась с $5,9\% \pm 1,9$ до $8,9\% \pm 2,4$ ($p < 0.001$).

Заключение:

Аторвастатин улучшает сосудистую эластичность, липидный спектр и эндотелиальную функцию у пациентов с гиперлипидемией и высоким кардиоваскулярным риском.

6.13. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Николаев Н.А., Остапенко В.А., Тимофеев С.А., Бунова С.С.

ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава, Росздрава, Минздрав Омской области

Введение:

Результаты клинических исследований последних лет свидетельствуют, что у больных гипертонической болезнью (ГБ) целесообразно сравнительное изучение клинической эффективности не отдельных препаратов, а их комбинаций. Опираясь на доказанную возможность сравнения эффективности комбинаций антигипертензивных средств различных классов, изучен клинический эффект титруемых комбинаций бета-блокаторов с гидрохлортиазидом у больных ГБ мужчин.

Материал и методы:

В 48-недельном исследовании участвовало 120 мужчин 50-65 лет, медиана 59, больных ГБ. Больные, получающие до включения в исследование комбинацию иАПФ эналаприла и тиазидного диуретика (ТДУ) гидрохлортиазида, рандомизировались по 25 человек в 4 основных группы и 20 человек в группу сравнения. С начала исследования иАПФ заменен больным первой группы – на атенолол, второй группы – на метопролол, третьей группы – на бисопролол, четвертой группы – на небиволол. Пациенты пятой группы продолжали ранее назначенное лечение. Статистическую значимость результатов оценивали методами непараметрической статистики. Для проверки гипотезы о принадлежности выборок однородным генеральным совокупностям использовали критерии Wald-Wolfowitz runs test и Wilcoxon watched pairs test.

Результаты:

Снижение САД и ДАД было зарегистрировано во всех группах. САД менее всего и практически одинаково (на 7,8% и 7,9% соответственно) снижалось при применении комбинаций «атенолол + гидрохлортиазид» и «метопролол + гидрохлортиазид». Существенно большее (на 15,9%) снижение САД (Wilcoxon, $p=0,04$) продемонстрировано комбинацией «бисопролол+гидрохлортиазид». Наибольшее (на 21,4%; Wilcoxon, $p=0,001$) снижение САД

достигнуто при использовании комбинации «небиволол + гидрохлортиазид». При оценке ДАД не отмечено достижения целевых значений на фоне применения комбинаций «атенолол + гидрохлортиазид» и «метопролол + гидрохлортиазид». Целевое снижение ДАД достигнуто при применении комбинаций «бисопролол + гидрохлортиазид» и «небиволол + гидрохлортиазид» (на 16,8% и 21,8% соответственно). Таким образом, применение комбинаций гидрохлортиазид с атенололом и метопрололом продемонстрировало практически равную и в большинстве случаев недостаточную клиническую эффективность. При сравнении с группой больных, продолживших прием комбинации гидрохлортиазид с эналаприлом, оказалось, что результаты достижения АД в этой выборке были сопоставимы с результатами, полученными в выборке больных, получавших гидрохлортиазид с бисопрололом. В основных группах у участников исследования зарегистрировано статистически значимое повышение уровней холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов, билирубина и глюкозы на фоне применения атенолола; холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов, билирубина, и глюкозы, снижение уровня Mg^{++} на фоне применения метопролола; общего билирубина крови на фоне применения бисопролола.

Заключение:

Комбинации с гидрохлортиазидом небиволола и бисопролола, из исследованных, являются наиболее эффективными и безопасными. Использование у мужчин больных ГБ метопролола и атенолола в комбинациях с гидрохлортиазидом является нежелательным в связи с низкой клинической эффективностью и значительной частотой развития нежелательных эффектов.

6.14. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИК ПОДБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Плейко О.А., Конради А.О.

Калининградская областная клиническая больница, ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А.Алмазова», Санкт-Петербург

Введение:

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка фармакоэкономических параметров при различных алгоритмах антигипертензивной терапии.

Материал и методы:

В исследование было включено 120 пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ), которые в дальнейшем были рандомизированы методом конвертов в три группы – А, В, С. Использовались пять лекарственных препаратов, представляющих основные классы антигипертензивных препаратов: индапамид, бисопролол, амлодипин, фозиноприл и рилменидин, а также фиксированная лекарственная комбинация моноприла с гидрохлортиазидом (Фозид). Больные в группе «А» получали лечение антигипертензивными препаратами в зависимости от клинико-патогенетических вариантов ги-

пертензии. Пациенты группы «В» получали ступенчатую антигипертензивную терапию с титрованием препарата до максимальной дозы и последующим добавлением второго (третьего) препарата при неэффективности терапии. Пациенты группы «С» сразу получали комбинированную антигипертензивную терапию в виде фиксированной лекарственной комбинации с последующим добавлением других препаратов без увеличения дозы первоначально используемых. Визиты осуществлялись через 2, 4, 6, 8, 10 и т.д. недель (до достижения целевого АД). Далее выполнялись контрольные визиты через 24 и 48 недель. Производилась оценка стоимости подбора терапии исходя из реально принятых препаратов (фактическая стоимость) и неиспользованных, но приобретенных согласно схеме подбора терапии препаратов (неиспользованная, или переплаченная стоимость). Также была рассчитана средняя стоимость визитов, необходимых для достижения целевого АД при различных тактиках.

Результаты:

В группе «А» средняя фактическая стоимость терапии за 24 недели на 1 больного с учетом стоимости визитов составила 4487,28 рублей, при максимальной неиспользованной стоимости – 223,83 рубля. В группе «В» средняя фактическая стоимость терапии составила 5617,21 рублей, неиспользованная стоимость – 76,09 рублей на одного пациента. В группе «С» средняя фактическая стоимость терапии за 24 недели на 1 больного с учетом стоимости визитов была минимальной и составила 3742,87 рубля, при отсутствующей неиспользованной стоимости. За 48-недельный период лечения сохранялась та же тенденция по стоимости терапии в группах. При расчете экономической эффективности фактический расход средств для понижения АД на 1 мм рт. ст. в группах «А» и «С» оказался сопоставим за 24-недельный период, и составил 91,54 рубля на 1 мм рт. ст. и 91,37 рублей на 1 мм рт.ст. соответственно. За 48-недельный период терапии в группе «С» данный показатель оказался минимальным – 252,75 рубля на 1 мм рт.ст., а в группе «А» максимальным – 534,82 рубля на 1 мм рт.ст. среди всех групп, что связано с феноменом ускользания антигипертензивного эффекта монотерапии при длительном лечении.

Заключение:

Проведенное исследование показало, что алгоритм назначения антигипертензивной терапии, начинающиеся с комбинации двух препаратов в средних дозах с последующим добавлением третьего препарата, не только обеспечивает наилучший результат по снижению уровня АД за меньшее число визитов, но и обеспечивает фармакоэкономические преимущества, как за счет минимальной средней стоимости визитов, необходимых для достижения целевого АД, так и за счет отсутствия неиспользованной стоимости.

6.15. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПРОСАРТАНА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ СО «СТРЕСС – ИНДУЦИРОВАННОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Попов А.В.

ПЯТИГОРСКИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ САНАТОРИЙ,
г. ПЯТИГОРСК**Введение:**

оценка эффективности блокатора рецепторов 1 типа ангиотензина II (БРА) у молодых пациентов со «стресс-индуцированной» артериальной гипертензией и влияние БРА на степень ночного физиологического снижения АД.

Материалы и методы: В исследование были включены 93 мужчин в возрасте $40,1 \pm 1,3$ лет, с длительностью артериальной гипертензии (АГ) $11,2 \pm 0,7$ лет, служба которых сопровождается высоким психо-эмоциональным напряжением, а также ветераны боевых действий в локальных конфликтах, не принимавших постоянно гипотензивные препараты. В зависимости от величины АД, исходно: у 59 больных была АГ 1ой, у 28 – 2ой, у 6 – 3ей степени. Всем пациентам назначался БРА («Теветен» фирмы «Solvay Pharma») в дозе 600мг. в сутки в 1 приём утром в течение 8 недель. В случае отсутствия должного эффекта к БРА добавлялся гидрохлортиазид в дозе 12,5 - 25мг. Всем больным проводилось обследование исходно, через 4 и 8 недель терапии: опрос жалоб, суточное мониторирование АД – (СМАД), УЗИ сердца.

Результаты:

При оценке полученных результатов СМАД, отмечена высокая эффективность БРА как по снижению систолического АД (до лечения $164,4 \pm 9,2$ мм.рт.ст., после $131,2 \pm 7,6$ мм.рт.ст.), так и диастолического (до $102,3 \pm 7,6$ мм.рт.ст., после $76,1 \pm 5,3$ мм.рт.ст.). У 64 из 93 больных был достигнут целевой уровень АД, а 25 пациентов «перешли» из 2ой в 1ую степень АГ и 4 - из 3ей во 2ую. Отмечалось также улучшение по показателю «ночного снижения АД», если исходно в группе «Dipper» было 38 пациентов, то после лечения стало 54; в группе «Non-dipper»: до - 37, после - 28; в группе «Over dipper»: до - 10, после - 5; в группе «Night reaker»: до - 8, после - 6 человек. При оценке УЗИ сердца отмечалась тенденция к уменьшению толщины миокарда (ЗСЛЖ до лечения $1,23 \pm 0,12$ см., после $1,15 \pm 0,11$ см., МЖП: до - $1,19 \pm 0,14$ см., после - $1,08 \pm 0,15$ см.), к уменьшению размеров левых полостей и улучшению сократимости миокарда. Препарат характеризовался хорошей переносимостью.

Заключение:

Лечение эпросартаном молодых пациентов, страдающих «стресс-индуцированной» артериальной гипертензией характеризуется высокой эффективностью и хорошей переносимостью.

6.16. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ И ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ЭГИЛОКА-РЕТАРДА И ФЕЛОДИПА ПО ДАННЫМ ОФИСНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯРусина А.М., Мордовин В.Ф., ПЕКАРСКИЙ С.Е.,
ФАЛЬКОВСКАЯ А.Ю., АФНАСЬВА Н.Л.

ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН

Введение:

Оценить переносимость и гипотензивную эффективность эгилока-ретарда и фелодипа по данным офисных измерений и суточного мониторирования артериального давления.

Материалы и методы:

В исследование включено 65 больных гипертонической болезнью. Пациентам исходно проводилось измерение офисных цифр и суточное мониторирование артериального давления. Далее назначался эгилок-ретард или фелодип в виде монотерапии или в комбинации с гипотиазидом. Через 6 месяцев повторно проводилось измерение офисного АД и суточное мониторирование артериального давления.

Результаты:

У пациентов через 6 месяцев приема препарата выявлено достоверное снижение офисных цифр артериального давления, в то же время отмечается учащение офисного пульса у пациентов, принимавших фелодип (таблица 1). Таблица 1. фелодип исход 6 месяцев ofSBP, мм рт.ст.* $160,6 \pm 1,6$ $138,5 \pm 12,4$ ofDBP, мм рт. ст. $98,0 \pm 7,7$ $89,8 \pm 9,8$ ofPs* $69,6 \pm 9,8$ $88,8 \pm 6,1$ Эгилок-ретард исход 6 месяцев ofSBP, мм рт. ст.* $164,3 \pm 19,9$ $137,4 \pm 13,1$ ofDBP, мм рт. ст.* $96,3 \pm 9,1$ $87,5 \pm 7,8$ ofPs, уд/мин. $74,3 \pm 9,4$ $70,6 \pm 10,5$ * $p < 0,05$ Однако по данным суточного мониторирования АД достоверного изменения ЧСС при лечении фелодипом не отмечено. Цифры давления по результатам мониторирования также достоверно снижались. Это касается как среднесуточных показателей АД, так и средненочных. Причем гипотензивная эффективность фелодипа и эгилока-ретарда существенно не отличалась (таблица 2). Таблица 2. фелодип исход 6 месяцев 24SBP* $141,3 \pm 7,1$ $131,1 \pm 12,1$ 24DBP $84,7 \pm 7,0$ $80,5 \pm 4,5$ 24Ps $74,9 \pm 8,1$ $75,5 \pm 5,5$ Эгилок-ретард исход 6 месяцев 24SBP* $141,2 \pm 12,2$ $128,8 \pm 6,8$ 24DBP* $84,7 \pm 8,6$ $77,7 \pm 6,4$ 24Ps* $74,9 \pm 8,1$ $67,5 \pm 8,6$ * $p < 0,05$ 20% пациентов, принимавших фелодип, жаловались на сердцебиения. У 2% пациентов, принимавших эгилок-ретард, отмечались сонливость, головная боль, брадикардия, ослабление эрекции. Все побочные эффекты либо проходили через месяц приема, либо устранялись уменьшением дозы препарата. Для достижения целевых значений АД требовалось назначение меньших доз фелодипа (3,8 доз) по сравнению эгилоком-ретардом (4,5 дозы).

Заключение:

Гипотензивные эффекты фелодипа и эгилока-ретарда сопоставимы, у фелодипа отсутствует существенное влияние на ЧСС, хорошая переносимость препаратов, для достижения целевых значений АД требуется назначение

меньших доз фелодипа по сравнению эгилоком-ретардом.

6.17. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФОБАЗОЛА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сухенко И.А., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Мишкина М.Ю.

Новгородский государственный университет, ИМО

Введение:

Тревожно – депрессивными расстройствами в общемедицинской практике страдает каждый пятый больной. Риск развития тревоги достаточно высок, если есть телесная патология. В настоящее время при лечении тревожно – депрессивных расстройств широко используются современные препараты, обладающие анксиолитическим эффектом. Одним из таких препаратов является афобазол, действие которого реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легко стимулирующего (активирующего) эффектов. Целью проведенного исследования явилось изучение влияния препарата на состояние психоэмоционального фона женщин, больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с субклинической депрессией и тревогой.

Материалы и методы:

Проведено обследование 17 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, страдающих АГ II ст. (ЕОГ/ЕОК 2007), на фоне эффективной антигипертензивной терапии, включающей диуретики, β -блокаторы и ингибиторы АПФ. Целевой уровень АД был достигнут, однако сохранялись изменения психоэмоционального фона: тревога и депрессия. Обследование больных проводилось до начала лечения и через 30 дней от начала приема афобазола. В исследовании использовались психодиагностические методики – госпитальная шкала депрессии и тревожности HADS, опросники Спилбергера, CES D, Бека. Клиническую эффективность афобазола оценивали с помощью проведенного анкетирования больных до исследования, через 2 и 4 недели после начала лечения афобазолом.

Результаты:

показали, что через 2 недели от начала лечения уменьшение уровня личностной тревожности и проявлений субклинической депрессии было отмечено у 71% опрошенных. Максимальный эффект наблюдался к концу 4 недели лечения. У всех обследованных женщин по трем шкалам оценки уровня депрессии отмечена нормализация психоэмоционального фона. За период исследования не было зафиксировано побочных действий препарата.

Заключение:

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой активности препарата при тревожно-депрессивных расстройствах и низкой частоте встречаемости осложнений при его применении. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о целесообразности использования афобазола в лечении

тревожно-депрессивных состояний у пациентов с артериальной гипертензией.

6.18. ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А.

ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, УЗБЕКИСТАН, ТАШКЕНТ,
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛО

Введение:

изучение клинической и органопротективной эффективности 12-недельной монотерапии карведилолом у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ).

Материалы и методы:

Обследовано 16 больных ЭГ I-II ст (ВОЗ/МОГ, 1999) в возрасте $46,8 \pm 3,4$ лет. Оценивались: систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ультразвуковой системы «SONOLINE VERSA PRO» («SIEMENS», Германия) в М- и В-режимах. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывалась по формуле Devereux B.R. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) оценивалась по индексу ММЛЖ (иММЛЖ) - отношению ММЛЖ к площади поверхности тела, при значениях иММЛЖ ≥ 125 г/м². Вазорегуляторная функция эндотелия оценивалась в тесте с реактивной гиперемией по приросту диаметра плечевой артерии ($\Delta D\%$), при значениях $\Delta D < 10\%$ диагностировали ДЭ. Уровень микроальбуминурии определяли методом иммуноферментного анализа. Больные находились на приеме карведилола (Таллитон, «Эгис» Венгрия) в среднесуточной дозе $30,55 \pm 15,0$ мг. Результаты исследований подвергались статистической обработке на основе программы BIOSTATICS для Windows (версия 4,03).

Результаты:

На фоне монотерапии карведилолом отмечено достоверное снижение САД $128,5 \pm 10,5$ мм рт.ст. паротив $158,33 \pm 11,14$ мм рт.ст. ($p < 0,000$), ДАД $82,5 \pm 7,4$ мм рт.ст. против $101,83 \pm 6,33$ мм рт.ст. ($p < 0,000$), ЧСС $66,3 \pm 7,22$ уд. в мин против $77,2 \pm 11,04$ уд. в мин ($p = 0,006$). При этом наблюдалось достоверное улучшение функции эндотелия, прирост ΔD на фоне терапии карведилолом достиг $13,21 \pm 7,31\%$ против $4,0 \pm 4,0\%$ до лечения ($p = 0,000$). Кардиопротективная эффективность препарата выражалась в достоверном снижении степени ГЛЖ: на фоне терапии $141,61 \pm 31,42$ г/м² против $159,94 \pm 31,42$ г/м² до лечения ($p = 0,002$). При этом уровень снижня ГЛЖ составил $13,35 \pm 7,93\%$. Вазопротекция на фоне лечения карведилолом характеризовалась также достоверным снижением уровня МАУ на фоне 12-недельной монотерапии препаратом: $6,63 \pm 3,11$ мг/л против $15,42 \pm 18,98$ мг/л до лечения ($p < 0,05$).

Заключение:

Органопротективная эффективность 12-недельной монотерапии карведилолом характеризовалась нормализацией вазорегуляторной функции эндотелия, сниже-

нием уровня МАУ и регрессией ГЛЖ, на фоне высокой антигипертензивной эффективности препарата.

6.19. РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ БОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Швец Г.И., Поветкин С.В.

Медицинский институт
Орловского государственного университета.

ГОУ ВПО КГМУ Росздрава.

Введение:

изучение структуры потребления гипотензивных препаратов на локальном фармацевтическом рынке г.Орла. Материалы и методы: выполнено одномоментное описательное исследование, заключающееся в анкетировании 266 пациентов с артериальной гипертонией 1-3 степени, принадлежащих к районам обслуживания поликлиник г.Орла.

Результаты:

Проведенное исследование позволило установить, что приоритет (38,3% от общего числа используемых препаратов) в структуре потребления гипотензивных средств принадлежит ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), второе место занимали диуретики (24,4%), затем бета-адреноблокаторы (БАБ) – 19,1%, блокаторы кальциевых каналов (БКК) – 17,0%, комбинированный препарат адельфан-эзидрекс – 1,2%. Препаратами-лидерами по частоте применения в каждом классе гипотензивных средств являлись: эналаприл (67,0% больных, принимавших ИАПФ), метопролол использовали 77,3% пациентов, потреблявших БАБ. В группе БКК наиболее востребованным был амлодипин (47,7%), среди диуретиков – индапамид (75,8%).

Заключение:

структура потребления основных классов гипотензивных средств на локальном фармацевтическом рынке г.Орла в большей мере аналогична таковой в РФ (по данным исследования ПИФАГОР), за исключением более частого назначения диуретиков, а не БАБ. Предпочтение выбора конкретного препарата в группе БАБ было отдано метопрололу, в группе БКК – амлодипину, в отличие от результатов исследования ПИФАГОР (атенолол и нифедипин соответственно), что в большей мере соответствует современным рекомендациям по лечению больных с артериальной гипертонией.

6.20. ВЛИЯНИЕ НЕБИЛЕТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ И ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шурдумова М.Г.

КБГУ, Кафедра нормальной и патологической физиологии

Введение:

В структуре причин смертности больных АГ и СД одно из ведущих мест занимают желудочковые аритмии (ЖА).

Материалы и методы:

В исследование были включены 25 больных, получавших небиволол и 26 больных (контрольная группа), которая не получала антигипертензивной терапии за время исследования. За две недели до исследования всем больным отменялась предшествующая антигипертензивная терапия. Все ЭКГ исследования проводились до и на 25-28 день лечения. Регистрировалась ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) в трех ортогональных отведениях X, Y, Z. Критерием обнаружения поздних потенциалов желудочков (ППЖ) считалось наличие не менее двух из трех измененных показателей: продолжительности $QRSf > 120$ мс, продолжительности $LAS40 > 40$ мс, амплитуды $RMS40 < 20$ мкВ. Анализ параметров variability ритма сердца (ВРС) осуществлялся по 5 минутной ЭКГ. Анализировались следующие параметры: SDNN, RMSSD, LF, HF, LF/HF. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Лечение небилетом сопровождалось достоверным улучшением всех показателей: уменьшением $QRSf$ с $94,7 \pm 5,9$ до $81,1 \pm 2,1$ мс и $LAS 40$ с $37,4 \pm 4,8$ до $26,6 \pm 2,8$ мс, увеличением $RMS 40$ с $48,1 \pm 7,4$ до $59,0 \pm 7,1$ мкВ. В группе, получавших небилет, при повторном обследовании выявлено увеличение ВРС, о чем свидетельствует изменение SDNN с $23,9 \pm 3,1$ до $35,2 \pm 2,9$. Увеличение ВРС при лечении небилетом происходило преимущественно за счет подавления тонуса симпатической нервной системы. Так, показатель LF значительно снизился с $277,4 \pm 68,02$ до $122,0 \pm 33,3$ мс², а соотношение LF/HF, отражающее симпатовагусный баланс, с $2,9 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 0,14$. ППЖ считаются маркером наличия субстрата циркуляции электрического импульса и субстрата re-entry. Повышенные симпатические влияния на миокард являются провоцирующим фактором для возникновения аритмий по этому механизму.

Заключение:

Новый кардиоселективный бета-адреноблокатор небиволол оказывает благоприятное влияние на показатели ЭКГ высокого разрешения и variability ритма сердца у больных сахарным диабетом и АГ. У больных АГ и СД бета-адреноблокатор «Небилет» целесообразно применять не только как антигипертензивный препарат, но и как средство для профилактики жизнеопасных ЖА.

6.21 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛИЗИНОПРИЛ (ДАПРИЛ) ПРИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Щербань Н.А., Ландышев Ю.С., Смородина Е.И., Сивякова О.Н., Путинцев Д.В., Макагон И.М., Кормановская Н.П., Билько Т.М.

Амурская государственная медицинская академия
АОКБ

Введение:

В настоящее время убедительно доказана роль артери-

альной гипертензии (АГ) как одного из факторов прогрессирования патологического процесса в развитии хронической почечной недостаточности и снижении почечной выживаемости у больных хроническими гломерулонефритами (ХГ). По данным многочисленных проспективных контролируемых исследований ведущую патогенетическую роль в формировании артериальной гипертензии у нефрологических больных играет активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Цель нашего исследования заключалась в изучении эффективности контроля артериального давления (АД) у больных ХГ при использовании ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) III поколения - лизиноприла (Даприла).

Материал и методы:

Обследовано 26 больных с различными морфологическими вариантами хронического гломерулонефрита, 34,6% из них были женщины, 61,5% – мужчины. Средний возраст обследованных составил $36,7 \pm 4,2$ лет. Мезангиопролиферативный вариант ХГ морфологически верифицирован у 12 (46,2%) больных, мембранозный вариант – у 1 (3,9%), мембранозно-пролиферативный – у 2 (7,7%) пациентов. Смешанная форма ХГ имела место у 11 (42,3%) больных, нефротическая – у 8 (30,8%), гематурическая – у 1 (3,8%), латентное течение ХГ наблюдалось у 6 (23,1%) пациентов. АГ I степени установлена у 11 (42,3%)

пациентов, АГ II степени выявлена у 10 (38,5%) больных, АГ III степени зарегистрирована у 5 (19,2%) обследованных. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 69,2% больных.

Результаты:

Среднее систолическое артериальное давление (САД) при поступлении составляло $172,3 \pm 12,3$ мм.рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) - $98 \pm 7,9$ мм.рт.ст. После 2-недельного курса монотерапии лизиноприлом (Даприлом) у 84,6% больных отмечалось достоверное снижение уровня САД до $128,4 \pm 9,6$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$) и ДАД до $84,2 \pm 5,1$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$), у 4 (15,4%) пациентов, имевших тяжелую степень АГ, для достижения оптимальных значений АД потребовалось использование комбинированной гипотензивной терапии. Антипротеинурическое действие лизиноприла (Даприла) выявлено в 67,4% случаев, при этом отмечалось снижение исходного уровня суточной протеинурии с $1254,5$ мг/л до $784,3$ мг/л ($p < 0,001$). Побочные эффекты препарата не зарегистрированы.

Заключение:

Таким образом, использование ингибитора АПФ лизиноприла (Даприла) у больных ХГ оказывает положительный нефропротективный и гипотензивный эффект.

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

7.1. РОЛЬ ICAM-1 В ФОРМИРОВАНИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

БУНОВА С.С., НЕЛИДОВА А.В., ОСТАПЕНКО В.А.,
КУЗЮКОВА А.А., НИКОЛАЕВ Н.А.

ОМСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Цель исследования – определение роли ICAM-1 в формировании дисфункции эндотелия и атеросклероза у больных артериальной гипертонией (АГ) с учетом индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы:

В исследование включено 109 больных эссенциальной АГ 1 – 2 стадии, 1 – 3 групп риска, из них 80 женщин и 29 мужчин, средний возраст пациентов $47,9 \pm 0,7$ лет, средняя длительность заболевания $11,3 \pm 0,9$ года. Всем пациентам проводился расчет ИМТ, определялись уровни ICAM-1, общего холестерина (ОХС), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) и β -липопротеинов (β -ЛП).

Результаты:

Пациенты были разделены на 3 группы: 1 – 23 пациента с АГ и нормальным весом ($18,5 \leq \text{ИМТ} < 25$), средний возраст $48,1 \pm 1,1$ лет; 2 – 30 пациентов с АГ и избыточным весом ($25 \leq \text{ИМТ} < 30$), средний возраст $47,4 \pm 1,6$ лет; 3 – 56 пациентов с АГ и ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30$), средний возраст $48,1 \pm 0,9$ лет. Уровень ICAM-1 в 1 группе $293,676 \pm 15,807$ ng/ml; во 2 группе $292,100 \pm 23,357$ ng/ml; в 3 группе $361,655 \pm 21,399$ ng/ml, что значительно превышает показатели в 1 и 2 группах. При исследовании липидного спектра в 1 группе уровень ОХС $5,5 \pm 0,3$ ммоль/мл, ЛПВП $1,4 \pm 0,04$ ммоль/мл, ТГ $1,2 \pm 0,2$ ммоль/мл, β -ЛП $45,9 \pm 3,02$ ммоль/мл; во 2 группе ОХС $6,24 \pm 0,3$ ммоль/мл, ЛПВП $1,1 \pm 0,01$ ммоль/мл, ТГ $1,3 \pm 0,1$ ммоль/мл, β -ЛП $50,4 \pm 2,8$ ммоль/мл; в 3 группе ОХС $6,35 \pm 0,2$ ммоль/мл, ЛПВП $1,1 \pm 0,02$ ммоль/мл, ТГ $1,76 \pm 0,1$ ммоль/мл, β -ЛП $55,96 \pm 2,1$ ммоль/мл. При корреляционном анализе уровней ICAM-1 и показателей липидного спектра у больных в зависимости от ИМТ в 1 группе была выявлена статистически значимая отрицательная связь ICAM-1 и ЛПВП ($r_s = -0,57$; $p = 0,002$). Полученные данные наглядно представляют механизм начальных изменений в сосудах, способный в последствии привести к формированию атеросклеротических изменений. В группах пациентов с избыточной массой тела и ожирением данных связей не прослеживается. Очевидно, у этих пациентов в механизме атерогенеза принимают участие дополнительные метаболические факторы.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с АГ и ИМТ до 25 кг/м^2 , при нормальных показателях липидного спектра уже имеются

начальные проявления дисфункции эндотелия и атеросклероза, что проявляется повышенной экспрессией ICAM-1.

7.2. ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мельчинская Е.Н.

МУЗ ГБ СМП

Введение:

у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом важным фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является дислипидемия, что диктует обязательность ее своевременной диагностики и коррекции. Препаратами первого ряда в лечении атерогенной дислипидемии признаны статины. Цель работы: оценить у больного АГ с метаболическим синдромом атерогенный фон липидов и его динамику при применении мевакора.

Материалы и методы:

обследовано 20 больных артериальной гипертонией (АГ) I-II ст. с метаболическим синдромом в возрасте 47-62 года (средний возраст $53,2 \pm 2,6$ лет). У всех больных было абдоминальное ожирение, сахарный диабет тип 2 легкой и средней тяжести, гипер- и дислипидемия. Курс терапии мевакором (20 мг/сут) продолжался 24 нед. Исходно, через 4, 12 и 24 нед. лечения определяли уровни ОХТ, ТГ, ХС ЛПВП. По формулам рассчитывали ХС ЛПНП, индекс атерогенности (ИА, норма до 4), риск ИБС1 (норма до 5) и риск ИБС2 (норма до 3). Контрольная группа представлена 48 больными АГ с идентичными компонентами метаболического синдрома (1-я) и 18 здоровыми лицами (2-я).

Результаты:

в группе больных в сравнении со здоровыми лицами повышен уровень ОХС ($7,51 \pm 0,19$ и $5,08 \pm 0,15$ ммоль/л), ТГ ($1,89 \pm 0,09$ и $1,56 \pm 0,08$ ммоль/л), ХС ЛПНП ($5,85 \pm 0,18$ и $3,30 \pm 0,16$ ммоль/л), снижено содержание ХС ЛПВП ($1,28 \pm 0,05$ и $1,47 \pm 0,03$ ммоль/л); $p < 0,001$ во всех случаях. Значения ИА составили 4,86 и 2,45, риска ИБС1 и ИБС2 – 6,23 и 3,61 и 4,57 и 2,24, соответственно. Через 4 нед. применения мевакора отмечено снижение уровня ОХС (7,7%) и ХС ЛПНП (10,3%), $p < 0,005$. В интервале 12-24 нед. терапии уменьшение концентрации ОХС и ХС ЛПНП проявилось более выражено (10,3% и 14,0% и 10,0% и 14,6%), $p < 0,01$. Содержание ТГ снизилось (14,3%) на 12 нед. и это снижение сохранилось (13,2%) к завершению курса лечения, $p < 0,05$. На всех этапах исследования динамики уровня ХС ЛПВП не наблюдалось. Снижение коэффициентов атерогенности выявлено через 12 нед. терапии мевакором: ИА – 21,0%, риск ИБС1 – 14,7%, ИБС2 – 21,0%, $p < 0,01$. На 24 нед. эти показатели были снижены в сравнении с перио-

дом до начала лечения на: 22,7%, 17,8%, 23,0%, $p < 0,01$. У больных контрольной группы все показатели липидного состава крови оставались без изменения.

Заключение:

у больных АГ с метаболическим синдромом атерогенный фон липидов характеризуется дислипидемией. Мевакор в дозе 20 мг снижает уровень ОХС и ХС ЛПНП, что сопровождается снижением коэффициентов атерогенности. Полученные результаты указывают на целесообразность проведения гиполипидемической терапии мевакором у пациентов данной категории.

7.3. ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Курск, Россия. Донецкая обл., Украина

Введение:

у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом важным фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является дислипидемия, что диктует обязательность ее своевременной диагностики и коррекции. Препаратами первого ряда в лечении атерогенной дислипидемии признаны статины.

Цель работы: оценить у больного АГ с метаболическим синдромом атерогенный фон липидов и его динамику при применении мевакора.

Материалы и методы:

обследовано 20 больных артериальной гипертонией (АГ) I-II ст. с метаболическим синдромом в возрасте 47-62 года (средний возраст $53,2 \pm 2,6$ лет). У всех больных было абдоминальное ожирение, сахарный диабет тип 2 легкой и средней тяжести, гипер- и дислипидемия. Курс терапии мевакором (20 мг/сут) продолжался 24 нед. Исходно, через 4,12 и 24 нед. лечения определяли уровни ОХТ, ТГ, ХС ЛПВП. По формулам рассчитывали ХС ЛПНП, индекс атерогенности (ИА, норма до 4), риск ИБС1 (норма до 5) и риск ИБС2 (норма до 3). Контрольная группа представлена 48 больными АГ с идентичными компонентами метаболического синдрома (1-я) и 18 здоровыми лицами (2-я).

Результаты:

в группе больных в сравнении со здоровыми лицами повышен уровень ОХС ($7,51 \pm 0,19$ и $5,08 \pm 0,15$ ммоль/л), ТГ ($1,89 \pm 0,09$ и $1,56 \pm 0,08$ ммоль/л), ХС ЛПНП ($5,85 \pm 0,18$ и $3,30 \pm 0,16$ ммоль/л), снижено содержание ХС ЛПВП ($1,28 \pm 0,05$ и $1,47 \pm 0,03$ ммоль/л); $p < 0,001$ во всех случаях. Значения ИА составили 4,86 и 2,45, риска ИБС1 и ИБС2 – 6,23 и 3,61 и 4,57 и 2,24, соответственно.

Через 4 нед. применения мевакора отмечено снижение уровня ОХС (7,7%) и ХС ЛПНП (10,3%), $p < 0,005$. В интервале 12-24 нед. терапии уменьшение концентрации ОХС и ХС ЛПНП проявилось более выражено (10,3% и 14,0% и

10,0% и 14,6%), $p < 0,01$. Содержание ТГ снизилось (14,3%) на 12 нед. и это снижение сохранилось (13,2%) к завершению курса лечения, $p < 0,05$. На всех этапах исследования динамики уровня ХС ЛПВП не наблюдалось.

Снижение коэффициентов атерогенности выявлено через 12 нед. терапии мевакором: ИА – 21,0%, риск ИБС1 – 14,7%, ИБС2 – 21,0%, $p < 0,01$. На 24 нед. эти показатели были снижены в сравнении с периодом до начала лечения на: 22,7%, 17,8%, 23,0%, $p < 0,01$.

У больных контрольной группы все показатели липидного состава крови оставались без изменения.

Заключение: у больных АГ с метаболическим синдромом атерогенный фон липидов характеризуется дислипидемией. Мевакор в дозе 20 мг снижает уровень ОХС и ХС ЛПНП, что сопровождается снижением коэффициентов атерогенности. Полученные результаты указывают на целесообразность проведения гиполипидемической терапии мевакором у пациентов данной категории.

7.4. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, СВЯЗЬ С ВОСПАЛЕНИЕМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ

Шаврин А.П., Ховаева Я.Б.

ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Изучить уровень маркеров воспаления и провести ультразвуковое исследование сосудов у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы:

Обследовано 101 человек в возрасте от 18 до 55 лет, 68 мужчин, 53 женщины. Группу сравнения составили 53 человек с нормальным артериальным давлением (до 129/84 мм рт.ст.), средний возраст $43,2 \pm 0,9$ г. Опытную группу образовали больные ГБ 1-й и 2-й стадии, таких было 48 человек, средний возраст $44,5 \pm 1,8$ г. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование сосудов на аппарате «Алоса 5000» для визуализации атеросклеротических бляшек и определения в общей сонной артерии толщины комплекса интима/медиа (КИМ). Методом ИФА в плазме крови определяли количественное содержание С-реактивного белка (CRP), провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа (ФНО α), интерлейкина-8 (ИЛ8), и противовоспалительного интерлейкина-4 (ИЛ4) стандартными наборами.

Результаты:

В первой группе толщина КИМ в среднем составила $0,6 \pm 0,03$ мм. Количество CRP $2,3 \pm 0,8$ мкг/мл., ИЛ8 $20,1 \pm 2,6$ пг/мл., ФНО α $1,5 \pm 0,4$ пг/мл., ИЛ4 $8,7 \pm 0,8$ пг/мл. Во второй группе толщина КИМ в среднем была $0,86 \pm 0,06$ мм ($p=0,012$). Количество CRP $9,2 \pm 0,9$ мкг/мл. ($p=0,02$), ИЛ8 $78,8 \pm 4,0$ пг/мл. ($p < 0,001$), ФНО α $7,2 \pm 0,2$ пг/мл. ($p=0,02$), ИЛ4 $3,2 \pm 0,6$ пг/мл ($p < 0,03$). Выявлена прямая корреляция толщины КИМ с уровнем CRP ($r=0,38$) и ИЛ8 ($r=0,46$).

Заключение:

У больных с артериальной гипертензией увеличение толщины комплекса интима/медиа и повышение концентрации маркеров воспаления в крови – количества CRP и провоспалительных цитокинов (ИЛ8, ФНО α), может указывать на раз-

8. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС

8.1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

БАТАЛИНА М.В., ГУБАНОВА Т.Г., КОЗЛОВА Л.В.,
ПОЛЯКОВА О.М., БАТАЛИН В.А., ДЁМИН В.В.,
ПАЙВИН А.А., РОЖКОВ В.О.

ГОУ ВПО ОРГМА РОСЗДРАВА,
КАФЕДРА ТЕРАПИИ ФПП И ПКС, ГУЗ ООКБ

Введение:

Общезвестна роль артериальной гипертензии (АГ) в отягощении трудо-вого и жизненного прогноза больных ИБС. В то же время нет достаточно убедительных сведений о влиянии АГ на эффективность и безопасность стентирования коронарных артерий (СКА) и аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы:

В течение 2 лет прослежено состояние 490 мужчин в возрасте 40 – 59 лет, у 298 из которых диагностирована АГ I-III степени, II-III стадий. У 110 из них было выполнено АКШ, у 380 – СКА.

Результаты:

У пациентов с АГ достоверно чаще имел место постинфарктный кардиосклероз, чаще и более выраженными были нарушения диастолической функции левого желудочка и тяжелее ФК ХСН ($1,87 \pm 0,114$ и $1,54 \pm 0,076$, $p < 0,05$). Несмотря на это частота осложнений в ходе выполнения АКШ или СКА в группах больных с повышенным и нормальным АД достоверно не отличались: ОКС и /или клинически значимые аритмии 1,56 и 1,62 на 100 оперированных, соответственно. Также не выявлено достоверных различий среди пациентов выделенных групп по частоте рестенозов, возобновлению и прогрессированию коронарной недостаточности. ФК ХСН достоверно уменьшился как у больных с АГ ($с 1,87 \pm 0,114$ до $1,09 \pm 0,099$, $p < 0,01$), так и в группе лиц без АГ ($с 1,54 \pm 0,076$ до $1,12 \pm 0,083$, $p < 0,01$). Фракция выброса левого желудочка выросла с $45,4 \pm 0,96\%$ до $53,6 \pm 1,07$ ($p < 0,01$) без достоверных различий в зависимости от уровня АД. Отмечена значимая тенденция к нормализации лужитропной функции ЛЖ во всех случаях исходного ее нарушения. После СКА эти изменения возникали раньше и сохранялись более длительное время по сравнению с больными, перенесшими АКШ.

Заключение:

Контролируемая АГ не оказывает негативного влияния на результаты АКШ или СКА у мужчин трудоспособного возраста.

8.2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКАРДИСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ЗАКИРОВА А.Н., ФАХРЕТДИНОВА Е.Р., МУХАМЕДРАХИМОВА А.Р.,
ХМЕЛЕВСКИХ Н.А., КАЗИЕВА З.А., КИЛЬМАМАТОВА В.В.,

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР,
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, г. УФА.

Введение:

повысить эффективность реабилитации у больных, перенесших инфаркт миокарда, на госпитальном этапе реабилитации в условиях Республиканского кардиологического диспансера города Уфы.

Материалы и методы:

под наблюдением находились 56 пациентов, перенесших инфаркт миокарда и проходивших лечение в отделении острого инфаркта миокарда условиях Республиканского кардиологического диспансера города Уфы и реабилитацию в санатории «Зеленая роща». Средний возраст больных составил $46,7 \pm 7,7$ лет. У 33 больных был крупноочаговый инфаркт миокарда, у 23 – мелкоочаговый. 12 человек перенесли повторный инфаркт миокарда. 39 (69%) пациентов, включенных в исследование, до инфаркта состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью различной степени.

Наряду с другими препаратами (аспирин, гепарин, нитраты, β -блокаторы, статины) традиционно входящими в схему лечения инфаркта миокарда, к лечению был добавлен микардис. Доза препарата подбиралась индивидуально. Для пациентов без гипертонической болезни доза составляла 20 мг в день. Для больных с повышенным давлением доза микардиса титровалась от 20 до 80 мг в день. Эффективность препарата оценивалась по субъективному самочувствию больных, количеству эпизодов ишемии по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ, уровню артериального давления по данным СМАД и уровню работоспособности по данным велоэргометрии.

Результаты:

Нами установлено, что 45 больных после проведенного лечения отмечали улучшение самочувствия, у них отсутствовали жалобы на ангинозные приступы. Эпизодов ишемии по результатам мониторирования ЭКГ выявлено не было. Кроме того, из нарушений ритма выявлялись редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы. Выявлена тенденция к уменьшению пароксизмов наджелудочковой тахикардии, мерцательной аритмии, отсутствие пробежек желудочковых тахикардий. Все пациенты достигли уровня работоспособности в 150 кг/мин (по результатам ВЭМ). У 50 больных АД стабилизировалось на уровне 90-120/80-60 мм рт.ст., у 4 пациентов АД снизилось по сравнению с исходным уровнем, но не достигло оптимальных значе-

ний. У 2 человек препарат оказался неэффективен. В нашем исследовании лучший гипотензивный эффект был получен в случае сочетания микардиса с мочегонными препаратами, в частности индапамидом. На санаторном этапе реабилитации препарат также хорошо переносился больными и не требовалось изменение дозы. Все больные продолжали принимать препарат на поликлиническом этапе реабилитации. Из побочных действий отмечалась гипотония у 5 больных. У всех снижением дозы препарата этот эффект был нивелирован. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не наблюдалось.

Заключение:

Микардис хорошо переносится больными и может быть рекомендован для включения в схему лечения больных после инфаркта миокарда. Кроме того, у пациентов с гипертонической болезнью различной степени эффективно снижает артериальное давление в дозе от 40 до 80 мг. Полученные данные позволяют рекомендовать применение микардиса не только в стационаре, но и на санаторном, а затем и амбулаторный этап реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

8.3. БОЛЬНЫЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ – ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

ИБАТОВ А.Д.

ММА им. И.М.Сеченова

Введение:

Изучить эмоциональный статус у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Обследовано 44 пациента, страдающего АГ и ИБС (стенокардия II – IV функционального класса) в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст 56,5±1,1 лет). Уровень тревоги и депрессии исследовали по анкете госпитальной шкалы тревоги и депрессии, характерологические особенности личности – по тесту СМОЛ. Группу сравнения составили 52 больного ИБС с АГ без МС (средний возраст 54,5±1,3 года).

Результаты:

Группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу стенокардии. Уровень тревоги и депрессии составили в 1 группе соответственно 6,5±0,5 и 5,2±0,7 балла, во 2 группе соответственно 8,3±0,7 (p<0,05) балла и 5,0±0,7 (p>0,05) балла. Показатели теста СМОЛ в 1 и 2 группе составили соответственно: по шкале «ипохондрии» - 54,2±1,0 и 55,3±1,1 балла (p>0,05); «депрессии» - 44,6±1,4 и 48,4±1,9 балла (p>0,05); «истерии» - 50,7±0,8 и 51,2±0,8 балла (p>0,05); «психопатии» - 42,9±1,6 и 45,8±1,8 балла (p>0,05); «паранояльности» - 49,8±1,4 и 50,6±2,5 балла (p>0,05); «психастении» - 46,9±1,6 и 46,5±2,1 балла (p>0,05); «шизоидности» - 44,8±1,6 и 49,7±1,8 балла (p<0,05); «гипомании» - 45,7±1,5 и 48,4±1,9 балла (p>0,05).

Заключение:

Больные ИБС с АГ и МС имеют менее выраженную акцентуацию личности и уровень тревоги, по сравнению с больными ИБС с АГ без МС.

8.4. ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ИБАТОВ А.Д.

ММА им. И.М.Сеченова

Введение:

Изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (ХСН) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы:

Обследовано 44 пациента, страдающего ИБС, АГ и МС (средний возраст 56,5±1,1 лет), у всех больных была стенокардия (СН) 11-1V ФК. Группу сравнения составили 52 пациента (средний возраст 54,5±1,3 лет), страдающего ИБС с АГ без метаболического синдрома. Вариабельность ритма сердца изучали по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы в положении лежа на спине в состоянии расслабленного бодрствования.

Результаты:

Группы не различались по полу и возрасту, функциональному классу стенокардии, проводимой терапии. Показатели вариабельности ритма в покое исходно у больных ИБС с АГ и МС и без МС составили соответственно: ЧСС - 61,3±1,1 и 60,6±1,6 уд/мин (p>0,05), SDNN - 29,6±2,0 и 34,1±2,3 мс (p>0,05); rMSSD - 19,6±1,6 и 29,6±3,0 мс (p<0,05); pNN50% - 3,6±1,3 и 7,4±1,7 (p>0,05); TP - 803,0±119,5 и 938,8±142,8 мс² (p>0,05); HF - 149,2±28,8 и 387,7±102,3 мс² (p<0,05); LF - 252,0±48,6 и 257,2±35,7 мс² (p>0,05); VLF - 401,8±48,6 и 293,8±34,6 мс² (p>0,05). Вегетативный баланс в покое у 47,6% больных АГ и МС был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, у 11,9% - отмечалась эйтония и у 40,5% - преобладала активность симпатической нервной системы, у пациентов с АГ без МС аналогичные показатели составили соответственно 70,8% (p<0,05), 12,5% (p>0,05) и 16,7% (p<0,05).

Заключение:

Таким образом, у больных ИБС с АГ и МС, по сравнению с больными без МС, отмечается в покое более низкая вариабельность ритма сердца, особенно в высокочастотной составляющей мощности спектра, преобладание тонууса симпатического отдела вегетативной нервной системы, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

8.5. ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И АНТИШЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ БЛОКАТОРА АТ1 –РЕЦЕПТОРОВ КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

КУЗНЕЦОВА А.В., ТЕПЛЯКОВ А.Т., ГОРЮЦКИЙ В.Н., ЛЕВШИН А.В.

ГУ НИИ КАРДИОЛОГИИ ТНЦ СО РАМН,
ТОМСКИЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Введение:

Оценить антигипертензивную и антиишемическую эффективность, метаболические влияния блокатора АТ1–рецепторов кандесартана у больных сахарным диабетом типа 2 (СД).

Материалы и методы:

Обследовано 20 пациентов в среднем возрасте $56,9 \pm 1,9$ лет. Все пациенты страдали ИБС и артериальной гипертензией I-II степени, а также СД типа 2 легкой и средней степени тяжести. Обследованным назначался кандесартан в средней дозе $7,1 \pm 0,5$ мг/сут и суперселективный β -адреноблокатор небиволол в средней дозе $4,6 \pm 0,2$ мг/сут. Клиническую эффективность и безопасность 4-недельной курсовой терапии кандесартаном оценивали по динамике клинических проявлений коронарной недостаточности, физической толерантности, теста с 6-минутной ходьбой. Качество жизни оценивали с помощью Миннесотского опросника. Метаболическую эффективность препарата оценивали по динамике показателей липидного спектра, уровня глюкозы, гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Антигипертензивный эффект курсовой терапии кандесартаном оценивали с помощью суточного мониторирования АД (СМАД) посредством портативных мониторов Astrocord (Россия). По результатам СМАД оценивали среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), вариабельность АД, индексы времени, суточный индекс АД.

Результаты:

Антиангинальный эффект кандесартана проявился уменьшением частоты и тяжести стенокардии на 39,6% ($p < 0,0001$), при этом недельная потребность в НТГ достоверно уменьшилась на 45,8%. Улучшению клинического состояния сопутствовал прирост толерантности к физической нагрузке на 22,8% (с $43,9 \pm 10,4$ Вт до $53,9 \pm 9,8$ Вт). Качество жизни улучшилось на 13,3% ($p < 0,006$). По данным СМАД зарегистрировано достоверное снижение суточных значений САД и ДАД, как днем, так и ночью. Среднесуточные значения САД уменьшились с $153,2 \pm 7,7$ до $133,6 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАД – с $87,9 \pm 4,4$ до $76,8 \pm 3,4$ мм рт. ст. ($p < 0,003$). Терапия кандесартаном привела к снижению уровня глюкозы крови натощак, при этом HbA1c недостоверно снизился на 1,4%.

Заключение:

Таким образом, 4-недельная терапия кандесартаном у больных ИБС в сочетании с АГ на фоне СД сопровождалась достоверным антиангинальным и антиишемическим эффектами, а также снижением САД и ДАД и от-

сутствием неблагоприятного влияния на углеводный и липидный обмен.

8.6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

МАРТЫНОВ А.И., ГОРОХОВСКАЯ Г.Н., МАРТЫНОВ Д.А.

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ № 1 МГМСУ

Введение:

Изучить особенности развития безболевого ишемии миокарда (БИМ) в зависимости от колебаний артериального давления (АД).

Материалы и методы:

Под наблюдением находились 36 мужчин, возраст которых составил в среднем 58,3 г.У всех было сочетание ГБ с ИБС безболевого форма. Гипертонической болезнью (ГБ) была II - III стадии с повышением АД при поступлении в среднем до 2,1 степени. В анамнезе у 11 был инфаркт миокарда. Длительность ГБ составила в среднем 8,3 г. БИМ была выявлена либо при пробе с физической нагрузкой, либо при суточном мониторировании ЭКГ (горизонтальная депрессия ST-сегмента ЭКГ более 1 мм). У 27 больных был сахарный диабет 2-го типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 17 – избыточный вес или ожирение I – III степени у 16 – гиперурикемия, у 15 – недостаточность кровообращения 2-й стадии по Стражеско – Василенко и у 9 – субклинический гипотиреоз. Наличие атерогенной дислипидемии выявлено у 29 из 36 больных). Наблюдение проводилось в стационаре, куда больные поступили в связи с повышением цифр АД. Стабилизировать АД с помощью комбинированной медикаментозной терапии на уровне менее 140/90 мм рт.ст. удалось у 27 из 36 больных в среднем за 11,8 дней. У остальных – АД стало в среднем 146/87 мм рт.ст. Терапия по поводу ИБС оставалась той, которая была назначена в поликлинике. В начале лечения и перед выпиской всем больным была проведена синхронная суточная регистрация ЭКГ и АД.

Результаты:

При анализе показателей БИМ данные частоты и длительности эпизодов претерпели отрицательную динамику и составили в среднем с 1,9 до 2,4 ($p < 0,05$) и с 26,3 до 34,8 мин ($p < 0,01$). Полученные данные свидетельствуют о том, что быстрое снижение АД до уровня целевых значений у больных ИБС с множественной сопутствующей патологией приводит к ухудшению течения БИМ. Из этого следует сделать вывод о том, что у больных ГБ в сочетании с БИМ снижение АД должно проводится постепенно и под контролем синхронной регистрации суточных изменений АД и ЭКГ. В противном случае быстрая нормализация АД может привести к прогрессированию кардиосклероза по механизму преходящей ишемии, инфаркту миокарда или внезапной смерти. Особенно это следует учитывать при сочетании ГБ и ИБС с нарушением углеводного обмена, избыточной массой тела или ожирением, гиперурикемией, недостаточностью кровообращения и при снижении функции щитовидной железы Эти признаки . часто представлены у больных в сочетании.

Заключение:

Снижение АД у больных ГБ в сочетании с БИМ, особенно при наличии другой патологии, относящейся к факторам риска ИБС, следует проводить медленно и под контролем суточной динамики частоты и длительности БИМ в сопоставлении с АД.

8.7. ВЛИЯНИЕ ДИЛТИАЗЕМА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Позднякова Н.А., Кокурина Е.В., Горбунов В.М., Бочкарева Е.В., Бутина Е.К.

ФГУ "ГНИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологий"

Введение:

изучение гипотензивного эффекта дилтиазема-ретард, используемого в эффективной антиишемической дозе у больных со стабильной стенокардией

Материалы и методы:

В исследование включено 20 мужчин с ИБС в возрасте $59,4 \pm 6,8$ лет. Критерием включения было наличие достоверного антиишемического эффекта 90 мг дилтиазема по данным пробы с физической нагрузкой. Всем больным исходно проводилось СМАД. Критерием артериальной гипертензии (АГ) было повышение систолического АД (САД) и/или диастолического АД (ДАД) выше предельных значений ($\geq 135/85$ мм рт.ст. днем, $\geq 120/70$ ночью, $\geq 130/80$ мм рт.ст. за сутки) по данным СМАД. Дилтиазем назначался в дозе 90 мг 2 раза в день на 4 недели. Затем повторно проводилось СМАД. Критериями достоверного гипотензивного эффекта дилтиазема было снижение среднесуточного САД на 5 и более мм рт.ст. и/или среднесуточного ДАД на 4 и более мм рт.ст.

Результаты:

Из 20 человек у 15 была выявлена АГ 1-2 ст., у 5 больных показатели АД были в пределах нормы. Исходно ($n=20$) САД ср/сут составило $130,1 \pm 11,7$ мм рт.ст., ДАД ср/сут - $81,3 \pm 6,4$ мм рт.ст. На фоне лечения ($n=20$) - $125,5 \pm 12,3$ и $78,3 \pm 6,6$ мм рт.ст. соответственно ($p > 0,05$). В группе гипертензии ($n=15$) САД ср/сут и ДАД ср/сут исходно составили $133,5 \pm 11,5$ и $83,2 \pm 6,3$ мм рт.ст. соответственно. На фоне лечения АД снизилось недостоверно: $128,3 \pm 13,1$ и $79,6 \pm 6,8$ мм рт.ст. В группе нормотонии ($n=5$) исходное среднесуточное САД и ДАД составило: $120,0 \pm 4,2$ и $75,6 \pm 1,4$ мм рт.ст. соответственно. На фоне лечения АД также недостоверно снизилось: $117,8 \pm 4,1$ и $74,4 \pm 4,0$ мм рт.ст. В группе гипертензии ($n=15$) у 9 пациентов был отмечен достоверный гипотензивный эффект, у 5 – значимого изменения АД не произошло, и у 1 пациента отмечено повышение АД. В группе нормотонии ($n=5$) у 2 пациентов АД недостоверно снизилось, у 2 – АД не изменялось и у 1 больного АД незначительно повысилось

Заключение:

Дилтиазем не оказал достоверного гипотензивного эффекта ни в общем по группе, ни в группах гипертензии и нормотонии по отдельности. Имела место лишь тенденция к снижению АД

8.8. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Суровцева М.В., Козиолова Н.А., Ельцова М.А., Чернявина А.И., Скворцова Л.А.

ПЕРМСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

оценить динамику показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных стабильной стенокардией (СС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне терапии ивабрадином.

Материалы и методы:

обследовано 11 больных СС в сочетании с ГБ до и после лечения ивабрадином в комплексной терапии. Длительность терапии ивабрадином - 6 месяцев. Доза ивабрадина варьировала от 5 мг до 10 мг в сутки. В состав комплексной терапии входили периндоприл, бисопролол, аспирин, симвастатин. Всем пациентам было проведено СМАД до и после лечения.

Результаты:

достоверных различий по среднесуточному, дневному и ночному САД в ходе лечения не выявлено. Отмечено снижение среднесуточного ДАД, а также за день и ночь ($p < 0,05$). Достоверно уменьшились ИВСАД и ИВДАД в ночные часы ($p < 0,05$). При анализе суточного профиля АД отмечено увеличения числа пациентов с нормальным снижением АД в ночные часы («dipper») с 27,2% до 45,5% и снижение числа больных, которые относились к группе «over-dipper» - с 18,1% до 9,9% ($p < 0,05$). При анализе динамики вариабельности САД и ДАД зарегистрировано ее снижение в дневное время ($p < 0,05$).

Заключение:

на фоне 6 месяцев терапии ивабрадином в комплексном лечении больных СС в сочетании с ГБ отмечена достоверная динамика среднесуточного ДАД, а также ДАД за день и ночь, что сопровождалось нормализацией двухфазного ритма АД, характеризующееся увеличением числа пациентов с нормальным снижением АД в ночные часы и уменьшением числа больных с избыточным ночным снижением АД. Ивабрадин оказывает нормализующее влияние на вариабельность дневного САД и ДАД, и на показатель ИВ САД и ИВ ДАД в ночное время.

8.9. ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Хлопина И.А.

СГМУ, КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Введение:

После коронарного шунтирования (КШ) усиление кро-

вотока в эпикардиальных слоях жизнеспособного миокарда у больных без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе будет препятствовать ремоделированию левого желудочка (ЛЖ), а у пациентов, перенесших ИМ до операции, позволяет сокращать зону постинфарктного рубца.

Материалы и методы:

Динамика функционального состояния миокарда была изучена у 71 больных артериальной гипертонией (АГ) после КШ с помощью доплер-эхокардиографии на аппарате «Аloka-4000» (Япония). Оценивали параметры: конечно - диастолический размер (КДР), конечно - диастолический объем (КДО), ударный объем (УО), фракцию изгнания (ФИ), массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ). Средний возраст пациентов на день операции составил $53,9 \pm 6,71$ лет. В основном в эту группу вошли мужчины 84,5%. Среднее число шунтов было $3,5 \pm 0,94$. Длительность АГ в анамнезе превышала 5 лет у всех пациентов. Больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 24 пациента с АГ, во 2-ю группу вошли 47 пациентов с АГ и перенесенным ИМ до операции.

Результаты:

До операции наименьшие объемные и линейные показатели ЛЖ были выявлены у больных 1 группы. У пациентов 2 группы данные показатели были несколько выше и не превышали норму, что отражает умеренные изменения постинфарктного моделирования. Через 3 года после КШ у больных 2-й группы увеличились диастолические размеры ЛЖ (КДР с 5,45 до 5,65 см, $p < 0,05$ и КДО с 146,6 до 159,9 мл, $p < 0,001$), что сопровождалось улучшением ФИ ЛЖ с 56,8% до 59,3%, $p < 0,05$ и УО с 82,3 до 93,2 мл, $p < 0,001$ и увеличением ММЛЖ с 258 до 296 г, $p < 0,05$. У пациентов 1 группы наблюдения имелись тенденции к уменьшению ММЛЖ – с 254 до 248 г, КДР с 5,33 до 5,19 см и КДО с 140,4 до 131,6 мл. ФИ ЛЖ сохранялась на уровне 60,7% - 59,4%.

Заключение:

У больных, перенесших ИМ, положительная динамика УО регистрировалась даже в условиях прогрессирующей дилатации полости ЛЖ. Вместе с тем у больных с АГ без ИМ размеры ЛЖ приближаются к оптимальным, что свидетельствует об обратимости ГЛЖ при своевременном проведении КШ.

8.10. ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Шелковникова Т.А.

НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН

Введение:

Операция АКШ является только этапом в комплексном лечении ИБС, так как она не устраняет основных причин заболевания. Клиническая эффективность данной операции в значительной степени определяется реабилитационной программой направленной на закрепление результатов оперативного лечения. Особенно высока

роль медикаментозной терапии при наличии сочетанной патологии, в частности артериальной гипертонии, поскольку эффективный контроль АД играет значимую роль в прогрессировании ИБС. Целью нашего исследования было изучение различных вариантов течения ИБС в зависимости от проводимой гипотензивной терапии в течение 3-5 лет после КШ.

Материал и методы:

Анализ проводился у 65 пациентов. Критериями включения в исследование являлись больные ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (1-3 степени), перенесшие операцию аортокоронарного шунтирования. Не включались пациенты с симптоматическими АГ, сердечная недостаточностью 4 ФК по NYHA, сахарным диабетом. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 0,9$ лет. Сроки заболевания ИБС на момент реваскуляризации миокарда колебались от 6 месяцев до 15 лет, в среднем $4,5 \pm 0,5$ лет. По данным селективной коронарографии у 61 (93,8%) пациента диагностирован многососудистый стенозирующий атеросклероз. Отмечено более частое атеросклеротическое поражение передней нисходящей артерии, реже огибающей артерии. Общее количество наложенных шунтов составило 174, из них маммарокоронарных шунтов (МКШ) – 73, аортокоронарных (АКШ) – 101. Аортокоронарные шунты в большинстве случаев (98,0%) были представлены аутовенами (большая подкожная вена нижней конечности). Среднее количество шунтов на 1 человека составило $2,6 \pm 0,1$. Всем пациентам было проведено СМАД на фоне проводимой терапии, эхокардиография, коронароангиография-шунтография.

Результаты:

За период наблюдения постоянно принимали гипотензивную терапию только 44 (67,9%) пациента. В качестве лекарственных препаратов использовались БАБ (у 19 пациентов, 43,1%), комбинация БАБ и иАПФ (у 22, 50,0%), антагонисты Са (у 3 пациентов, 6,9%). Остальные больные (21 человек, 32%) гипотензивное лечение не получали, использовали только антиагреганты и метаболические препараты. В зависимости от варианта лечения пациенты были разделены в 3 группы (больные, использовавшие в качестве гипотензивных препаратов антагонисты Са, не были включены в исследование в связи с небольшим количеством). Следует подчеркнуть, что пациенты достоверно не различались в группах по давности коронарного анамнеза и длительности АГ. Через 3-5 лет после аортокоронарного шунтирования не обнаружено достоверных различий показателей суточного мониторинга АД в данных группах, хотя в группе пациентов, не принимавших гипотензивную терапию, цифры САД и ДАД были выше. В группе пациентов, использовавших для лечения комбинацию БАБ и иАПФ, через 3-5 лет после АКШ достоверно ниже был ИММ ЛЖ ($p = 0,04$) по сравнению с пациентами, не принимавшими гипотензивные препараты. При исследовании функции 42 шунтов в группе пациентов, использовавших для лечения иАПФ, через 3-5 лет после АКШ функционировало 34 (80%). В группе пациентов, принимавших БАБ, функционировало 27 (93%) из 29 шунтов, а в группе больных, использовавших для лечения только антиагреганты и метаболические препараты, 26 (68%) из 38, что было достоверно ниже, по сравнению

с группой, использовавшей БАБ ($\chi^2=4,66$ $p=0,03$). Необходимо отметить, что группе пациентов, не принимавших гипотензивную терапию, было больше человек, не использовавших для лечения статины, а в группе больных, использовавших для лечения комбинацию препаратов БАБ и иАПФ, было достоверно меньше курящих пациентов ($p=0,007$).

Заключение:

Таким образом, было получено, что прием гипотензивных препаратов у пациентов с АГ в сочетании с ИБС положительно влияет на количество функционирующих нтов и процессы патологического ремоделирования левого желудочка в отдаленные сроки после АКШ.

8.11. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИО

ЮСУПХОДЖАЕВ Р.В., ЕФРЕМУШКИН Г.Г.

САНАТОРИЙ "БАРНАУЛЬСКИЙ", ПРОФЕССОР АГМУ

Введение:

изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода электросонотерапии (ЭСТ) с помощью аппарата «Адаптон-Слип» на психологический статус больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы:

Обследовано 99 больных ИМ с артериальной гипертензией (АГ). Психологический статус изучался с помощью опросников «Тип отношения к болезни», Хейма, «Индек-

са жизненного стиля» (ИЖС). Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. 25 пациентов посещали гипнотерапию, 20 – проходили ЭСТ, 21 - получал АВС, 33 - контрольная группа.

Результаты:

При поступлении в санаторий у больных ИМ с АГ доминирующим типом отношения к болезни (ТОБ) был эргопатический 35,4%. В конце лечения в контрольной группе различий по ТОБ по сравнению с началом лечения не выявлено. После гипнотерапии уменьшилось использование эргопатического типа ($p<0,01$) за счёт увеличения смешанного ($p<0,05$) и диффузного ($p<0,01$). После электросонотерапии увеличилось применение диффузного типа ($p<0,05$). После курса АВС увеличилось использование эргопатического типа ($p<0,05$) и снизилось применение диффузного ($p<0,01$). По опроснику ИЖС при поступлении у больных ИМ с АГ механизмы психологической защиты (МПЗ) «отрицание», «интеллектуализация», «реактивное образование» ($p<0,001$), «вытеснение» ($p<0,05$) были выше, а «регрессия» и «замещение» ($p<0,05$) – ниже нормы. МПЗ остались неизменными в контрольной и в группе вмешательства на протяжении всего наблюдения в санатории. По опроснику Хейма при поступлении больные ИМ интенсивно использовали адаптивные и относительно адаптивные стратегии. В контрольной и в группе вмешательства в конце реабилитации изменений в использовании копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не выявлено.

Заключение:

Гипнотерапия, ЭСТ, АВС не влияют на МПЗ и копинг-стратегии на санаторном этапе реабилитации.

9. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

9.1. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕЕ

Бабенко А.Ю., Кадинская М.И., Лискер А.В.

ФГУ ФЦ Сердца, крови и эндокринологии
им.В.А.Алмазова, СПбГМУ им.Павлова, ЦКДЛ

Введение:

Влияние трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) на сосуды, частично осуществляется через эндотелий. В пробе с ацетилхолином отмечено увеличение вазодилатации при клиническом тиреотоксикозе (КТ), а в в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии (ПРГПА) - уменьшение. ПРГПА при субклиническом тиреотоксикозе (СТ) – состоянии, характеризующемся низким сывороточным ТТГ и нормальными Т3 и Т4 не изучена.

Материалы и методы:

Нами была проведена оценка данных ПРГПА и уровня фактора Виллебранда (ФВ) у больных с СТ. В исследовании были включены 82 пациента с СТ (средняя длительность СТ - 19,8±1,49 месяца), 7 мужчин и 75 женщин (средний возраст - 45,5±1,37 лет), без заболеваний сердечно-сосудистой системы, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Для оценки изменения диаметра плечевой артерии (ПА) использовали линейный датчик 7,5 МГц ультразвукового аппарата "Vingmed СПМ 800" (Sonotron, Норвегия). Исследование проводили стандартным методом. При оценке ПРГПА условно можно было выделить 3 типа реакций: 1 – нормальная – расширение ПА более чем на 9% к исходному диаметру на 60-й сек; 2 – сниженная – расширение менее чем на 9% или отсутствие расширения на 60 сек; 3 – вазоспастическая – сужение ПА на 60-й сек. Исследование уровня ФВ выполнялось иммунотурбидиметрическим методом (норма составляла 50-160%).

Результаты:

Средний уровень ФВ составил 99,1±2,49%, но у 14,6% больных он существенно превышал норму. Его уровень положительно коррелировал с возрастом ($r=0,41$, $p<0,01$), уровнем Т4 ($r=0,34$, $p<0,05$), уровнем систолического АД (Адс) ($r=0,34$, $p<0,05$) и диастолического АД (Адд) ($r=0,36$, $p<0,05$), а отрицательно - с уровнем ТТГ ($r=-0,28$, $p<0,1$). При оценке ПРГПА нормальная реакция была у 29 человек (35,4%), ослабленная – у 40 (48,8%) и вазоспастическая – у 13 (15,8%) Реактивность ПА отрицательно коррелировала с уровнем Т3 ($r=-0,39$, $p<0,01$) и Т4 ($r=-0,27$, $p<0,01$), а положительно с возрастом больных ($r=0,26$, $p<0,1$).

Заключение:

Таким образом, при СТ имеется гетерогенный ответ в ПРГПА и повышение уровня ФВ, которые определяются

рядом факторов, среди которых возраст, уровень Т3, Т4, ТТГ и АД. Известно, что повышение ФВ при КТ ассоциировано с высоким риском тромбозов и тромбоэмболий и можно предполагать, что выявленные изменения могут объяснять повышенную сердечно-сосудистую смертность при СТ.

9.2. ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ

Баулина Е.А., Ивачева Н.А., Баулин А.А., Баулин В.А.

13 Клиническая больница, Москва, Пензенский ГИУВ

Введение:

АГ у 9-11% пациентов зависит от нарушений в эндокринной системе.

Материалы и методы:

Диагноз выставлялся на основании клинической картины, которая чаще соответствовала синдрому Иценко-Кушинга или Кона. Изучение кортизола было мало информативно, только у 4 больных из 121 отмечено повышение в 1,5-2,5 раза. Ультразвуковым исследованием подтверждали опухоли диаметром 2-3 см и более. Наиболее информативна КТ и ЯМРТ. Хирургами наблюдалось 121 больной, оперировано – 116, мужчин было 21, женщин – 95, возраст от 26 до 67 лет, с малыми опухолями и узелковой гипертрофией – 37.

Результаты:

Оперировали классически и эндоскопически. Даже при малых опухолях и узелковом перерождении мы получали выраженный эффект уже во время операции на этапе пересечения центральной вены надпочечника. У одной больной было критическое падение давления до 60 мм рт.ст., которое восстановилось под действием глюкокортикоидов через 7 минут. У 3 больных отмечался смешанный шок. В послеоперационном периоде у одной больной был подъем сахара крови выше 30 ммоль на литр (выздоровление), у одной преходящая полиурия. По совокупности данных мы пришли к выводу, что у 56 это была альдостерома, у 38 – феохромоцитома, у 18 – кортикостерома и у 4 – тестостерома. При гипертензионном синдроме у всех больных был получен хороший эффект без пиковых подъемов. Медикаментозная коррекция АД производилась на всех этапах лечения. Длительную заместительную гормональную терапию получали только 2 пациентки. Нет достаточно основательной помощи от патогистологов и лаборантов в морфологической и лабораторной диагностике.

Заключение:

В алгоритм обследования больных, особенно с высоким артериальным давлением, должна входить КТ или ЯМРТ надпочечников. Разъяснительная работа среди врачей

терапевтов, эндокринологов привела к более частому выявлению гормонально активных опухолей надпочечников.

9.3. ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТОБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

БЕГДАМИРОВА А.А.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение:

Целью настоящего исследования явилось изучение гемодинамического и метаболического эффектов фозиноприла (моноприл Бристол –Майерс Сквибб, Италия) у больных АГ с МС

Материалы и методы:

В исследование были включены 65 больных АГ I-II ст, с МС, в возрасте от 45 до 55 лет. Было проведено следующее обследование: определены уровень глюкозы, креатинина, липидов, печеночных ферментов в крови, микроскопическое исследование мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, осмотр глазного дна, суточное мониторирование артериального давления (АД), а также отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ) наличие абдоминального ожирения (АО), индекс массы тела (ИМТ). Всем больным первоначально была назначена фозиноприл в дозе 10 мг в сутки с последующим повышением до 20 мг/сут. при недостаточной антигипертензивной эффективности. Длительность наблюдения более 3 месяцев.

Результаты:

Во время обследования были обнаружены следующие изменения у больных АГ с МС. АО встречалось в 85% случаев среди больных АГ II ст и сочетанием МС, что сочеталось с достоверно более высокими показателями об.ХС, ТГ, и достоверно низкая уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) ($0,90-1,1$ моль/л). В группе больных выявлена прямая зависимость уровня ТГ-ов ($r=0,4$, $P<0,05$) и мочевого кислоты ($r=0,4$, $P<0,001$) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС-ЛПВП от ИМТ ($r=0,4$, $P<0,005$). Результаты лечения показали, на фоне фамокотерапии фозиноприлом через 2 недели обнаружено достоверное снижение систолического АД (САД) на 38% (от $174,3 \pm 12,5$ до $134,5 \pm 17,2$) а диастолическое давление (ДАД) на 25% ($100,1 \pm 8,3$ до $85,1 \pm 6,8$) от исходных показателей. По данным суточного мониторирования артериального давления в период сна данные показатели уменьшились на 27,3 и 24,2% соответственно ($P<0,001$). Гипотензивная эффективность препарата не зависела от возраста и пола больных. Динамика изменений КСР, КДР, увеличение ФВ на 8,4% свидетельствовали об улучшении релаксации левого желудочка. По окончании наблюдения у больных тест с физической нагрузкой значительное увеличение толерантности к физической нагрузке. На фоне приема фозиноприла у больных отмечено улучшение самочувствия: уменьшилась головная боль, головокружение, исчезли сердцебиение и общая слабость. При этом у пациентов отмечено снижение гликемии, что свидетельствует о росте чувствительности к инсулину на фоне лечения

фозиноприлом. Наряду с этими результатами у больных АГ с МС получавших гипотензивный препарат – фозиноприл, отмечалось положительная динамика в липидном спектре.

Заключение:

Таким образом, преимуществом иАПФ перед некоторыми другими классами антигипертензивных лекарственных являются

9.4. РАННИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

БУНОВА С.С., КУЗЮКОВА А.А., ОСТАПЕНКО В.А., НЕЛИДОВА А.В., НИКОЛАЕВ Н.А.

ОМСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Цель исследования – определение ранних маркеров нарушений системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением.

Материалы и методы:

В исследование включено 109 больных артериальной гипертензией (АГ) 1-2 стадии, 1-3 групп риска, из них 80 женщин и 29 мужчин, средний возраст пациентов $47,9 \pm 0,7$ лет, средняя длительность заболевания $11,3 \pm 0,9$ года. Всем пациентам проводился расчёт ИМТ, определялись протромбиновый индекс (ПТИ), протромбиновое отношение (ПО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, уровни фибриногена, антитромбина III, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), XII фибринолитического фактора, XIII фактора свёртывания крови, коллаген-, ристомидин- и АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов и спонтанная агрегация тромбоцитов.

Результаты:

В процессе исследования все пациенты были разделены на 3 группы: 23 пациента с АГ и нормальным весом ($-18,5 \leq \text{ИМТ} < 25$), средний возраст $48,1 \pm 1,1$ лет; 30 пациентов с АГ и избыточным весом ($-25 \leq \text{ИМТ} < 30$), средний возраст $47,4 \pm 1,6$ лет; 56 пациентов с АГ и ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30$), средний возраст $48,1 \pm 0,9$ лет. В процессе статистической обработки данных при сравнении полученных показателей в 3 группах с помощью критерия Краскела-Уоллиса с поправкой Бонфферони установлено, что диагностически значимых различий изучаемых показателей между 1 и 2 группами выявлено не было. Это позволило объединить данные группы в одну. При выявлении различий показателей системы гемостаза в группе с нормальной и избыточной массой тела ($18,5 \leq \text{ИМТ} < 30$) и группе пациентов с ожирением (по критерию Манна-Уитни) были выявлены диагностически значимые различия по показателям РФМК ($z=-2,05$, $p\text{-level}=0,04$) и коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов ($z=2,21$, $p\text{-level}=0,03$). Данные показатели увеличивались ранее других у пациентов с АГ в сочетании с ожирением, так среднее значение РФМК составило $7,23 \pm 0,73$; среднее значение коллаген-индуцированной агрегации тромбо-

цитов составило $59,6 \pm 5,31$, что существенно превышало нормальные значения.

Заключение:

РФМК и коллаген-индуцированная агрегация тромбоцитов являются ранними маркерами формирования тромбоза у пациентов с АГ в сочетании с ожирением и могут использоваться в качестве скрининговых маркеров нарушений системы сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением.

9.5. ЭНДОТЕЛИЙПРОТЕКТИВНЫЕ И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРА АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГАФУРОВА З.Р., ЗАКИРОВА А.Н.

РЕПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР,
ГОУ ВПО «БГМУ» РосЗДРАВА

Введение:

Дать сравнительную оценку влияния эпросартана и нифедипина XL у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) на функциональное состояние эндотелия и почек.

Материалы и методы:

Исследование выполнено у 69 больных АГ I-II степени с МС, которые рандомизированы на 2 группы. Эпросартан (Теветен, «Солвей Фарма») принимали 35 пациентов, а нифедипин XL (Нифекард XL, «ЛЕК») получали 34 больных. При недостаточном эффекте через 8 недель присоединяли индапамид (Акридипин, АО «Акрихин»). Длительность лечения составила 6 месяцев. Функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии с помощью ультразвука, уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) определяли радиоиммунным методом. Функциональный почечный резерв (ФПР) исследовали методом острой белковой нагрузки по процентному приросту клиренса эндогенного креатинина. Экскрецию β 2-микроглобулина (β 2-МГ) и уровень микроальбуминурии (МАУ) в суточной моче изучали радиоиммунным методом.

Результаты:

Установлено, что как эпросартан, так и нифедипин XL при длительном приеме способствовали восстановлению нарушений функции эндотелия, улучшая ЭЗВД плечевой артерии ($88,2; 36,5\%$; $p < 0,01$), однако, сосудистые эффекты эпросартана были более значимыми ($p < 0,05$). Длительный прием эпросартана приводил к существенному уменьшению на 35% экскреции ЭТ-1, а при использовании нифедипина XL отмечена лишь тенденция к снижению. Частота МАУ при долгосрочной терапии эпросартаном снизилась более чем в 2 раза, а при использовании нифедипина XL только на 24%. Применение эпросартана при длительной терапии оказалось достаточно эффективным и в отношении влияния на суточную экскрецию с мочой β 2-МГ, параметры которого через 6 месяцев

уменьшились на 36,5% и приблизились к контрольным значениям. Эпросартан существенно на 68,7% повысил ФПР, а нифедипин XL не влиял на эти нарушения.

Заключение:

При сравнительной оценке сосудистых и нефропротективных эффектов эпросартана и нифедипина XL у больных АГ с МС установлено преимущество эпросартана по влиянию на функцию почек и выраженность МАУ, воздействию на эндотелиальную функцию через ингибирование секреции ЭТ-1.

9.6. ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛЛАГЕН- И ТРОМБИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ГРУЗДЕВА О.В., КРЕМЕНО С.В., СУСЛОВА Т.Е.,
КОШЕЛЬСКАЯ О.А., ФЕДОРОВА Т.С.

ГУ НИИ КАРДИОЛОГИИ ТОМСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
СО РАМН

Введение:

Изучить взаимосвязь коллаген- и тромбин-индуцированной агрегации тромбоцитов и показателей углеводного обмена у больных с сочетанием артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа

Материалы и методы:

Обследовано 14 больных с сочетанием артериальной гипертензии и сахарным диабетом 2 типа и 10 здоровых доноров. Тромбоциты выделяли из богатой тромбоцитами плазмы путем центрифугирования по методу Chia et al., 2004. Агрегационную активность тромбоцитов оценивали на анализаторе «Биола». Для индукции агрегации использовали коллаген и тромбин в конечных концентрациях 2 мг/мл и 0,5 ед/мл. Уровень глюкозы, гликированного гемоглобина (HbA1), С-пептида определяли с использованием специальных тест-систем

Результаты:

У больных обнаружено увеличение содержания HbA1, базального и постпрандиального уровня глюкозы и С-пептида по сравнению со здоровыми донорами. В группе больных отмечалось увеличение коллаген и тромбин-индуцированной агрегации тромбоцитов по сравнению со здоровыми донорами, что свидетельствует о повышенной чувствительности тромбоцитов больных к коллагену и тромбину. У больных установлена прямая корреляционная связь между уровнем HbA1 и скоростью коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов по кривой светопропускания ($0,59$ $p=0,03$), а также степенью тромбин-индуцированной агрегации по кривой светопропускания ($0,8$ $p=0,017$). Обнаружена положительная связь между базальным уровнем С-пептида и степенью и скоростью коллаген- и тромбин-индуцированной агрегации по кривой светопропускания ($0,9$ $p=0,003$ и $0,7$ $p=0,02$; $0,86$ $p=0,02$ и $0,54$ $p=0,02$ соответственно)

Заключение:

Таким образом, повышение чувствительности тромбоцитов к тромбину и коллагену у больных с сахарным диабетом связано с изменением функционирования рецепторов тромбоцитов к индукторам агрегации и, возможно, обусловлено хронической гипергликемией и инсулинорезистентностью

9.7. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД

Корнеева О.Н., Драпкина О.М., Корнеев Н.В., Дерлятко А.Т.

ММА им. И.М. Сеченова, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

Введение:

Цель исследования: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ) при метаболическом синдроме (МС) по данным суточного мониторирования АД (СМАД)

Материал и методы:

В исследование включено 60 пациентов МС (IDF, 2005) от 21 до 65 лет (36 муж, 24 жен). ОТ(жен)=108,8±10,1 см, ОТ(муж)=113,9±10,9 см; ИМТ - 33,4±4,9 кг/м²; инсулинорезистентность (ИР) по методу НОМА=5,82±3,64. 88,3 % больных (n=53) МС имели АГ. Группу контроля составили 20 больных с АГ без абдоминального ожирения (АО). Обследование включало физикальный осмотр, биохимический анализ крови, инсулин крови, ЭКГ, ЭХОКГ, СМАД.

Результаты:

По данным СМАД особенностями АГ при МС являются: систолодиастолическая АГ днем; систолическая АГ ночью; повышение индексов гипертонической нагрузки (индекс времени) в дневные и ночные часы по САД и ДАД; повышение пульсового АД (ПАД), для всех показателей $p < 0,028$. Нарушение суточного профиля АД в виде преобладания нон-дипперов характерно для АГ при МС, в группе контроля преобладали дипперы (50%), $p = 0,0001$. Недостаточное снижение АД в ночные часы регистрируется не только у больных МС с АГ, но и у больных МС без АГ (58% пациентов с МС - нон-дипперы). Показатели вариабельности АД в группе МС с АГ и в группе контроля не превышали нормы.

Заключение:

Особенности АГ у больных МС при СМАД определяются патогенетическими связями ИР и АГ и обусловлены наличием: систолодиастолического характера АГ днем; систолической АГ ночью с повышением индексов гипертонической нагрузки днем и ночью, пульсового АД; нарушением суточного профиля АД с недостаточным снижением АД ночью не только у больных МС с АГ, но и у больных МС без АГ. Данные СМАД подтверждают высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у больных МС с АГ в сравнении с лицами с АГ без АО.

9.8. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И СИНДРОМ АПНОЭ-ГИПОПНОЭ ВО СНЕ У МУЖЧИН

Лышова О.В., Есауленко И.Э., Иванникова Л.В., Смольянинов С.В., Тимошенко Л.М.

ГОУ ВПО "ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ и СР РФ", Госпиталь ФГУЗ "МСЧ ГУВД ВО"

Введение:

Цель: сравнить показатели ночного кардиореспираторного мониторирования у мужчин с артериальной гипертензией (АГ), в зависимости от метаболических нарушений.

Материалы и методы:

20 мужчин (30-52 лет) с диагнозом: гипертоническая болезнь I-II стадии, степень АГ 2-3 и давностью заболевания от 2 до 14 лет (в среднем 6,3±0,8 лет) составили две группы наблюдения. В 1-ю группу вошли 12 мужчин, средний возраст 41,1±2,1 лет с ожирением (индекс массы тела 35,9±1,6; объём талии 122,6±5,3 см; объём шеи 46,0±1,1 см), с дислипидемией (в 100% случаев), нарушением толерантности к глюкозе (33%), гиперурикемией (50%). Во 2-ю группу вошли 8 мужчин, средний возраст 43,6±2,1 лет без ожирения и метаболических нарушений. Всем пациентам проводили полифункциональное холтеровское мониторирование на системе «Кардиотехника-06» (ИНКАРТ, С-Пб.), позволяющей одновременно регистрировать ЭКГ, реопневмограмму, двигательную активность и положение тела, сатурацию кислорода и поток воздуха на уровне носа. Анализ полученных результатов проводили в автоматическом и визуальном режиме.

Результаты:

В 1-й группе чаще регистрировались эпизоды апноэ (А), во 2-й – эпизоды гипопноэ (Г). В обеих группах преобладали нарушения дыхания обструктивного генеза. Более высокие значения индекса А-Г регистрировались в 1-й группе (17,8±3,7 и 7,8±2,8; $p = 0,06$). У 6 человек (по 3 в каждой группе) эти значения были менее 5. Межгрупповые различия по базовому уровню кислорода, по количеству эпизодов А-Г, сопровождающихся десатурацией (более 4%), а также по минимальному и среднему уровню кислорода были недостоверными. У пациентов 1-й группы большее количество эпизодов А-Г сопровождалось храпом (53,4±6,3 % и 26,0±7,9 %; $p = 0,02$).

Заключение:

Вопросы распространённости сочетанных нарушений регуляции дыхания во сне и метаболических нарушений при АГ требуют дальнейшего всестороннего изучения. Широкое внедрение отечественных холтеровских систем нового поколения будет способствовать проведению исследовательских работ в этом направлении.

9.9. ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

МАКУШЕВА М.В., КИЛЕЙНИКОВА Д.В.

ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ТГМА

Введение:

Изучить влияние компенсации первичного гипотиреоза (ПГ) на уровень артериального давления (АД) у больных ПГ с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы:

Обследован 217 больной (мужчин-34, женщин-183, средний возраст 53,5 года ПГ и сопутствующей АГ получавших в качестве заместительной терапии левотироксин натрия и стандартную гипотензивную терапию в виде ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппарата «Кардиотехника-04», с определением АД днем (д) и ночью (н), а также определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина (Т4св) в крови.

Результаты:

Больные были разделены на 3 группы в зависимости от компенсации тиреоидного статуса (ТС). 1-ю группу составили 74 больных в состоянии компенсации, средний уровень ТТГ 1,5 мМЕ/л, Т4св 14,9 пмоль/л; 2-ю – 57 больных субклиническим ПГ, средний уровень ТТГ 6,0 мМЕ/л, Т4св 14,5 пмоль/л; 3-ю – 86 больных с декомпенсированным гипотиреозом, средний уровень ТТГ 12,2 мМЕ/л, Т4св 8,3 пмоль/л; группы были сопоставимы по полу и возрасту и существенно различались по уровню ТТГ (все $p < 0,001$). У больных 1-й группы уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) на протяжении суток соответствовал норме (САДд 130,0 [123,0; 141,9], САДн 120,3 [114,4; 125,0]; ДАДд 79,2 [75,3; 84,3], ДАДн 72,9 [67,0; 78,0] мм рт.ст.). Показателю с больными 1-й группы (САД 147,6 [136,0; 156,2], САДн 134,1 [126,8; 138,0], ели САД у больных 2-й группы значимо не отличались от показателей больных 1-й группы. Показатели ДАД были значимо выше (ДАДд 86,3 [79,0; 86,6], ДАДн 77,3 [74,0; 79,2] мм рт.ст.; $p < 0,05$). Для больных 3-й группы выявлены значимые отличия как для показателей САД, так и ДАД по сравнению с 1-й группой (САДд 86,3 [82,9; 93,6], ДАДд 80,7 [75,2; 83,2] мм рт.ст, все $p < 0,001$).

Заключение:

При нарастании декомпенсации ТС у больных ПГ, с сопутствующей АГ, имеется тенденция к повышению уровня САД и ДАД.

9.10. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

МОГУТОВА П.А., ПОТЕШКИНА Н.Г., АРАКЕЛЯН М.С.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва

Введение:

Ремоделирование сердца при АГ включает развитие не только гипертрофии ЛЖ, но и фиброза. АГ – частый спутник СД типа 2. Доказано, что при СД типа 2, даже без АГ, имеет место и гипертрофия кардиомиоцитов, и рост интерстициального компонента, что сопровождается диастолической дисфункцией ЛЖ (ДД ЛЖ). ДД ЛЖ – одна из причин, способствующих дилатации левого предсердия (ЛП), и, как результат, увеличению риска фибрилляции предсердий (ФП). Цель: изучить взаимосвязь ДД ЛЖ с ФП у больных СД типа 2 в сочетании с АГ.

Материалы и методы:

Обследовано 76 пациентов. Сформировано 2 группы: 33 пациента с СД типа 2 в сочетании с АГ 1-3 степени I-II стадии (I группа) и 43 пациента с АГ (II группа). Группы сопоставимы по возрасту, стажу АГ и ЧСС на момент исследования ($p > 0,05$). Всем пациентам проведено длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ) и эхокардиографическое исследование, в том числе импульсно-волновое доплеровское исследование с определением отношения максимальной скорости раннего пика Е к максимальной скорости предсердной систолы А (Е/А), времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT) и времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT).

Результаты:

В обеих группах наблюдалось снижение показателя Е/А ($0,99 \pm 0,27$ (I группа) и $0,92 \pm 0,18$ (II группа), $p = 0,197$), увеличение DT ($216,84 \pm 38,27$ (I), $218,72 \pm 44,55$ (II), $p = 0,85$) и увеличение IVRT ($75,25 \pm 14,35$ и $81,0 \pm 11,70$ соответственно, $p > 0,07$) по сравнению с референтными показателями. При этом между группами наблюдались достоверные отличия по диастолическому размеру ЛП ($3,67 \pm 0,45$ (I) и $3,98 \pm 0,69$ (II), $p = 0,027$). В анамнезе и по результатам ХМ ЭКГ пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы у 1 пациента в I и у 14 пациентов во II группе.

Заключение:

Диастолическая дисфункция ЛЖ по типу нарушения релаксации имеет место у больных СД типа 2 в сочетании с АГ и изолированной АГ. Размер ЛП у пациентов с АГ достоверно больше, чем у больных СД типа 2 в сочетании с АГ, что объясняет большую частоту развития ФП. Не исключено, что при СД типа 2 и АГ, интерстициальный компонент более выражен, чем при изолированной АГ, что, несмотря на диастолическую дисфункцию и гемодинамическую нагрузку, препятствует растяжению ЛП и снижает риск развития ФП у этой категории больных.

9.11. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

НЕДОГОДА С.В., БРЕЛЬ У.А., ЦОМА В.В., ЧАЛЯБИ Т.А., ЗАРЕМБА Д.В., ПОДОЛЬСКАЯ Е.А., МАЗИНА Г.Г.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Введение:

Сравнение эффективности фиксированных комбинаций периндоприл+индапамид СР (4 мг/1.25 мг), эналаприл+гидрохлортиазид (2 мг/12,5 мг) и каптоприл+гидрохлортиазид (50мг/25мг) на уровень артериального давления (АД), скорость распространения пульсовой волны (СПВ), метаболизм глюкозы у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы:

В исследование были включены 60 пациентов (ИМТ более 30 кг/м²) с метаболическим синдромом и АГ I и II степени (95 мм рт.ст. < ДАД < 110 мм рт.ст.). Пациенты получали следующие фиксированные комбинации: периндоприл + индапамид СР (4/1.25 мг), эналаприл + гидрохлортиазид (20/12.5 мг) или каптоприл + гидрохлортиазид (50/25 мг) в соответствии с протоколом двойного слепого исследования в течение 12 недель. Исходно и в конце 12-недельной терапии были оценены уровень АД, СПВ, ГЛЖ, тест на толерантность к глюкозе, калий крови.

Результаты:

Комбинация периндоприл+индапамид СР более эффективно снижала уровни САД и ДАД (14.8%/-12.9%) в сравнении с комбинациями эналаприл+гидрохлортиазид (13.8%/-9.9%) и каптоприл+ гидрохлортиазид (11.3%/-7.5%). СПВ значительно снижалась при терапии комбинацией периндоприл+индапамид СР (с 12.9±3.1 до 10.8±2.9 м/с, p<0.01), в то время как не изменялась достоверно на фоне приема комбинаций эналаприл+гидрохлортиазид и каптоприл+гидрохлортиазид. ГЛЖ значительно уменьшалась при приеме комбинации периндоприл+индапамид СР (с 1.2±0.1 мм до 1.0±0.08 мм), в то же время комбинации каптоприл+гидрохлортиазид и эналаприл+гидрохлортиазид вызывали менее выраженное уменьшение ГЛЖ (с 1.2±0.1 мм до 1.1±0.1 мм, и с 1.1±0.1 до 1.0±0.1 мм соответственно, p<0.01). Уровень калия не изменялся при приеме комбинации периндоприл+индапамид СР (исходно 4.9 ± 0.4, после лечения 4.9 ± 0.4 ммоль/л, p > 0.01), при приеме комбинации эналаприл+гидрохлортиазид и каптоприл+ гидрохлортиазид уровень калия снизился (с 4.8±0.4 до 4.6±0.3 ммоль/л, p<0.01 и с 3.6±0.2 до 3.4±0.1 ммоль/л, p > 0.01 соответственно).

Заключение:

У пациентов с МС комбинация периндоприл+индапамид СР более эффективно снижала уровень АД, улучшала резистентность к инсулину, метаболизм глюкозы и эластичность сосудов, в то время как комбинации эналаприл+гидрохлортиазид и каптоприл+ гидрохлортиазид не оказывали на эти показатели достоверного положительного эффекта.

9.12. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА СР И ГИДРОХЛОРТИАЗИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Недогода С.В., Чаляби Т.А., Брель У.А., Цома В.В., Заремба Д.В., Подольская Е.А., Мазина Г.Г.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Введение:

Сравнить эффективность индапамида СР и гидрохлортиазид по влиянию на уровень артериального давления (АД), скорость распространения пульсовой волны (СПВ) и метаболизм глюкозы у больных артериальной гипертензией (АГ) и ожирением.

Материалы и методы:

В исследование были включены 40 пациентов с ИМТ≥30 кг/м² и АГ I и II степени (95 мм рт.ст.< ДАД<110 мм рт.ст.). Согласно протоколу двойного слепого исследования пациенты одной группы получали монотерапию индапамидом СР 1,5 мг/сут, пациенты второй группы - гидрохлортиазидом 12,5 мг/сут. Исходно и после 12-недельной монотерапии препаратами были оценены АД, СПВ, уровень калия, тест на толерантность к глюкозе.

Результаты:

Монотерапия индапамидом СР снижала уровень САД и ДАД на: -19.1/-16.2 мм рт.ст, гидрохлортиазидом на -8.2/-8.3 мм рт.ст. соответственно. СПВ достоверно уменьшилась на фоне приема индапамида СР (с 12.9±3.1 до 10.8±2.9 м/с, p < 0,01), в то время как монотерапия гидрохлортиазидом не влияла значительно на СПВ: (уменьшение с 13.1±3.1 до 12.7±3.1 м/с, p.>0,01). Глюкоза натощак и после приема пищи достоверно снизилась на фоне монотерапии индапамидом СР (с 6.5±0.6 до 5.8±0.5 ммоль/л и с 9.1±1.1 до 7.9±0.9 ммоль/л, p<0,01), и повысилась у больных, принимавших гидрохлортиазид (с 6.6±0.7 до 6.0±0.7 ммоль/л и с 8.9±1.1 до 9.9±0.9 ммоль/л, p<0,01 соответственно). Уровень калия не изменился при приеме индапамида СР (с 4,4±0,4 до 4,3±0,4 ммоль/л, p > 0,01), и достоверно снизился после монотерапии гидрохлортиазидом (с 4,5±0,4 до 3,8±0,3 ммоль/л, p < 0,01).

Заключение:

У пациентов с АГ и ожирением, индапамид СР более эффективно снижал уровни САД и ДАД, положительно влиял на обмен глюкозы и эластичность сосудов и не изменял уровень калия. В то время как гидрохлортиазид имел отрицательный эффект на эти показатели. Это позволяет предположить, что Индапамид СР должен рассматриваться как препарат выбора у пациентов с ожирением и АГ.

9.13. ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Руденко Е.В.

ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение:

Оценить скорость артериолярного кровотока и состояние артериол у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) с сопутствующей артериолярной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Основную группу (ОГ) составили 83 больных СД 2 с сопутствующей АГ. Группа сравнения (ГС) включала 80

пациентов эссенциальной АГ, сопоставимых с ОГ по возрастно-половому составу и длительности АГ. Контрольную группу (КГ) составили 63 практически здоровых человека. Проводилась ультразвуковая доплерография микроциркуляторного русла кожи кисти на аппарате «Минимакс-Допплер-К» ООО Минимакс. Измерялись и сравнивались значения линейных скоростных показателей артериолярного кровотока: систолической максимальной скорости (V_s , см/с), средней скорости за средний цикл (V_m , см/с), диастолической максимальной скорости (V_d , см/с).

Результаты:

Показатели линейной скорости артериолярного кровотока у лиц КГ составили: V_s -13,2±0,94; V_m -7,3±0,38; V_d -4,3±0,04 см/с. У пациентов ОГ их значения составили соответственно: V_s -8,6±0,11; V_m -4,6±0,09; V_d -3,1±0,08 см/с. В ГС: V_s -17,7±0,65; V_m -9,1±0,38; V_d -8,7±0,66 см/с. Наименьшая скорость кровотока в артериолах фиксировалась в ОГ (все $p < 0,05$ по сравнению с КГ и ГС), наивысшая – в ГС (все $p < 0,05$ по сравнению с КГ и ОГ). В ОГ выявлена сильная отрицательная корреляция между длительностью СД 2 и V_m ($r = -0,77$; $p < 0,001$), и умеренная корреляция cV_s и V_d ($r = -0,72$; $p < 0,001$) и ($r = -0,61$; $p < 0,001$) соответственно. В ГС выявлена умеренная положительная корреляция между длительностью АГ и V_s ($r = 0,70$; $p < 0,001$); V_m ($r = 0,44$; $p < 0,002$); V_d ($r = 0,50$; $p < 0,002$).

Заключение:

Так как линейная скорость кровотока обратно пропорциональна калибру сосуда, можно полагать, что диаметр артериол у больных СД 2, несмотря на наличие у них АГ, значительно шире, чем в КГ и ГС. При увеличении длительности СД 2 скорость кровотока в артериолах заметно снижается. В ГС артериолы значительно сужены. Отмечено усиление вазоконстрикции при увеличении длительности АГ. Следовательно, в основе развития АГ у больных СД 2 лежит не вазоконстрикция, а другие механизмы.

9.14. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ И ГИПОТИРЕОЗОМ

НЕФЕДОВА Е.В., КУРИЛЬСКАЯ Т.Е., РУНОВИЧ А.А.

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, ИРКУТСК

Введение:

Определить частоту выявления артериальной гипертензии (АГ) как фактора риска острых и хронических цереброваскулярных заболеваний у женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и гипотиреозом (ГТ).

Материалы и методы:

Обследовано 85 женщин с АИТ и ГТ, получавших заместительную гормональную терапию L-тироксин. Длительность заболевания составляла от 1 года до 18 лет. Все обследованные больные распределены в 2 группы: I группа - 39 (46%) женщин в возрасте от 18 до 45 лет (молодые); II группа - 46 (54%) женщин в возрасте от 45 до 62 лет, находившихся в пери- и постменопаузе. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ВНОК (2004г.).

Всем пациенткам проводили клинико-неврологическое и нейропсихологическое (MMSE, проба на запоминание 10 слов, тест Спилбергера) обследование.

Результаты:

У больных АИТ и ГТ среднего и старшего возраста выявление АГ на момент обследования было достоверно выше (65%), чем у больных молодого возраста (31%). Гипертонические кризы и транзиторные ишемические атаки отмечены в анамнезе у 5 (13%) пациенток молодого возраста и у 20 (43%) женщин среднего и старшего возраста. Ишемический инсульт в анамнезе у больных выявлен в обеих группах (2% и 9% соответственно). Легкие когнитивные нарушения обнаруживались у 10 (26%) пациенток I группы и у 21 (46%) - II группы, умеренно выраженные когнитивные расстройства – у 18 (39%) больных II группы. В обеих группах отмечен повышенный уровень личностной тревожности (59% и 76% соответственно) и депрессии (36% и 48% соответственно).

Заключение:

АГ является фактором риска развития цереброваскулярной патологии у женщин молодого и среднего возраста с АИТ и ГТ. Раннее выявление и лечение АГ наряду с коррекцией дефицита тиреоидных гормонов является актуальной задачей для профилактики сосудистых когнитивных нарушений у женщин в пери- и постменопаузе

9.15. ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА И МЕТФОРМИНА В КОМБИНАЦИИ С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭГ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ШАКИРОВА Н.Ш., ЗАКИРОВА Ф.А., СРОЖИДИНОВА Н.З., ЕЛИСЕЕВА М.Р.

ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, УЗБЕКИСТАН, ТАШКЕНТ

Введение:

Изучить органопротективную эффективность моксонидина и метформина в комбинации с амлодипином у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы:

В исследование включены 39 больных ЭГ-III степени (ВОЗ/МОГ 1999), мужчины, в среднем возрасте 50,31±10,28 лет с МС. Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Масса миокарда левого желудочка рассчитывалась по формуле Devereux B.R. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали по отношению ИММЛЖ к площади поверхности тела. Наличие ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ ≥ 125 г/м². Эндотелийзависимую вазодилатацию оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ($\Delta D\%$) плечевой артерии. С учетом проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: I группа (n=27) получали комбинацию амлодипина с моксонидином; II группа (n=12) амлодипин с метформином. Начальные дозы амлодипина, моксонидина и метформина составили 5 мг, 0,4 мг и 1000 мг в сутки соответственно.

Результаты:

На фоне трехмесячной терапии моксонидином в комбинации с амлодипином отмечалась высокая антигипертензивная эффективность со снижением САД на $28,77 \pm 12,91\%$, ДАД на $15,7 \pm 11,5\%$ ($P=0,000$). Во II группе гипотензивный эффект был менее выражен и составил для САД $23,5 \pm 13,2\%$, ДАД $13,68 \pm 12,8\%$ ($P=0,000$). Органопротективная эффективность терапии ассоциировалась со снижением ИММЛЖ на $15,2 \pm 10,0\%$ в группе амлодипин+моксонидин и на $12,2 \pm 11,0\%$ в группе амлодипин+метформин ($p=0,000$ и $p=0,000$ соответственно). На фоне лечения в обеих группах отмечалась достоверно положительная динамика вазомоторной функции эндотелия: в I группе $6,92 \pm 6,37\%$ до лечения против $10,64 \pm 4,77\%$ после лечения ($p=0,000$), во II группе $5,43 \pm 0,74\%$ до лечения против $9,6 \pm 6,93\%$ после лечения ($p=0,000$), при этом нормализация ЭЗВД отмечалась в I группе ($\Delta D > 10\%$). В целом переносимость комбинации препаратов была хорошей.

Заключение:

Показана высокая органопротективная эффективность изученных комбинаций препаратов у больных ЭГ с МС, которая проявлялась регрессией ГЛЖ и улучшением ЭЗВД.

9.16. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Фед. центр сердца, крови, эндокринологии
им. В.А. Алмазова, СПб. гос. университет

Материалы и методы:

Для выявления особенностей АГ, способствующих развитию разных типов ОНМК, проведен сравнительный дисперсионный и факторный анализы параметров ($n = 68$) гемодинамики и метаболического статуса, характеризующих синдром АГ в 2-х группах больных АГ: перенесших геморрагический – ГИ ($n=20$) и ишемический – ИИ ($n=21$) инсульты. В группах, не различающихся по возрасту, полу, продолжительности АГ, проведены общепринятые для кардиологических больных клинико-лабораторные и инструментальные исследования, исключена вторичная АГ.

Результаты:

Значимые различия установлены только в параметрах СПАД: АГ у перенесших ГИ отличалась преимущественно диастолическим характером, особенно в ночной период времени: ДАДн ($93,1 \pm 17,4$ против $81,3 \pm 13,6$ мм рт.ст., $p=0,03$), ИВ ДАДн ($74,8 \pm 30,5\%$ и $46,5 \pm 28,7\%$, $p=0,01$) и ИВ САДн ($83,8 \pm 22,1\%$ и $64,4 \pm 31,5\%$, $p=0,04$). Факторный анализ выделил 5 главных компонент (факторов), содержащих наиболее информативные комбинации показателей, характеризующие синдром АГ в каждой из групп, вошедшие в себя у перенесших ГИ – 62%, ИИ – 56% дисперсии. В обеих группах наиболее информативным является фактор «АГ», но у перенесших ГИ его значимость выше (информативность 20,9% против 15,1%). Синдром АГ у перенесших ГИ, помимо фактора «АГ», представлен сочетанием факторов «возраста» (13,9%), «структурно-функционального состояния ССС» (10,1%), «гемодинамического» (9%) и «вариабельности ДАД» (8%). «Гемодинамический» фактор, сформированный показателями – СИ, МОК, УО, ОПСС, подчеркивает важность систолической гемодинамической нагрузки для развития ГИ, а фактор «вариабельности ДАД» – значимость вариабельности ДАД. У перенесших ИИ синдром АГ отличается комбинацией таких факторов как «АГ», «метаболического статуса» (12,6%), «возраста» (11,6%), «структурно-функционального состояния ССС» (9,5%), «вариабельности ночного АД» (7,3%). В структуру факторов «метаболического статуса» и «возраста» вошли показатели гемостаза (гемоглобин и эритроциты, фибриноген), ассоциируемые с вязкостью крови и риском тромбообразования, что предопределяет их значимость как дополнительных факторов риска развития ИИ.

Заключение:

Установлено, что АГ сохраняет свою значимость и является ведущим фактором цереброваскулярного риска для больных АГ, независимо от типа перенесенного инсульта. У перенесших ГИ, АГ отличается диастолическим характером, преимущественно в ночной период времени. СПАД у перенесших разные типы ОНМК, характеризуется вариабельностью АД: у перенесших ГИ – вариабельностью диастолического АД, ИИ – вариабельностью ночного АД. Метаболический статус (липидный, пуриновый обмен) и факторы гемостаза (вязкость крови, фибриноген) являются дополнительными факторами риска развития ИИ у больных АГ.

10. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

10.1. ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВАЦИИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ОТ СОСТОЯНИЯ ПРАВЫХ И ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

АНДРЕЕВА Ю.А., САИДОВА М.А., МАРТЫНЮК Т.В.,
МАСЕНКО В.П., ВОЛКОВ А.В., НАКОНЕЧНИКОВ С.Н.,
ЧАЗОВА И.Е.

Российский Кардиологический
Научно-Производственный Комплекс
ФГУ Росмедтехнологий, Москва.
Российский Ревматологический Центр, Москва.

Введение:

Оценить взаимосвязь между уровнем активации РААС и параметрами ремоделирования сердца по данным эхокардиографии у пациентов с состоянием левых и правых отделов сердца и легочной артерии у больных с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ) и легочной гипертензией (ЛГ), ассоциированной с системной склеродермией (СС).

Материалы и методы:

В исследование было включено 20 пациентов с ИЛГ (13 женщин и 7 мужчин) в возрасте 18 - 51 год и 16 пациентов с СС (15 женщин и 1 мужчина) в возрасте 23 - 70 лет II-III ФК (ВОЗ) без признаков НК. Исследование ЭХО-КГ включало определение конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического (КСР) размеров левого желудочка (ЛЖ), диаметр правой ветви легочной артерии (ПВ ЛАд), систолическое и диастолическое давление в легочной артерии (СДЛА и ДДЛА), фракции выброса (ФВ) желудочков по методу Симпсона (Vivid 7, G.E.) У всех больных определялся уровень ангиотензина II (АII) (Peninsula lab. Inc.) и активность ренина плазмы (АРП) (RIA) при помощи иммуноферментного анализа крови.

Результаты:

Группа ИЛГ отличалась от группы СС достоверно более высоким уровнем СДЛА ($p < 0,001$), ДДЛА ($p < 0,001$), ПВ ЛАд ($p < 0,05$), ТПС ПЖ ($p < 0,05$), КДО ПЖ ($p < 0,05$) и КСО ПЖ ($p < 0,01$), уменьшением ФВ ПЖ ($p < 0,001$) и КДР ЛЖ ($p < 0,01$).

Уровень АII был повышен в группах ИЛГ и СС до $29,35 \pm 7,60$ пг/мл и $60,28 \pm 33,25$ пг/мл соответственно ($p < 0,001$). Уровень АРП был повышен в обеих группах до $5,06 \pm 17,0$ нг/мл/ч и $6,73 \pm 15,6$ нг/мл/ч.

Достоверные корреляционные связи были обнаружены между уровнем АII и КДО ПЖ ($r = -0,54$, $p < 0,05$) в группе ИЛГ и между уровнем АРП и КДО ПЖ ($r = 0,65$, $p < 0,01$), СДЛА ($r = 0,62$, $p < 0,05$), КДО ЛЖ ($r = -0,56$, $p < 0,05$) в группе СС.

Заключение:

Активация РААС выявлена у больных ИЛГ с выраженной легочной гипертензией, систолической дисфункцией ПЖ и ремоделированием сердца, а также при ЛГ, ассоциированной с СС, с достоверно более высоким уровнем АII по сравнению с группой ИЛГ.

10.2. ВЗАИМОСВЯЗЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

АНДРЕЕВА Ю.А., САИДОВА М.А., МАРТЫНЮК Т.В.,
МАСЕНКО В.П., ВОЛКОВ А.В., НАКОНЕЧНИКОВ С.Н.,
ЧАЗОВА И.Е.

Российский Кардиологический
Научно-Производственный Комплекс
ФГУ Росмедтехнологий, Москва.
Российский Ревматологический Центр, Москва.

Введение:

Оценить взаимосвязь между уровнем мозгового натрийуретического пептида и состоянием левых и правых отделов сердца и легочной артерии у больных с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ), легочной гипертензией вследствие хронической тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и системной склеродермии (СС).

Материалы и методы:

В исследование было включено 20 пациентов с ИЛГ (13 женщин и 7 мужчин) в возрасте 18 - 51 год, 15 пациентов с ТЭЛА (9 женщин и 6 мужчин) в возрасте 33 - 52 года и 16 пациентов с СС (15 женщин и 1 мужчина) в возрасте 23 - 70 лет II-III ФК (ВОЗ) без признаков НК. При ЭХО-КГ определялись конечно-диастолическое (КДР) и конечно-систолическое (КСР) размеры левого желудочка (ЛЖ), диаметр правой ветви легочной артерии (ПВ ЛАд), систолическое и диастолическое давление в легочной артерии (СДЛА и ДДЛА), фракции выброса (ФВ) желудочков по методу Симпсона (Vivid 7, G.E.) У всех больных определялся уровень терминального фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и в плазме крови (Elexys, La Rosh).

Результаты:

Группа ИЛГ по сравнению с группами ТЭЛА и СС отличалась достоверно более высоким уровнем СДЛА ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно), ДДЛА ($p < 0,001$ с обеими группами), размером правой ветви ЛА ($p < 0,01$ и $p < 0,05$), КДО ПЖ (с группой СС $p < 0,05$), КСО ПЖ ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), ФВ ПЖ ($p < 0,001$ с обеими группами) и уменьшением КДР ЛЖ ($p < 0,01$ с обеими группами), КСР ЛЖ ($p < 0,05$ с группой ТЭЛА), КДО ЛЖ ($p < 0,05$ с группой ТЭЛА). Больные группы

ТЭЛА достоверно отличались от группы СС только повышенным уровнем ДДЛА ($p < 0,001$).

Несмотря на то, что уровень NT-proBNP был повышен до $1312,63 \pm 409,65$ пг/мл в группе ИЛГ, $2516,09 \pm 1156$ пг/мл в группе ТЭЛА, $1019,28 \pm 301,95$ пг/мл в группе СС при норме до 334 пг/мл, достоверные корреляционные связи были обнаружены между уровнем NT-proBNP и ФВ ПЖ ($r = -0,59$, $p < 0,01$), КДО ПЖ ($r = 0,50$, $p < 0,05$), КСО ПЖ ($r = 0,56$, $p < 0,05$), СДЛА ($r = 0,50$, $p < 0,05$), объемом ПП ($r = 0,65$, $p < 0,01$), КДО ЛЖ ($r = -0,50$, $p < 0,05$) в группе ИЛГ и между уровнем NT-proBNP и КДО ПЖ ($r = 0,57$, $p < 0,05$), КСО ПЖ ($r = 0,79$, $p < 0,001$), СДЛА ($r = 0,85$, $p < 0,001$), объемом ПП ($r = 0,76$, $p < 0,001$), КДО ЛЖ ($r = -0,61$, $p < 0,05$), КСО ЛЖ ($r = 0,55$, $p < 0,05$), ФВ ЛЖ ($r = -0,56$, $p < 0,05$) в группе СС.

Заключение: У больных с различными формами легочной гипертензии обнаружено повышение уровня NT-proBNP, но достоверные корреляционные связи со степенью легочной гипертензии, выраженностью систолической дисфункции ПЖ и ремоделирования сердца выявлены у пациентов с идиопатической легочной гипертензией и легочной гипертензией, ассоциированной с системной склеродермией.

10.3. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Вдовина Т.Ю., Недорез Е.А.

ГОУ ВПО АГМА, МЛДЦ "Евгения"

Введение:

Анализ состояния сонных артерий у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 2 и 3 стадий в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы:

В исследовании участвовало 25 больных с АГ 2 и 3 стадий сочетанной с ХОБЛ, из них 20 мужчин и 5 женщин в возрасте от 30 до 73 лет (средний возраст 53 года). Контрольную группу, идентичную по полу и возрасту, составили 20 человек с АГ 2 и 3 стадий без ХОБЛ. Пациентам проводилось цветное дуплексное сканирование сонных артерий на аппарате «Acuson Aspen» (Siemens, Германия) датчиком с частотой 7 МГц. Оценивали толщину комплекса интима-медиа, величину внутрипросветного диаметра, а также наличие атеросклеротических бляшек.

Результаты:

У больных с сочетанной патологией имелись более выраженные изменения сонных артерий. Так, толщина комплекса интима-медиа 0,9 мм зарегистрирована у 87% больных с АГ и ХОБЛ и лишь у 57% больных с АГ без ХОБЛ. Среднее значение ТКИМ при АГ с ХОБЛ составило 1,3 мм, а при АГ без ХОБЛ – 1,1 мм. Диаметр ОСА у больных с сочетанием АГ и ХОБЛ в среднем достигал 7,6 мм, у больных с АГ без ХОБЛ – 7,2 мм. Атеросклеротические бляшки выявлены у 68% пациентов с сочетанной патологией и у 40% пациентов с АГ без ХОБЛ.

Заключение:

В заключении следует отметить, что у больных АГ 2 и 3

стадий в сочетании с ХОБЛ состояние сонных артерий изменяется в большей степени, чем при АГ без ХОБЛ, что в очередной раз подтверждает тот факт, что хроническая бронхолегочная патология усугубляет течение сердечно-сосудистых заболеваний.

10.4. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Кароли Н.А., Сергеева В.А.

ГОУ ВПО "САРАТОВСКИЙ ГМУ РОСЗДРАВА"

Введение:

изучить распространенность и особенности артериальной гипертензии (АГ) у больных ХОБЛ.

Материалы и методы:

Обследовано 230 мужчин с ХОБЛ и 60 мужчин с эссенциальной АГ без ХОБЛ.

Результаты:

Артериальная гипертензия выявлена у 142 (61,7%) пациентов с ХОБЛ. Пациенты с АГ были старше, имели больший индекс массы тела ($p < 0,001$), более выраженную бронхообструкцию ($p < 0,05$), низкую SpO_2 ($p < 0,05$) по сравнению с больными без АГ. Достоверных различий по длительности и интенсивности курения среди больных ХОБЛ с наличием и отсутствием АГ нет. Выявлено снижение ОФВ1 у пациентов с АГ по сравнению с больными с АГ без АГ ($p < 0,05$). У пациентов с ХОБЛ и АГ снижение ОФВ1 $< 50\%$ выявлено в 72,7% случаях, а без гипертензии – в 56,1% ($p < 0,05$). У 69,9% пациентов с ХОБЛ АГ развилась на фоне существующих симптомов ХОБЛ (кашель, одышка), в среднем через $5,90 \pm 0,44$ лет. Средний возраст больных ХОБЛ, в котором впервые зарегистрировано повышение АД, составил $51,49 \pm 0,96$ лет, а в группе сравнения $38,08 \pm 1,18$ лет ($p < 0,001$). У мужчин с ХОБЛ САД и ДАД превышают аналогичные показатели в популяции (NHANES III) во всех возрастных категориях, наиболее заметны эти различия в возрасте до 60 лет. Например, разница в САД у мужчин с ХОБЛ и у мужчин в популяции в возрасте 40-49 лет составляет 19 мм рт.ст., а в возрасте 50-59 лет – 13 мм рт.ст. Увеличение ИМТ ≥ 25 кг/м² выявлено у 84,1% лиц с эссенциальной гипертензией из группы сравнения. Среди пациентов с ХОБЛ и АГ избыточная масса тела выявлена у 34,1%, ожирение – у 21% лиц ($p < 0,01$ с группой сравнения). Отмечено повышение среднего САД у мужчин с ХОБЛ по мере увеличения ИМТ, что совпадает с тенденциями в популяции. У мужчин с ХОБЛ при ИМТ > 30 кг/м² систолическое артериальное давление было на ~6 мм рт.ст. выше аналогичного показателя при ИМТ от 25 до 30 кг/м² и на ~11 мм рт.ст. выше аналогичного показателя при ИМТ менее 25 кг/м² ($p < 0,05$). Эти различия реализуются в основном за счет возрастной группы 40-59 лет, в то время как в группе пациентов в возрасте 60 лет и старше значимого повышения АД по мере увеличения ИМТ не наблюдается.

Заключение:

Частота встречаемости АГ и уровень САД у пациентов с ХОБЛ выше, чем в популяции. У пациентов с ХОБЛ фактором риска развития АГ является снижение ОФВ1 менее 50%.

10.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИЗИНОТОНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лунева Ю.В., Поветкин С.В., Корнеева С.И.

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение:

Использование новых дженериковых форм различных препаратов вызывает у врачей некоторые сложности. В определенной мере это относится и к ингибиторам АПФ, широко используемым при лечении артериальной гипертензии (АГ).

Изучение эффективности монотерапии Лизинотон (лизиноприл) у пациентов с АГ.

Материалы и методы:

В исследовании приняли участие 30 больных с АГ I – II степени в возрасте от 35 до 65 лет. Терапевтическая доза препарата 20 мг\сут. Длительность наблюдения - 1 месяц. Офисное измерение АД, дневник самоконтроля АД, ЧСС, биохимические показатели крови, ЭХОКГ, опросник качества жизни SF – 36.

Результаты:

на фоне монотерапии Лизинотон у всех пациентов произошло снижение артериального давления (АД). Степень снижения не зависела от возраста и пола пациентов. Начиная со 2-5 го дня приема препарата происходило постепенное снижение АД. Наиболее низкое значение АД фиксировалось после 14 дней лечения. В дальнейшем АД удерживалось на этом уровне с небольшими колебаниями до конца наблюдения. Систолическое АД (САД) снизилось со $170 \pm 6,6$ до $138 \pm 5,4$, диастолическое АД (ДАД) с $94 \pm 3,4$ до $85,2 \pm 4,2$ мм. рт.ст. Целевые уровни АД достигнуты у 64 % больных. У 1 пациента пришлось отменить препарат из-за выраженного кашля. Прием Лизинотона сопровождался улучшением общего состояния пациентов. Головокружений, неприятных ощущений и усиления болей в области сердца, которые могут быть связаны со снижением АД, не отмечено.

Негативных изменений биохимических показателей крови не наблюдалось.

Использование опросника SF – 36 позволило отметить улучшение показателей качества жизни пациентов.

По результатам ЭХОКГ отмечено достоверное уменьшение объемных параметров левого желудочка, увеличение фракции выброса, уменьшение структурных параметров.

Заключение:

проведенное нами исследование показало достаточно высокую эффективность Лизинотона у пациентов, страдающих АГ.

При назначении Лизинотона важным является и такой показатель как, цена – эффективность. При относительно низкой стоимости препарата он обладает эффективностью у пациентов с АГ.

10.6. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ КОРРЕКЦИИ И ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Смолина Ю.А., Ландышев Ю.С., Доровских В.А., Штарберг М.А.

АМУРСКАЯ ГМА

Введение:

провести сравнительный анализ показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиокислительной системы (АОС) на фоне антиоксидантной коррекции и традиционной терапии, у больных с гипертонической болезнью (ГБ) сочетающейся с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы:

обследовано 26 больных с I-II степенью ГБ сочетающейся с БА средней степени тяжести; 14 (54%) женщин и 12 (46%) мужчин, средний возраст- $48,2 \pm 9,8$ лет; средняя длительность ГБ- $14,7 \pm 4,2$ лет, БА- $10,2 \pm 2,4$ лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1гр.-18 больных, получивших комплексную общепринятую терапию основного и сопутствующего заболевания и антиоксидант эмоксипин (по 1мл 1% р-ра 1 раз в сут., в/м в течение, 10 дней); 2гр.-8 больных, получала аналогичную терапию, но без эмоксипина. Всем пациентам определяли показатели ПОЛ и АОС (диеновые коньюгаты-ДК, малоновый диальдегид-МДА, гидроперекиси липидов-ГЛ и витамин Е) на начальном этапе лечения и на 10-е сутки.

Результаты:

в 1гр. достоверно увеличилось содержание витамина Е в сыворотке крови, снизилось содержание ГЛ, МДА и ДК имели тенденцию к снижению по сравнению с 2гр. Наряду с указанным, у больных 1гр.отмечалось выраженное улучшение клинической симптоматики и ряда основных клинико-лабораторных показателей.

Заключение:

1. включение эмоксипина в состав комплексного лечения у больных ГБ сочетающейся с БА способствует устранение дисбаланса в системе ПОЛ 2. учитывая позитивные клинико-биохимические эффекты эмоксипина, больным ГБ сочетающейся с БА показано включение этого препарата в состав комплексной антигипертензивной и противовоспалительной терапии.

10.7. ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА И ГИДРОХЛОРТИАЗИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Уметов М.А., Кумыкова М.А., Нирова М.М.

КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Х.М. БЕРБЕКОВА, Нальчик, Россия

Введение:

изучить влияние комбинации лозартана и гидрохлортиазида на суточный профиль артериального давления (АД),

качество жизни, показатели углеводного и липидного обмена больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы:

27 мужчинам в возрасте 40-59 лет, страдающим метаболическим синдромом и артериальной гипертонией I-II степени в течении 8 недель назначена фиксированная комбинация 50 мг лозартана и 12,5 мг гидрохлортиазида (Лозап Плюс, «ZENTIVA»). Оценивалось офисное АД в динамике, показатели суточного мониторирования АД, качества жизни, углеводного и липидного обмена до назначения препарата и через 8 недель лечения.

Результаты:

в процессе лечения целевое АД (ниже 140/80 мм рт.ст.) в конце 8-й недели было достигнуто у 19 пациентов (70%). До лечения у обследованных больных офисные значения систолического АД в среднем составляли $154,5 \pm 5,7$

мм рт. ст., а диастолического - $95,5 \pm 4,4$ мм рт. ст. После проведения терапии систолическое АД снизилось до $135,3 \pm 3,7$ мм рт. ст., а диастолическое – до $85,5 \pm 2,5$ мм рт. ст. Не обнаружено влияния препарата на толерантность к глюкозе и уровни липидов крови. Суточное мониторирование АД показало достоверное снижение вариабельности как систолического, так и диастолического АД. Под влиянием лечения через 8 недель произошли позитивные изменения показателей качества жизни у 15 (56%) пациентов.

Заключение:

Лозап Плюс обладает выраженным гипотензивным эффектом, не влияет на показатели липидного и углеводного обмена, достоверно снижает вариабельность суточного АД и улучшает качество жизни больных с метаболическим синдромом.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		ВАСИЛЬЕВА Н.П.	5	ДУРНОВА Н.Ю.	41
АВТАНДИЛОВ А.Г.	5, 30	ВДОВИНА Т.Ю.	76	Е	
АГАФОНОВ А.В.	35	ВЕРЕМЕЕВ А.В.	25	ЕВСИКОВ Е.М.	8, 41
АДАШЕВА Т.В.	17	ВЕРЕЩАГИНА Г.С.	40	ЕЛИСЕЕВА И.В.	32
АЛТУНИН А.В.	26	ВЛАСЕНКО М. А.	25	ЕЛИСЕЕВА М.Р.	73
АНДЕРЖАНОВА А.А.	44	ВЛАСЕНКО О. А.	25	ЕЛЬЦОВА М.А.	60
АНДРЕЕВА Г.Ф.	4	ВОЛКОВ А.В.	75	ЕЛЬЧАНИНОВА С.А.	48
АНДРЕЕВА Ю.А.	75	Г		ЕСАУЛЕНКО И.Э.	70
АНДРЕЕВ П.В.	44	ГАЙСИН И.Р.	14	ЕФРЕМУШКИН Г.Г.	19, 29, 62
АНТОНОВ А.Р.	16	ГАЛЯВИЧ А.С.	45	Ж	
АРАКЕЛЯН М.С.	71	ГАФУРОВА З.Р.	69	ЖМАЙЛОВА С.В.	52
АФАНАСЬВА Н.Л.	51	ГАЦУРА С.В.	45	ЖУК Т.А.	42
АФАНАСЬЕВА Н.Л.	28	ГЛОВА С.Е.	9	З	
Б		ГОЛОВСКОЙ Б.В.	28	ЗАДИОНЧЕНКО В.С.	17
БАБЕНКО А.Ю.	67	ГОЛОСОВА А.Н.	45	ЗАИРОВА А.Р.	30
БАЕВА Н.Г.	17	ГОЛУБЕВА Н.В.	6	ЗАКИРОВА А.Н.	26, 57, 69
БАЙКОВА О.А.	8	ГОРБУНОВ В.М.	4, 60	ЗАКИРОВА Ф.А.	73
БАРБАРАШ О.Л.	25	ГОРИЕВА Ш.Б.	32	ЗАПЕСОЧНАЯ И.Л.	5, 30
БАТАЛИНА М.В.	57	ГОРОХОВСКАЯ Г.Н.	59	ЗАРЕМБА Д.В.	49, 71, 72
БАТАЛИН В.А.	57	ГОРЮЦКИЙ В.Н.	59	ЗЕМЛЯНИЧКИНА Н.В.	20
БАТАЛОВА А.А.	28, 40	ГОРЯЙНОВ И.И.	26	ЗЫКОВ М.В.	17
БАУЛИН А.А.	67	ГРИДНЕВ В.И.	41	И	
БАУЛИНА Е.А.	67	ГРИШАЕВА Е.Е.	16	ИБАТОВ А.Д.	58
БАУЛИН В.А.	67	ГРИШКИН Ю.Н.	21	ИВАННИКОВА Л.В.	70
БЕГДАМИРОВА А.А.	68	ГРОМНАЦКИЙ Н.И.	9, 56	ИВАНОВА В.Е.	11
БЕЛЬЧЕНКОВА К.А.	26	ГРУЗДЕВА О.В.	11	ИВАНОВА Л.П.	11
БИКТИМИРОВА Д.М.	4	ГРУЗДЕВА О.В.	24, 69	ИВАЧЕВА Н.А.	67
БИЛЬКО Т.М.	53	ГУБАНОВА Т.Г.	57	ИВЛЕВА Г.И.	4, 31, 39
БЛИНОВА Е.В.	38	ГУБИНА Н.П.	26	ИСКЕНДЕРОВ Б.Г.	47
БОРИСОВА Н. А.	14, 16	ГУНИЧЕВА Е.А.	29	К	
БОРИСОВА О.А.	46	ГУРФИНКЕЛЬ Ю.И.	35	КАДИНСКАЯ М.И.	67
БОРОВАЯ В.Е.	26	ГУСЕЙНОВА Б.А.	28, 38	КАЗИЕВА З.А.	57
БОРОНИНА М.А.	34	Д		КАЛИНИН В.Н.	34
БОЧКАРЕВА Е.В.	60	ДЕЕВ А.Д.	4	КАЛМЫКОВА М.А.	13, 21
БРЕЛЬ У.А.	49, 71, 72	ДЕМИН В.В.	57	КАЛУНЦ А.В.	45
БРИТОВ А.Н.	10	ДЕНИСОВА Е.А.	29	КАРОЛИ Н.А.	31, 76
БРЫТКОВА Я.В.	18	ДЕРЛЯТКО А.Т.	70	КАРПЕНКО М.А.	74
БУГАНОВ А.А.	31, 39	ДЕРМЕНЖИЙ Е.Н.	45	КАРПОВА С.А.	33
БУЛЫЧЕВ Г.И.	56	ДЖУПАРОВА И.А.	46	КАТЕЛЬНИЦКАЯ Л.И.	9
БУНОВА С.С.	15, 49, 55, 68	ДЗИЗИНСКИЙ А.А.	20, 37	КИЛЕЙНИКОВА Д.В.	71
БУСАЛАЕВА Е.И.	5	ДМИТРИЕВ В.А.	23	КИЛЬМАМАТОВА В.В.	57
БУТИНА Е.К.	60	ДОБРОТИНА И.С.	46	КИРИЧЕНКО Л.Л.	45
БУХОНКИНА Ю.М.	18	ДОНЧЕНКО И.А.	32, 36		
В		ДОРОВСКИХ В.А.	77		
ВАСИЛЕЦ Л.М.	23, 39	ДРАПКИНА О.М.	70		

КИСЕЛЕВ А.Р.	41	МАКСИМОВ Н.И.	14	О	
Кисляк О.А.	10	МАКУШЕВА М.В.	71	ОБРУЧ В.С.	41
КНЯЗЕВА Л.А.	26	МАЛАХОВА Е.А.	11	ОВСЯННИКОВ К.В.	35
КНЯЗЕВА Л.И.	26	МАЛЫШЕВА Н.В.	40	ОЖЕГОВ А.М.	29
КОЗИОЛОВА Н.А.	11, 60	МАМЕДОВА С.И.	6	ОЛЕЙНИКОВ В. Э.	14, 16, 36
КОЗЛОВА Л.В.	57	МАНУКЯН А.В.	48	ОПАЛИНСКАЯ И.В.	5
КОКУРИНА Е.В.	60	МАРТЫНОВ А.И.	59	ОСИПОВА О.А.	25
КОЛБАСИН Л.Н.	6	МАРТЫНОВ Д.А.	59	ОСТАПЕНКО В.А.	49, 55, 68
КОНОВАЛОВА Л. В.	25	МАРТЫНОК Т.В.	75	ОЩЕПКОВА Е.В.	23, 30, 32
КОНРАДИ А.О.	50	МАСЕНКО В.П.	75		
КОРЕНЯК Н.А.	48	МАСЛЕННИКОВА О.М.	33	П	
КОРМАНОВСКАЯ Н.П.	53	МАСЛОВА Т.И.	46	ПАЙВИН А.А.	57
КОРНЕЕВА О.Н.	70	МАТРОСОВА И.Б.	14	ПАНАФИДИН А.В.	11
КОРНЕЕВА С.И.	77	МАЦИЕВИЧ М.В.	17	ПЕКАРСКИЙ С.Е.	51
КОРНЕЕВ Н.В.	70	МАШУКОВА Ю.М.	41	ПЕТРЕНКО Т.А.	20, 29
КОРОЛЕВ А.П.	45	МАЯНСКАЯ С.Д.	16	ПЕТРОВА И.В.	24
КОСТЮК Т.А.	10	МЕДВЕДЕВ И.Н.	24, 48	ПЕТРОВА И.Н.	36
КОТЛЯРОВ А.А.	45	МЕЛЬЧИНСКАЯ Е.Н.	9, 55, 56	ПЕТРУНЕК Э.А.	17
КОШЕЛОВА Н.А.	13	МИШКИНА М.Ю.	52	ПИРОЖНИКОВ В.А.	46
КОШЕЛЬСКАЯ О.А.	11, 69	МКРТУМОВА Н.А.	34	ПЛАТОНОВ Д.Ю.	10
КРЕМЕНО С.В.	11, 24, 69	МОГУТОВА П.А.	71	ПЛЕЙКО О.А.	50
КРУТЕНКОВ А.Н.	32, 36	МОЖЕЙКО М.Е.	37	ПОВЕТКИН С.В.	53, 77
КРЮКОВ Н.Н.	42	МОЛЧАНОВ А.В.	19, 20, 29	ПОДОЛЬСКАЯ Е.А.	49, 71, 72
КУЗНЕЦОВА А.В.	59	МОЛЧАНОВА О.В.	10	ПОЗДНЯКОВА Н.А.	60
КУЗЬМИНА Ю.В.	32	МОРДОВИН В.Ф.	28, 51	ПОЛЯКОВА О.М.	57
КУЗЮКОВА А.А.	55, 68	МУЛЛАХМЕТОВА Н.Ю.	29	ПОПОВ А.В.	51
КУКУШКИНА С.Н.	5	МУЛЬТАНОВСКИЙ Б.Л.	33	ПОПОВА А.А.	16
КУЛЮЦИН А.В.	32, 36	МУСТАФИНА О.Е.	26	ПОПОВА А.В.	37
КУМОВА Т.А.	48	МУХАМЕДРАХИМОВА А.Р.	57	ПОРЫВКИНА О.Н.	17
КУМЫКОВА М.А.	77	МЫШЛЯЕВА Т.О.	10	ПОСНЕНКОВА О.М.	41
КУРИЛЬСКАЯ Т.Е.	73	МЯСОЕДОВА Е.Е.	15	ПОСТНОВ А.Ю.	34
КУСТОВА Н.И.	44	МЯСОЕДОВА С.Е.	15	ПОСТНОВА Д.А.	34
КУТАШОВ В.А.	47			ПОТЕШКИНА Н.Г.	71
		Н		ПОЯРКОВА Е.В.	6
Л		НАКОНЕЧНИКОВ С.Н.	75	ПРАСОЛОВ А.В.	26
ЛАНДЫШЕВ Ю.С.	53, 77	НАСИБУЛЛИН Т. Р.	26	ПРОТАСОВ К.В.	37
ЛЕВАШКИНА Е.А.	11	НАЧКИНА Э.И.	34	ПУТИНЦЕВ Д.В.	53
ЛЕВШИН А.В.	59	НДОУМИ Т.М.	15	ПЬЯНКОВ В.А.	6
ЛЕЩАНКИНА Н.Ю.	45	НЕВЕРОВА М.Е.	34		
ЛИПАТОВА М.А.	17	НЕДОГОДА С.В.	49, 71, 72	Р	
ЛИСКЕР А.В.	67	НЕДОРЕЗ Е.А.	76	РЕБРОВ А.П.	13, 31
ЛОГАЧЕВА И.В.	29	НЕКРУТЕНКО Л.А.	35	РЕДЬКИН Ю.В.	15
ЛОХИНА Т.В.	47	НЕЛИДОВА А.В.	55, 68	РОГОЗА А.Н.	23, 30, 32
ЛУКЪЯНЕНКО П.И.	28	НЕМИРОВСКИЙ В.Б.	18	РОЖКОВ В.О.	57
ЛУКЪЯНОВА М.В.	36	НЕФЕДОВА Е.В.	73	РОМАНОВА Н.П.	17
ЛУНЕВА Ю.В.	77	НИКОЛАЕВ Н.А.	15, 49, 55, 68	РУБАНОВА М.П.	52
ЛЫШОВА О.В.	70	НИЛОВА О.В.	34	РУДЕНКО Е.В.	72
ЛЮСОВ В.А.	8, 41	НИРОВА М.М.	77	РУНОВИЧ А.А.	73
		НОСОВ А.Е.	35	РУСИНА А.М.	51
М		НОСОВА Т.Ю.	24	РУТКОВСКАЯ Н.В.	25
МАЗИНА Г.Г.	49, 71, 72				
МАКАГОН И.М.	53				

С		ТЕСЛЯ Е.Ф.	31, 39	ЧУЯСОВА Ю.К.	6
САВИЦКИЙ А.Л.	38	ТИМАШЕВА Я.Р.	26		
САИДОВА М.А.	28, 38, 75	ТИМОФЕЕВ С.А.	15, 49	Ш	
САЛАМАТИНА Л.В.	31	ТИМОШЕНКО Л.М.	70	ШАВРИН А.П.	56
САЛАМАТИНА Л.В.	4, 39	ТИТОВ В.Н.	23	ШАКИРОВА Н.Ш.	73
СЕВАСТЬЯНОВА И.А.	39	ТУЕВ А.В.	23, 35, 39	ШАРИПОВ Р.А.	41
СЕЛЕЗНЕВА Н.М.	45	ТЮРИНА Н.В.	15	ШАТУНОВА И.М.	11
СЕМКЕ Г.В.	28			ШАЦКАЯ Е.Г.	74
СЕРАФИНОВИЧ И.А.	38	У		ШАЦУКЕВИЧ С.А.	20
СЕРГЕЕВА В.А.	31, 76	УМЕТОВ М.А.	77	ШВАРЦ В.А.	41
СИВАКОВА О.А.	28, 38	УСАЧЕВА М.Н.	26	ШВЕЦ Г.И.	53
СИВЯКОВА О.Н.	53			ШЕЛКОВНИКОВА Т.А.	61
СИДОРЕНКОВА Н.Б.	48	Ф		ШИНКАРУК Е.В.	6
СИНКЕВИЧ Д.А.	37	ФАЛЬКОВСКАЯ А.Ю.	51	ШИТОВ В.Н.	28, 38
СИСИНА О.Н.	47	ФАХРЕТДИНОВА Е.Р.	57	ШМЫРЕВА М.В.	45
СИТОЖЕВСКИЙ А.В.	24	ФЕДОРОВА Т.С.	69	ШОРИКОВА Д.В.	42, 43
СКВОРЦОВА Л.А.	60	ФЕДОСЕЕВ А.Н.	35	ШОРИКОВ Е.И.	42, 43
СМАКОТИНА С.А.	17, 25	ФИДЕЛИНА О.В.	34	ШТАРБЕРГ М.А.	77
СМИРНОВА Е.А.	18	ФИЛИППОВА Т.В.	19	ШУРДУМОВА М.Г.	53
СМОЛИНА Ю.А.	77			Щ	
СМОЛЪЯНИНОВ С.В.	70	Х		ЩЕРБАКОВА Л.А.	42
СМОРОДИНА Е.И.	53	ХАИШЕВА Л.А.	9	ЩЕРБАНЬ Н.А.	53
СОКОЛОВА Е.А.	11	ХАЛТУРИНА И.Г.	19	ЩИБАНОВА И.А.	17
СОЛНЦЕВ В.Н.	74	ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.	52		
СОЛОВЬЯНОВА Е.Н.	46	ХАМИДУЛЛИНА А.Р.	45	Э	
СОРОКИНА Ю.А.	42	ХЛОПИНА И.А.	60	ЭЛЬГАРОВ А.А.	13, 21
СОШНИКОВА Н.М.	9, 56	ХМЕЛЕВСКИХ Н.А.	57	ЭЛЬГАРОВ М.А.	13, 21
СРОЖИДИНОВА Н.З.	73	ХОВАЕВА Я.Б.	28, 56		
СТЕПЧЕНКО М.А.	26	ХРАМЦОВА Н.А.	20	Ю	
СТЕРХОВ А.А.	29	ХУБЕЕВА Д.М.	28, 40	ЮНУСОВА Л.Р.	21
СТРУНИНА А.Н.	41			ЮСУПХОДЖАЕВ Р.В.	62
СТРЮК Р.И.	18	Ц			
СУЛАРЕВА Н.В.	37	ЦОМА В.В.	49, 71, 72	Я	
СУЛИМОВ В.А.	44			ЯКОВЛЕВА М.С.	17
СУРОВЦЕВА М.В.	60	Ч		ЯКУШИН С.С.	18
СУСЛОВА Т.Е.	11, 24, 69	ЧАЗОВА И.Е.	28, 38, 75	ЯСТРЕБОВА Е. И.	16
СУХЕНКО И.А.	52	ЧАЛЯБИ Т.А.	49, 71, 72		
		ЧЕРВЯКОВА Г.А.	41		
Т		ЧЕРВЯКОВА Ю.Б.	40		
ТАРАСОВ А.А.	26	ЧЕРНЯВИНА А.И.	60		
ТАРАСОВА О.А.	23	ЧЕРТКОВА В.Н.	26		
ТЕПЛЯКОВ А.Т.	59	ЧИХЛАДЗЕ Н.М.	28, 38		