



РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»
ИМ. АКАДЕМИКА Е.И. ЧАЗОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

ЮБИЛЕЙНЫЙ XX
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

**АРТЕРИАЛЬНАЯ
ГИПЕРТОНИЯ 2024**

СОХРАНЯЯ ТРАДИЦИИ,
СТРЕМИТЬСЯ К ПРОГРЕССУ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ISBN 978-5-6049180-3-6



9 785604 918036

**ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЯ
20-21 МАРТА 2024 ГОДА
WWW.GIPERTONIK.RU**

РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

**ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»
ИМ. АКАДЕМИКА Е.И. ЧАЗОВА МИНЗДРАВА РОССИИ**

**ЮБИЛЕЙНЫЙ XX ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
«АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ 2024:
СОХРАНЯЯ ТРАДИЦИИ, СТРЕМИТЬСЯ К ПРОГРЕССУ»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

20-21 марта 2024 года

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

**Наконечников
Сергей Николаевич**

Директор Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, член президиума Общества Врачей России, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ КОНГРЕССА

**Блинова
Наталья Владимировна**

Секретарь Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, старший научный сотрудник отдела гипертензии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» имени академика Е.И. Чазова Минздрава России, к.м.н.

**Гончарова
Екатерина Анатольевна**

Руководитель группы по организации конференций Российского медицинского общества по артериальной гипертензии

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Агеев Ф.Т. (Москва)
Аксёнова А.В. (Москва)
Барбараш О.Л. (Кемерово)
Бойцов С.А. (Москва)
Галявич А.С. (Казань)
Гринштейн Ю.И. (Красноярск)
Грамович В.В. (Москва)
Данилов Н.М. (Москва)
Демидов А.А. (Астрахань)
Драпкина О.М. (Москва)
Ежов М.В. (Москва)
Ерёгин С.Я. (Ярославль)
Жернакова Ю.В. (Москва)
Кисляк О.А. (Москва)

Кухарчук В.В. (Москва)
Литвин А.Ю. (Москва)
Мартынюк Т.В. (Москва)
Михин В.П. (Курск)
Небиеридзе Д.В. (Москва)
Невзорова В.А. (Владивосток)
Николаева И.Е. (Уфа)
Огарков М.Ю. (Кемерово)
Остроумова О.Д. (Москва)
Павлова О.С. (Республика Беларусь)
Перепеч Н.Б. (С.-Петербург)
Подзолков В.И. (Москва)
Праздников Э.Н. (Москва)
Савенков М.П. (Москва)

Скибицкий В.В. (Краснодар)
Стародубова А.В. (Москва)
Трушина О.Ю. (Москва)
Фомин В.В. (Москва)
Чазова И.Е. (Москва)
Чихладзе Н.М. (Москва)
Шалаев С.В. (Тюмень)
Шапошник И.И. (Челябинск)
Шутёмова Е.А. (Иваново)
Шестакова М.В. (Москва)
Яхонтов Д.А. (Новосибирск)
Янушевич О.О. (Москва)

УДК 616.12-008.331
ББК 53.0

Сборник тезисов Юбилейного XX Всероссийского конгресса «Артериальная гипертензия 2024: сохраняя традиции, стремиться к прогрессу». 20-21 марта 2024 г. — М.: Издательство: ООО «ИнтерМедсервис», 2024. 24 с.

ISBN: 978-5-6049180-3-6

Тираж: 100 шт.

В сборник включены тезисы, посвященные современным вопросам профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертензии.

© Авторы тезисов, 2024

UDC 616.12-008.331
LBC 53.0

Abstracts of the Anniversary XX All-Russian Congress "Arterial Hypertension 2024: preserving traditions, striving for progress". March 20-21, 2024. — M.: Publisher: InterMedservice LLC, 2024. 24 p.

ISBN: 978-5-6049180-3-6

Circulation: 100 шт. pieces

The collection includes abstracts on contemporary issues of prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension.

© Abstract Authors, 2024

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

Генеральные партнёры



Участие с симпозиумом



ГЕДЕОН РИХТЕР



Участие с докладом



Информационные партнёры



ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРЕССОРНОЙ И ДЕПРЕССОРНОЙ ГУМОРАЛЬНЫМИ СИСТЕМАМИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

ТУРКМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМ. МЫРАТА ГАРРЫЕВА,

г. АШХАБАД, ТУРКМЕНИСТАН

✉ TYLLATANRYBERDIYEVA@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Высокая активность ренина в плазме (АРП) приводит к образованию активного ангиотензина II (А II). А II, обладая сильной биологической активностью, стимулирует выработку альдостерона корой надпочечников и высвобождение вазопрессина из задней доли гипофиза, вызывает вазоконстрикцию артериол. Анализ результатов клинико-физиологических исследований показывает, что гипертонические кризы (ГК) с высокой АРП характеризуются более частыми сердечно-сосудистыми осложнениями. Активизация калликреин-кининовой системы крови, напротив, приводит к стимуляции парасимпатического отдела нервной системы и снижению артериального давления. Разрушение активных кининов способствует проявлению прессорных гуморальных факторов. Цель: анализ взаимосвязи между прессорной и депрессорной гуморальными системами во время ГК.

Материал и методы:

На базе Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии было обследовано 96 больных с артериальной гипертензией (АГ) во время ГК в возрасте от 35 года до 67 лет. Мужчин было 49, а женщин - 47. Пациенты были разделены на две группы: 1) 46 больных с АГ I стадии (АГ I); 2) 50 пациентов с АГ II стадии (АГ II). В обеих группах больные были практически сопоставимы по полу, возрасту и индексу массы тела. У всех пациентов во время ГК радиоиммунологическим методом определялись АРП и содержание калликреина (СК) в сыворотке крови.

Результаты:

У больных АГ I при кризах в половине случаев наблюдалась высокая АРП ($5,1 \pm 1,3$ нг/млхч; $p < 0,05$). Вдвое реже встречались ГК с нормальной и низкой активностью ренина. У больных АГ II ГК характеризовались высокой степенью АРП. СК при АГ I достоверно не отличалось от показателя у здоровых лиц ($22,1 \pm 4,1$ кЕ/л; $p < 0,01$), а при АГ II снижалось незначительно ($18,05 \pm 2,1$ кЕ/л; $p < 0,05$). Во время ГК коэффициент АРП/СК выглядел следующим образом: $0,19 \pm 0,03$ при АГ I и $0,15 \pm 0,02$ при АГ II, а после лечения достоверно снижался (на 51%; $p < 0,02$ и 47,3%; $p < 0,01$ соответственно). Взаимодействие прессорной и депрессорной систем, нарушенное во время ГК, когда при высокой АРП наблюдается низкое или нормальное СК, после лечебных мероприятий уравнивалось: АРП снижалась, а СК увеличивалось.

Заключение:

Изучение во время ГК взаимоотношения тесно связанных, но являющихся антагонистами по своему действию, ренина и калликреина является очень важным для дальнейшей лечебной тактики и прогноза заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ГЕМОДИНАМИКИ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

ТУРКМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМ. МЫРАТА ГАРРЫЕВА,

г. АШХАБАД, ТУРКМЕНИСТАН

✉ TYLLATANRYBERDIYEVA@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: анализ особенностей электрокардиограммы (ЭКГ) при ГК с разными типами гемодинамики.

Материал и методы:

Обследовано 27 больных артериальной гипертензией I стадии (АГ I) и 32 пациента с АГ II в кризовом период. Во всех случаях производилось определение основных ЭКГ показателей и методом эхокардиографии (ЭхоКГ) – типа гемодинамики. С помощью ЭхоКГ определялись конечный систолический и диастолический объемы (КСО и КДО), ударный объем (УО), минутный объем (МО), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Тип гемодинамики определялся по уровню сердечного индекса (СИ) (эукинетический тип при $СИ = 2,5 - 4,2$ л/мин \times м²; гипокинетический тип $< 2,5$ л/мин \times м²; гиперкинетический при $СИ > 4,2$ л/мин \times м²).

Результаты:

Горизонтальная позиция сердца часто отмечалась у больных АГ I с гиперкинетическим типом ГК (39%) и при АГ II с гипокинетическим кризом (31%). Отклонение электрической оси сердца влево наблюдалось у больных с АГ I при эукинетическом ГК (27%), а у больных АГ II с гипо- (35%) и гиперкинетическим ГК (29%). Тахикардия была характерна, в основном, для гиперкинетического ГК (19% при АГ I и 43% при АГ II), а брадикардия – для гипокинетического типа криза (21% и 44% соответственно). В обеих стадиях АГ с гиперкинетическим типом ГК отмечался высокий процент желудочковой экстрасистолии и мерцательной аритмии (42% при АГ I и 56% при АГ II). При сравнении ЭКГ и ЭхоКГ признаков гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у больных с АГ II подтвердилась при гиперкинетическом ГК у 61%, эукинетическом – в 78% случаев и гипокинетическом – у 58% больных.

Заключение:

Тип гемодинамики при ГК оказывает определенное влияние на ЭКГ картину. Гиперкинетический тип ГК характеризуется частым осложнением в виде желудочковой экстрасистолии и мерцательной аритмии.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

КАНУНОВА Т.А. ✉, МУСАЕВА Ф.М., АШИНА Д.А., ПАШАЕВА А.М., РЖЕВСКАЯ О.Н., АЛИДЖАНОВА Х.Г. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия

✉ KANUNOVA_TANYA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Реципиенты почечного трансплантата (ПТ) представляют собой особо чувствительную группу пациентов из-за множества рисков и осложнений, связанных с сопутствующими заболеваниями и иммуносупрессией. Среди реципиентов почечного трансплантата широко распространена трудно

поддающаяся медикаментозному лечению артериальная гипертензия (АГ) или посттрансплантационная АГ (ПАГ), частота которой в посттрансплантационном периоде составляет около 80%. АГ у реципиентов почечного трансплантата – основной фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). АГ приводит к высокой частоте снижения функции почек, низкой выживаемости трансплантата и реципиента, являясь причиной отторжения трансплантата и преждевременной смерти. Пациенты с систолическим артериальным давлением (АД) более 180 мм рт. ст. имеют в 2 раза больший риск потери функции трансплантата по сравнению с пациентами с систолическим АД менее 140 мм рт. ст. Цель исследования. Изучить причины развития и тактику лечения АГ в посттрансплантационном периоде у реципиентов ПТ.

Материал и методы:

Проанализированы 50 литературных источников по проблеме артериальной гипертензии в посттрансплантационном периоде у реципиентов почки.

Результаты:

ПАГ не имеет точного определения. Отсутствие рандомизированных контролируемых исследований «оптимального целевого АД» у реципиентов ТП было признано KDIGO, где рекомендован более низкий целевой показатель для пациентов с протеинурией. Распространенность резистентной АГ (офисное АД $\geq 130/80$ мм рт. ст.) зарегистрирована у 17,5%-23,5% реципиентов, несмотря на прием ≥ 1 и ≥ 3 антигипертензивных препаратов (АГП), соответственно. Ночная АГ значительно превышает распространенность дневной, частота которой колеблется от 69% до 77%. По мнению исследователей офисное АД только приблизительно отражает АД и может привести к принятию неправильных терапевтических решений. Для скрининга АГ у реципиентов рекомендуют проведение суточного мониторинга АД. В систематическом обзоре Pisano A. et al. сделан вывод: диагностировать и контролировать АГ у реципиентов ПТ с помощью традиционных измерений АД вероятно следует пересмотреть. Факторами риска ПАГ являются факторы, определяющие происхождение как донора, так и реципиента; факторы, связанные с процессом трансплантации и иммуносупрессивной терапии (ИТ). К ним относят повышенное АД до ТП, сахарный диабет, табакокурение, задержку функции трансплантата, уровень креатинина через 1 год после ТП $>1,5$ мг/дл, применение ИТ, таких как циклоспорин, и факторы донора (возраст донора >50 лет). В качестве причины ПАГ рассматривается острое и хроническое отторжение, ИТ, обструктивное апноэ во сне, рецидивирующие заболевания почек, заболевания родной почки, стеноз почечной артерии, последствия антитело-опосредованного отторжения и несостоятельность аллотрансплантата. Механизмы АГ ТП изменчивы и иногда специфичны; включают стимуляцию ангиотензина, снижение скорости клубочковой фильтрации и системную артериальную резистентность. Необходимость изучения терапии ПАГ обусловлена не только клинической значимостью, но и потенциальной возможностью улучшения результатов лечения и продолжительности жизни реципиентов. Двумя основными целями антигипертензивной терапии после трансплантации являются сохранение функции почек (или замедление прогрессирования заболевания почек) и снижение риска ССЗ. Ряд исследований определили ПАГ с различными предельными уровнями систолического и диастолического АД и требованиями к применению АГП. Трудности подбора правильного лечения таким пациентам заключаются в неэффективности многих препаратов первой линии, а также в том, что наиболее распространенные иммуносупрессивные препараты (циклоспорин и FK-506) сами способствуют развитию АГ. Не существует

единого алгоритма лечения ПАГ. Фармакологическое лечение должно быть индивидуализированным и включать антигипертензивные препараты (АГП) разных фармакологических классов до достижения рекомендуемых целей. Большинству пациентов для достижения целевых показателей контроля АД требуется более одного препарата из-за недостаточной эффективности или ограничивающих дозу побочных эффектов. В лечении ПАГ могут использоваться все классы АГП. В посттрансплантационном периоде целевой уровень АД должен быть $\leq 130/80$, как это предложено KDIGO, выбор АГП должен основываться на наличии у реципиента других сопутствующих заболеваний. Модификацию образа жизни следует принять в качестве подхода первой линии на основе рекомендаций, применяемых среди населения в целом: низкое потребление натрия (<2 г/день), физическая активность умеренной интенсивности (≥ 150 минут в неделю), соблюдение сбалансированной диеты и поддержание индекса массы тела и окружности талии в пределах нормы (18,5 и 24,9 кг/м² и <102 см соответственно), снижение потребления алкоголя и отказ от курения. Контроль объема, а не АД, является показанием к применению петлевых диуретиков у реципиентов почечного трансплантата, особенно в ближайший и ранний посттрансплантационный периоды. Тиазидные диуретики редко используются при лечении реципиентов почечного трансплантата из-за их метаболических побочных эффектов, которые включают гипергликемию, гиперурикемию, гиперкальциемию и гипонатриемию. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) обычно не используются как гипотензивные средства у реципиентов почечного трансплантата. Гиперкалиемию является распространенным побочным эффектом АМКР и может усугубляться у реципиентов трансплантата почки с гиперкалиемией, вызванной приемом кальциневрина. Пациентам с ИБС и/или аритмиями, перенесшим трансплантацию почки рекомендованы бета-блокаторы или альфа- и бета-блокаторы, такие как карведилол. Антагонисты кальция в настоящее время считаются АГП выбора. Блокаторы кальциевых каналов (БКК) доказали свою эффективность в снижении нефротоксичности, обусловленной циклоsporином, купировании гипертензии предотвращении острого тубулярного некроза после трансплантации. Терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II может вызвать или усугубить снижение скорости клубочковой фильтрации, и это свойство может имитировать или маскировать ранние признаки острого отторжения трансплантата. Следовательно, эти препараты трудно использовать на ранних этапах после трансплантации, но важно отметить, что влияние иАПФ предотвращает прогрессирование почечного гломерулосклероза и хроническое ухудшение функции почек. Агонисты альфа-2: клонидин и гуанабенз – эффективные препараты третьего ряда, которые уменьшают симпатический отток из центральной нервной системы и, таким образом, снижают периферическое сосудистое сопротивление и АД. Доксазозин и теразозин, можно использовать в качестве препаратов второй или третьей линии вместе с бета-блокаторами и диуретиками. Они могут улучшить отток мочи у мужчин с гиперплазией предстательной железы и не могут вызывать таких сильных отеков, как периферические вазодилататоры или БКК. Периферические вазодилататоры гидралазин и миноксидил являются эффективными АГП третьего ряда. Из-за задержки жидкости и рефлекторной тахикардии при применении этих препаратов их следует применять с диуретиками, бета-блокаторами или агонистами альфа-2.

Заключение:

Высокое АД подвергает реципиента почечного трансплантата риску ССЗ и смертности, а также усилению системной гипертен-

зии, которая является как причиной, так и следствием почечной патологии. Причины и факторы риска посттрансплантационной АГ реципиента не всегда могут быть определены, однако знание посттрансплантационных механизмов необходимо для поиска оптимального антигипертензивного лечения. Управление АД после трансплантации почки требует систематического и индивидуального подхода с использованием нефармакологической и фармакологической терапии. Не существует единого алгоритма лечения. Для достижения целевого АД нередко необходимо применение нескольких антигипертензивных препаратов. Особое внимание необходимо уделять потенциальным побочным эффектам лекарств и их взаимодействию с иммунодепрессантами.

АНАЛИЗ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Заяц А.Н.¹, Зайцева В.Ю.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь;

²ГУЗ «Городская поликлиника № 7 г. Гродно», г. Гродно, Беларусь

✉ po_an_ni@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с офисным высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) представляет гетерогенную группу, включающую пациентов с предгипертензией, дебютом артериальной гипертензии (АГ), маскированной АГ. Пациенты с новыми фенотипами повышения АД – ночной АГ и ортостатической АГ, также могут принадлежать к данной категории. Клинический интерес к ВНАД обусловлен высоким процентом трансформации ВНАД в АГ. Выделение группы высокого риска развития АГ является актуальным для формирования комплекса мер по первичной профилактике заболевания. Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) – доступный как на стационарном, так и на амбулаторном этапах оказания медицинской помощи, простой в выполнении метод определения функционального резерва сердечнососудистой системы в условиях покоя и ортостаза. Целью исследования явилось определение возможности анализа ВСР при выполнении активной ортостатической пробы (АОП) в прогнозировании АГ у молодых мужчин.

Материал и методы:

В исследование включены 50 мужчин в возрасте 18-29 лет, на момент обследования которых в 2010-2013 годах не был установлен диагноз АГ, офисное АД соответствовало категории ВНАД, подписавшие добровольное информированное согласие участия в исследовании. Выполнен сбор жалоб и анамнеза, исследованы факторы кардиоваскулярного риска, проведены электрокардиография, суточное мониторирование АД, эхокардиография. Дополнительно проведена АОП с анализом ВСР. В течение 10-летнего периода наблюдения у 18 мужчин развилась АГ (1-я группа), у 32 пациентов АГ установлена не была (2-я группа). Диагноз выставлен в соответствии с рекомендациями ЕОК/ЕОАГ 2018 года. АОП проводилась для оценки общей, надсегментарной, симпатической и парасимпатической реактивности. Определение ВСР проводилось на аппаратно-программном комплексе «Поли-Спектр-8Е/8В» (Россия) с использованием модуля анализа ВСР «Поли-Спектр-Ритм». Оценивалась динамика показатели временного (SDNN) и спектрального (VLF, LF, HF, LF/HF) анализа ВСР (Δ — отношение показателя при АОП к показателю в покое). Статистическая обработка результатов проведена методами

непараметрической статистики с использованием программ статистической обработки данных Statistica 10.0 и ExcelAttestat. Прогностическую значимость показателей определяли с помощью ROC-анализа. Для построения модели регрессии использовался метод нелинейной логистической регрессии с бинарным откликом с логит-функцией связи и определением прогностической значимости и порога отсека. Критическим уровнем статистической значимости считали $p < 0,05$.

Результаты:

В 1-й группе увеличился показатель SDNN при выполнении АОП ($Z=2,67$, $p=0,008$). Также в 1-й группе выявлен значимый прирост показателя VLF ($Z=2,0$, $p=0,046$) и отсутствие динамики показателей LF и HF ($p > 0,05$). Группы исследования различались по следующим показателям: Δ SDNN (1,33 (1,25; 1,54), 1,02 (0,92; 1,19), $p < 0,001$), Δ VLF (2,14 (1,84; 2,49), 1,42 (1,01; 1,78), $p=0,001$), Δ LF (3,28 (2,59; 4,89), 2,0 (1,30; 2,94), $p=0,02$), Δ HF (0,77 (0,64; 1,05), 0,28 (0,22; 0,64), $p < 0,01$). Показатели были включены в построение модели логистической регрессии с бинарным откликом с логит-функцией связи. Статистически значимыми показателями оказались Δ SDNN, Δ VLF и Δ HF ($\chi^2=22,0$, $p < 0,001$). Математическая модель имеет вид: $p=8 \times \Delta$ SDNN-0,38 \times Δ VLF-1,59 \times Δ HF-8,77. Полученная математическая модель оценена при помощи ROC-анализа – AUC 0,94 \pm 0,05, $p < 0,001$. С чувствительностью 94% и специфичностью 81% прогнозируется высокий риск развития АГ в течение 10 лет при значении p равно или больше 0,126.

Заключение:

Вегетативное обеспечение АОП у пациентов с высоким риском развития АГ в течение 10 лет происходит при парадоксальном росте ВСР с вовлечением надсегментарных регуляторных механизмов и сниженной парасимпатической реактивности. Предикторами развития АГ у молодых мужчин явились рост показателей SDNN, VLF и HF при выполнении АОП. Полученная прогностическая модель может быть применена как метод определения индивидуального 10-летнего риска развития АГ, позволяет формировать группу риска для обеспечения комплекса диагностических и профилактических мероприятий.

АНАЛИЗ ЭПИЗОДОВ МИКРОВОЛНОВОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ Т-ЗУБЦА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Алейникова Т.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

✉ wond-l@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Чаще всего на практике клиницист может иметь дело с микроволновой альтернативой Т-волны (ТWA), то есть такой, которая не определяется на электрокардиограмме (ЭКГ), но может быть записана и определена по данным холтеровского мониторирования (ХМ). Анализирующая программа распознает и измеряет ТWA при любых значениях частоты сердечных сокращений (ЧСС). Наличие микроральтернативы Т-зубца указывает на электрическую нестабильность миокарда и является плохим прогностическим признаком. Цель исследования: проанализировать эпизоды микроволновой альтернативы Т-зубца у молодых пациентов мужчин с малыми аномалиями развития сердца.

Материал и методы:

Обследовано 24 пациента мужчины в возрасте 21,7 \pm 2,28 лет с наличием малых аномалий развития сердца (аномально расположенных хорд левого желудочка, пролапса митрального клапана). Всем была проведена запись ЭКГ в 12-ти отведениях, эхо-

кардиография, ХМ. Альтернация Т-зубца (TWA) рассчитывалась с помощью автоматизированного программного метода, учитывались нормативные значения временного анализа микроволновой альтернации Т-зубца ($TWA < 55 \text{ мкВ}$). При проведении ХМ были проанализированы: среднее значение TWA, стандартное отклонение TWA, наибольшее значение TWA. Данные одного пациента усреднялись с использованием стандартных статистических методов. Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

Средние показатели TWA не выходили за рамки нормативных значений. Эпизоды альтернации Т-зубца регистрировались в течение всего периода ХМ, достоверность определения величины TWA была не менее 75%. Было зарегистрировано более 106 эпизодов значимой альтернации Т-зубца, длительностью от 14 до 52 секунд. Средние значения альтернации Т-зубца (TWA) составили по 1, 2 и 3 каналам записи 15,59 мкВ, 12,24 мкВ и 15,57 мкВ соответственно. Стандартные отклонения - 15,72 мкВ, 10,69 мкВ и 16,91 мкВ. Наибольшее значение $TWA = 171,2 \pm 68,1 \text{ мкВ}$. Выявлена значимая корреляция между показателями вариабельности сердечного ритма (BCP) и значениями TWA: SDNN ($r = 0,42$; $p = 0,04$), RMSSD ($r = 0,56$; $p = 0,004$). Выявлена корреляция между продолжительностью скорректированного интервала QT и значениями альтернации Т-зубца ($r = 0,41$; $p = 0,04$). Установлена корреляционная связь между значениями микроволновой альтернации Т-зубца и числом желудочковых экстрасистол в сутки ($r = 0,45$; $p = 0,03$). При этом желудочковые экстрасистолы были зарегистрированы у 59% пациентов, наджелудочковые – у 75%. У 53% пациентов были зарегистрированы одновременно желудочковые и наджелудочковые (единичные и групповые) экстрасистолы.

Заключение:

Микроволновая альтернация Т-зубца (TWA) является неинвазивным прогностическим тестом, коррелирующим с показателями BCP, продолжительностью скорректированного интервала QT, числом желудочковых экстрасистол и дающим возможность получить важную информацию о предрасположенности пациента к развитию жизнеугрожающих аритмий.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Луконин И.А.✉, Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Шульга Е.К., Григорян К.А.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Краснодар, Россия

✉ LUKONIN-ILYA2013@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние комбинации азилсартана медоксомила (Аз-М) с амлодипином (Амл) на показатели «офисного», суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и суточного профиля АД (СПАД) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы:

В исследование было включено 70 пациентов с неконтролируемой АГ ($АД \geq 130/80 \text{ мм рт. ст.}$) и СД2. После отмены предыдущей, неэффективной антигипертензивной терапии им назначалась комбинация Аз-М с Амл в исходных дозировках 40/5 мг/сут. с последующей эскалацией доз до 80/10 мг/сут. соответственно, при

необходимости. Измерение показателей «офисного» АД проводилось исходно, через 4, 8, 12 и 24 недели после назначения терапии, а регистрация параметров СМАД и СПАД выполнялась с помощью аппаратного комплекса BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) при первичном визите и через 24 недели лечения. При статистическом анализе данных применялся критерий Вилкоксона, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

На фоне 24 недель терапии сочетанием Аз-М с Амл 65 (93%) пациентов достигли показателей $АД < 130/80 \text{ мм рт. ст.}$ и удерживали их на протяжении всего периода наблюдения. Анализ динамики показателей СМАД показал их статистически значимое снижение, однако наиболее выражено уменьшились следующие: среднесуточное систолическое и диастолическое АД – на 17% ($p < 0,001$), индекс времени (ИВ) систолического АД (САД) днем – на 40% ($p < 0,001$), ИВ САД ночью – на 31% ($p < 0,001$), вариабельность САД днем и ночью – на 27% ($p < 0,001$) и 21% ($p < 0,001$) соответственно, скорость утреннего подъема САД и диастолического АД- на 28% ($p < 0,001$) и 22% ($p < 0,001$) соответственно. Вместе с тем отмечалось улучшение СПАД: увеличение числа пациентов «dipper» (с 30,1% до 92,3%; $p < 0,001$) и уменьшение количества «non-dipper» (с 60,7% до 7,7%, $p < 0,001$).

Заключение:

В исследовании показана высокая антигипертензивная эффективность комбинации Аз-М и Амл у пациентов с АГ и СД2, что проявлялось в высокой частоте достижения и удержания ими целевых уровней «офисного» АД и выраженной позитивной динамике всех показателей СМАД и СПАД. Полученные данные могут учитываться при персонализированном подборе фармакотерапии у подобных больных.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В КУЗБАССЕ. ФОКУС НА ПАРАМЕТРЫ ИНФРАСТРУКТУР

ГАЗИЕВ Т.Ф.✉, МУЛЕРОВА Т.А.

ФГБНУ «НИИ КПССЗ», г. Кемерово

✉ GAZIEV.TIM@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Формирование и преобразование городских пространств является современной реальностью, нацеленной на экологическое существование и благополучие каждого человека. В настоящее время достаточно глобальными и актуальными стали вопросы, связанные с воздействием инфраструктуры окружающей среды конкретного региона Российской Федерации на здоровье человека. Цель работы. Установить распространенность артериальной гипертензии и её ассоциации с неблагоприятными параметрами инфраструктуры района проживания среди жителей Кемеровской области.

Материал и методы:

В исследовании приняло участие 1 598 респондентов в возрасте от 35 до 70 лет, проживающих на территории Кемеровской области (женщины – $n = 1121$, средний возраст – 54,9 лет; мужчины – $n = 476$, средний возраст – 52,6 лет). Жителей города – 1107, села – 491. Артериальное давление измерялось согласно рекомендациям Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (2013 г.). Оценка территории зоны проживания проводилась по субъективному мнению респондентов о параметрах инфраструктуры (анкета Neighborhood Environmental Walkability Scale). Анализировали удаленность различных объектов инфраструктуры и удовлетворенность ими городского и сельского населения. В зависимости от полученного ответа сформированы неблагоприятные параметры инфраструктуры,

которые были объединены в 4 группы социальных факторов. Первая группа дает представление о «доступности основных объектов инфраструктуры», вторая – описывает «состояние улиц в зоне проживания», третья – характеризует «пешеходную инфраструктуру», четвертая – оценивает «эстетическую составляющую» района проживания. Статистический анализ выполнялся в программе STATISTICA 10.0.1011.0.

Результаты:

Частота АГ в представленной выборке населения Кемеровской области составила 69,3% (66,7% в городе, 75,4% в селе, $p=0,001$). У лиц моложе 45 лет распространенность АГ составила – 43,1%, в возрастной группе 45-64 лет – 72,9%, у лиц старше 65 лет – 89,7%. Статистически значимой разницы в частоте данного заболевания по полу не получено: среди мужчин – 69,7%, среди женщин – 69,2% ($p=0,835$). Для городского населения установлено увеличение отношения шансов развития АГ среди лиц, указывающих на плохо организованную пешеходную инфраструктуру [ОШ=2,00; 95% ДИ (1,22-3,29), $p=0,005$] и неудовлетворенных параметрами, характеризующими эстетическую составляющую района проживания [ОШ=1,62; 95% ДИ (1,01-2,61), $p=0,044$]. Такие группы социальных факторов, как недоступность основных объектов инфраструктуры и неудовлетворенность состоянием улиц в зоне проживания с риском АГ не ассоциировались [ОШ=0,81; 95% ДИ (0,50-1,32), $p=0,414$] и [ОШ=1,18; 95% ДИ (0,84-1,65), $p=0,323$]. У сельского населения связей между группами социальных факторов и АГ не было обнаружено: недоступность основных объектов инфраструктуры [ОШ=0,78; 95% ДИ (0,45-1,34), $p=0,380$]; неудовлетворительное состояние улиц в зоне проживания [ОШ=1,13; 95% ДИ (0,70-1,82), $p=0,602$]; плохо организованная пешеходная инфраструктура [ОШ=0,45; 95% ДИ (0,16-1,26), $p=0,128$]; эстетическая составляющая района проживания [ОШ=1,14; 95% ДИ (0,42-3,10), $p=0,782$].

Заключение:

Настоящее исследование подчеркнуло важность изучения параметров инфраструктуры и планирования городского пространства для создания здоровьесоориентированной среды для населения определенного региона в Российской Федерации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА

Иманкулова Д.А.✉, Аляви А.Л.,
Туляганова Д.К., Юнусова Л.И.

ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ», г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

✉ I.DJAMSHEDA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования заключается в оценке агрегации тромбоцитов и уровня гликированного гемоглобина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материал и методы:

На базе Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации было обследовано 46 больных ИБС. Всем больным было проведено лабораторное и инструментальное обследование в условиях стационара. В зависимости от наличия сопутствующего сахарного диабета больные были разделены на две группы. В первую группу вошли больные с ИБС соче-

танной с СД 2 типа ($n=25$), вторую группу составили больные только с ИБС ($n=21$). Пациенты с диабетом по уровню HbA1 были разделены на две подгруппы: с HbA1 <6% и HbA1 \geq 7%. Все больные получали соответствующую диагнозу терапию, включающую прием антиагрегантных препаратов. При использовании АДФ в качестве агрегирующего агента были определены показатели агрегационной способности тромбоцитов с записью агрегатограммы и регистрацией спонтанной агрегации тромбоцитов. Данное исследование проводилось на двуканальном лазерном анализаторе (НПФ БИОЛА).

Результаты:

В результате изучения характера спонтанной агрегации тромбоцитов в обеих группах установлено, что у больных ИБС в сочетании с СД 2-го типа по сравнению с больными ИБС без СД 2-типа была резко повышена спонтанная агрегация тромбоцитов ($1,47\pm 0,05$ против $1,75\pm 0,09$ мл/мин/ $1,73$ м², $p<0,05$ соответственно). При выведении среднего показателя агрегатов спонтанная агрегация у больных ИБС с СД 2-типа была значительно выше, чем у пациентов без СД. Далее изучалась 5,0 мкм АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов, в подгруппах ИБС с СД 2 типа в зависимости от уровня гликированного гемоглобина менее 6% и более 7% ($45,56\pm 2,47$ против $58,25\pm 3,82$ мл/мин/ $1,73$ м², $p<0,05$ соответственно). Установлено, что высокие показатели спонтанной агрегации тромбоцитов наблюдались в подгруппе пациентов с HbA1 более 7%.

Заключение:

Таким образом, у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом отмечалось повышение реактивности тромбоцитов, в сравнении с больными только с ИБС. Слабо контролируемый гликемический контроль, в виде HbA1 более 7%, также сопровождается повышением агрегационных свойств тромбоцитов, что получило подтверждение высокими показателями спонтанной агрегации тромбоцитов в сравнении результатов подгрупп ИБС с СД 2 типа. Полученные данные подтверждают взаимосвязь между агрегационными свойствами тромбоцитов и гликемическим контролем у больных ИБС с СД 2 типа, получавших антиагрегантную терапию и могут использоваться для предотвращения сердечно-сосудистых событий.

ВКЛАД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Старченко А.Д.¹✉, Лискова Ю.В.²,
Мясникова А.А.¹, Шукшина Л.М.¹

¹ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Оренбург, Россия;

²ФГАУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

✉ DOCTORNASTENKA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Цель работы – изучить вклад артериальной гипертензии (АГ) в коморбидность пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы:

Всеми участниками исследования подписано добровольное информированное согласие. В процессе работы были обследова-

ны 60 пациентов обоего пола (30 мужчин (М) и 30 женщин (Ж)) с диабетическим фенотипом СНсФВ I-IIA стадий, I-III ФК – основная группа; 60 пациентов (30 М и 30 Ж) с СНсФВ I-IIA стадий, I-III ФК, не ассоциированной СД2 – группа сравнения. Пациенты имели многососудистое поражение коронарных артерий и поступали на плановое аортокоронарное шунтирование ГАУЗ «ОКБ им. В.И. Войнова». Всем выполнялось стандартное лабораторно-инструментальное обследование согласно современным клиническим рекомендациям по АГ и СН. С целью оценки роли коморбидной патологии определяли индекс Charlson и в соответствии с ним – % 10-летней выживаемости. Обработку полученных данных выполняли с использованием программы «Statistica 12.0». Уровень статической достоверности p принимался равным 0,05.

Результаты:

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $65,18 \pm 6,04$ лет. СНсФВ в 100% случаев была ассоциирована с АГ и ишемической болезнью сердца. При оценке распространенности АГ по стадиям и степеням установлены ряд особенностей. У всех пациентов была гипертония III стадии. Распространенность по степеням (ст.) в зависимости от половой принадлежности и наличия СД2 представлена ниже. М с СНсФВ с СД2 – 1 ст. – 0%, 2 ст. – 0%, 3 ст. – 100% ($n=30$). М с СНсФВ без СД2 – 1 ст. – 3,3% ($n=1$), 2 ст. – 13,3% ($n=4$), 3 ст. – 83,4% ($n=25$). Ж с СД2 – 1 ст. – 0%, 2 ст. – 0%, 3 ст. – 100% ($n=30$). Ж без СД2 – 1 ст. – 0%, 2 ст. – 6,7% ($n=2$), 3 ст. – 93,3% ($n=28$). 8 пациентов (13,3%) с диабетическим фенотипом СНсФВ имели неконтролируемое течение АГ. В группе без СД2 в 100% случаев было контролируемое течение гипертонии. Индекс коморбидности Charlson составил: М без СД2 – $4,36 \pm 1,11$, М с СД2 – $6,11 \pm 1,65$, $p=0,000048$; Ж без СД2 – $5,88 \pm 2,13$, Ж с СД2 – $7,00 \pm 1,72$, $p=0,049$.

Заключение:

АГ продолжает оставаться серьезной проблемой здравоохранения за счет возрастающей когорты пациентов с неконтролируемым артериальным давлением. Установлено, что диабетический фенотип СНсФВ характеризуется более тяжелым течением АГ независимо от пола. Данный факт имеет неблагоприятные последствия, снижая % 10-летней выживаемости пациентов с СН. Эффективный контроль АГ в когорте пациентов с диабетическим фенотипом СНсФВ является ключевым моментом профилактики прогрессирования сердечной недостаточности.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ И КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ясюкайт Н.В. ✉, Барбук О.А., Затолока Н.В., Русских И.И., Колядко М.Г., Павлова О.С.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

✉ YASIUKAITS12@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с эссенциальной АГ на фоне повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероной системы с увеличением образования ангиотензина II (АТ II) происходит активация как врожденного, так и адаптивного иммунитета, вследствие чего образуются активированные иммунные клетки, которые проникают в интерстиций почек и сосуды, где высвобождают цитокины, активные формы кислорода (АКФ) и металлопротеиназы; развиваются оксидативный стресс и неспецифическое низкоинтенсивное

воспаление в артериях, почках и центральной нервной системе, способствуя прогрессированию заболевания с поражением органов-мишеней. Дальнейшее изучение воздействия на данные звенья патогенеза АГ позволит применять более целенаправленные и персонализированные методы терапии. Цель: Определить влияние лечения блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероной системы (РААС) и кальциевых каналов на показатели воспаления у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 47 пациентов (18 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет с неконтролируемой АГ I-II степени, средний возраст которых составил $54,13 \pm 6,31$ лет. Пациенты были без сахарного диабета, перенесенных в анамнезе инфаркта миокарда или инсульта, острых воспалительных и аутоиммунных заболеваний. Участникам исследования исходно и через год проводились клинические осмотры с офисным измерением артериального давления (АД), выполнялись суточное мониторирование АД (СМАД), измерение центрального систолического (ЦСАД) и диастолического аортального давления (ЦДАД) методом аппланационной тонометрии с помощью прибора «Sphygmocor» (AtCor Medical, Inc., Австралия), биохимический анализ крови с определением высокочувствительного СРБ (вСРБ) на автоматическом анализаторе Architect Plus c4000 (Abbott, США) по стандартным методикам с использованием наборов Abbott (США); определение концентрации в сыворотке крови интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) проводилось иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов «Альфа-ФНО-ИФА-БЕСТ», «Интерлейкин-1бета-ИФА-БЕСТ», «Интерлейкин-6-ИФА-БЕСТ», «Интерлейкин-8-ИФА-БЕСТ» (Вектор-бест, Россия). После первичного исследования пациентам была назначена комбинированная терапия в составе ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (периндоприл в дозе 4-8 мг) с блокатором кальциевых каналов (амлодипин в дозе 5 мг) (26 человек) или блокатора рецепторов ангиотензина (телмисартан в дозе 40-80 мг) с амлодипином в дозе 5 мг (21 человек).

Результаты:

На фоне антигипертензивной терапии в течение 1 года у пациентов с АГ из обеих групп достоверно снизился уровень офисного систолического АД (САД) от $146,53 \pm 17,07$ до $129,64 \pm 14,73$ мм рт. ст. ($p=0,001$), диастолического АД (ДАД) от $94,30 \pm 11,28$ до $83,45 \pm 9,35$ мм рт. ст. ($p=0,001$). По результатам СМАД снизились средние уровни САД за сутки от $126,74 \pm 11,84$ до $121,11 \pm 9,94$ мм рт. ст. ($p=0,020$) и САД за день от $131,89 \pm 12,14$ до $125,77 \pm 10,32$ мм рт. ст. ($p=0,010$), ДАД за день от $84,2 \pm 10,26$ до $80,20 \pm 8,52$ мм рт. ст. ($p=0,040$). По данным аппланационной тонометрии достоверно снизились уровни ЦСАД от $136,84 \pm 16,79$ до $124,61 \pm 13,35$ мм рт. ст. ($p=0,010$) и ЦДАД от $94,59 \pm 11,60$ до $84,61 \pm 9,80$ мм рт. ст. ($p=0,010$). В результате антигипертензивного лечения у пациентов с АГ наблюдалась положительная динамика показателей воспаления и АТ II – снижение в крови концентрации ФНО- α от 0,51 (0,19-1,03) до 0,13 (0,0-0,51) пг/мл ($p=0,008$), ИЛ-1 β от 3,59 (1,85-4,78) до 1,30 (0,82-2,55) пг/мл ($p<0,001$), ИЛ-8 от 4,78 (3,88-3,19) до 4,08 (2,68-5,21) пг/мл ($p=0,021$) и АТ II от 142 974,00 (49565,00-213840,00) до 104 339,00 (58 358,00-152 047,00) нг/мл ($p=0,006$).

Заключение:

Антигипертензивное комбинированное лечение блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероной системы и кальциевых каналов в течение года сопровождалось положительной динамикой снижения ангиотензина II и показателей системного воспаления у пациентов с неосложненной АГ.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

АВДЕЕВА И.В.✉, Павлинко К.И., Олейников В.Э.
ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
г. Пенза, Россия
✉ ELISEEVA.IV1@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин и женщин с артериальной гипертензией (АГ), перенесших инфицирование COroNaVirus Disease-2019.

Материал и методы:

В исследование включено 60 пациентов с АГ с новой коронавирусной инфекцией в анамнезе, средний возраст 51,1±8,5 год. Сформированы группы сравнения в зависимости от гендерной принадлежности: 1-я – 29 мужчин (47,4±8,6 лет); 2-я – 31 женщина (54,5±7,1 лет). Обследование назначали после 10 дней отмывочного периода с полным исключением антигипертензивных препаратов пролонгированного действия. С каждым больным проводили беседу, в ходе которой фиксировали наличие отягощенной наследственности, факта курения. Объективное обследование включало регистрацию офисного артериального давления (АД) по методу Короткова на каждой руке 3-хкратно с нахождением среднего значения и частоты сердечных сокращений; измерение роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела. Определяли общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), глюкозу, креатинин, мочевую кислоту (OLYMPUS AU400, «OLYMPUS CORPORATION»). Рассчитывали уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин невысокой плотности (ХС нЛВП), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕР1.

Результаты:

Зафиксирована сопоставимая частота табакокурения и отягощенной наследственности в группах сравнения: 8 (27,6%) и 3 (9,7%) (p=0,074); 8 (27,6%) и 14 (45,2%) пациентов (p=0,159), соответственно. Индекс массы тела и окружность талии в 1-й и 2-й группах не отличались: 30,5±4,2 кг/м² против 30,7±4 кг/м² (p=0,881); 104,4±10,9 см против 102,2±7,6 см (p=0,363), но у мужчин был выше рост, больше масса тела: 179,1±6,6 см против 163,4±4,9 см (p<0,001); 97 (88; 109) кг против 82,04±11,3 кг (p<0,001), соответственно. Уровень систолического АД в 1-й группе составил 152 (146; 155) мм рт. ст., во 2-й – 151 (1144; 154) мм рт. ст. (p=0,487); диастолического АД – 94,3±6,8 ммоль/л и 96 (91; 98) мм рт. ст. (p=0,974); пульсового АД (ПАД) – 58 (53; 62) ммоль/л и 56,8±8,9 мм рт. ст. (p=0,433); частота сердечных сокращений – 75,6±10,3 уд/мин и 74,6±8,9 уд/мин (p=0,687), соответственно. Отмечен сопоставимый уровень ОХС (5,9±1,3 ммоль/л и 6,4±1,05 ммоль/л), ХС нЛВП (4,8±1,2 ммоль/л и 5,1±0,9 ммоль/л), ХС ЛНП (3,8±0,9 ммоль/л и 4,1±0,8 ммоль/л) и ТГ (1,9 (1,6; 2,8) ммоль/л и 1,85±0,7 ммоль/л) в группах сравнения (p>0,05). При этом у мужчин зарегистрированы более низкие значения ХС ЛВП при сравнении с группой женщин – 1,14 (0,9; 1,3) ммоль/л и 1,4±0,3 ммоль/л (p=0,003). Уровень глюкозы в 1-й группе составил 5,7 (5,4; 6,1) ммоль/л, во 2-й – 5,1 (4,9; 5,6) ммоль/л (p=0,011); СКФ по СКД-ЕР1 в 1-й группе – 88,3±12,4 мл/мин/1,73 м², во 2-й – 84,1±13,9 мл/мин/1,73 м² (p=0,215). У мужчин зарегистрированы более высокие значения мочевой кислоты – 393,4±77,6 мкмоль/л против 319,6±85 мкмоль/л у женщин (p=0,001). Гиперурикемия диагностирована у 13 (44,8%) мужчин и 9 (29%) женщин (p=0,005). Изучены возможные взаимосвязи мочевой кислоты с антропо-

метрическими параметрами и основными факторами риска ССЗ. В группе мужчин параметр коррелировал с ТГ (R=0,413, p=0,036) и СКФ (R=-0,422, p=0,032); в группе женщин – с массой тела (R=0,561, p=0,002), ПАД (R=0,518, p=0,003), ТГ (R=0,407, p=0,023) и СКФ (R=-0,548, p=0,001).

Заключение:

При оценке факторов риска ССЗ у мужчин отмечен более высокий уровень мочевой кислоты, глюкозы и более низкие значения ХС ЛВП по сравнению с группой женщин. Подтверждены корреляционные взаимосвязи мочевой кислоты с уровнем ТГ и СКФ у мужчин, у женщин – дополнительно с массой тела и ПАД.

ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПОВ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Заяц А.Н.^{1✉}, Зайцева В.Ю.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь;
²ГУЗ «Городская поликлиника № 7 г. Гродно», г. Гродно, Беларусь
✉ PO_AN_NI@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) определяется как повышение артериального давления (АД) 140/90 мм рт. ст. и выше. Повышение АД может быть ситуационным или носить симптоматический характер. Также, термином АГ описывается заболевание, в основе которого лежит взаимодействие генетических механизмов и средовых факторов, приводящее не только к повышению АД, но и к поражению органов. Заболевание развивается постепенно, длительное время протекает бессимптомно. В его диагностике основное значение имеют повторные измерения АД, в том числе внеофисные. Целью исследования явилось изучение распространенности фенотипов повышения АД у молодых мужчин, определение их роли в выявлении АГ.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 186 мужчин в возрасте 18-29 лет, у 95 (51%) из них диагностирована АГ 1-2 степени. Пациенты с симптоматической АГ, АГ 3 степени, а также получавшие на момент исследования антигипертензивные препараты, в исследование не включались. Всем участникам исследования выполнялось измерение клинического АД и суточное мониторирование АД (СМАД). На основании анализа клинического измерения АД и измерения АД методом СМАД определены фенотипы повышения АД – устойчивая АГ, АГ белого халата, маскированная АГ. Статистический анализ выполнен с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты:

Проанализирована частота выявления фенотипов повышения АД у пациентов с установленной АГ, также у пациентов без АГ. У 65 (68,4%) пациентов с АГ повышение АД носило устойчивый характер – регистрировалось и при офисном измерении, и при СМАД. У 24 (25,3%) пациентов выявлена маскированная АГ, у 6 (6,3%) пациентов – АГ белого халата. У пациентов без установленной АГ также были зарегистрированы повышенные уровни АД при различных способах измерения, что указывает на то, что не каждый случай повышения АД является клиническим симптомом. У 31 (34,1%) мужчин без установленной АГ уровень АД оценен как нормотензия; у 47 (51,6%) мужчин повышение АД носило «маскированный» характер, у 13 (14,3%) мужчин – «белого халата». Фенотип маскированной АГ значимо чаще определялся у пациентов без установленной АГ ($\chi^2=13,7$, p=0,0002). Фенотип АГ

белого халата выявлялся с одинаковой частотой как среди пациентов с АГ 1-2 степени, так и среди мужчин без установленной АГ ($p > 0,05$). Также исследовали распределение пациентов с АГ 1-2 степени и без АГ в зависимости от выявленного фенотипа. Фенотип АГ белого халата определен у 19 мужчин. В 31,6% случаях это были пациенты с установленной АГ и в 68,4% – пациенты без установленной АГ. Фенотип маскированной АГ определен у 71 испытуемого, в 33,8% случаях – пациенты с установленной АГ, в 66,2% случаях – пациенты без установленной АГ. При обоих анализируемых фенотипах повышения АД преобладали мужчины с неустановленной АГ, в соотношении 2:1. У 31,6% пациентов с АГ 1-2 степени выявлены фенотипы не устойчивого повышения АД. Были определены чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного результата и отрицательного результата для фенотипов АГ белого халата и маскированной АГ как вероятных маркеров заболевания. Так, выявление АГ белого халата указывало на наличие заболевания с чувствительностью 6,32%, специфичностью 85,71%, прогностической ценностью положительного результата 31,58%, прогностической ценностью отрицательного результата 46,71%. Для фенотипа маскированной АГ как маркера заболевания чувствительность составила 25,26%, специфичность – 48,35%, прогностическая ценность положительного результата – 33,8%, прогностическая ценность отрицательного результата – 38,26%. Как видно, выявление фенотипов повышения АД у молодых мужчин не может служить критерием постановки или подтверждения диагноза.

Заключение:

В 31,6% случаев установленной АГ определяются фенотипы не устойчивой АГ, причем маскированная АГ определяется чаще, чем АГ белого халата (ОШ 5,01 (1,94; 12,93), $p < 0,05$). Фенотипы «не устойчивой» АГ определяются у 65,9% пациентов без установленной АГ. Маскированная АГ выявляется в 6 раз чаще, чем АГ белого халата (ОШ 6,41 (3,13; 13,13), $p < 0,05$). Выявление фенотипов повышения АД не может служить критерием постановки диагноза и требует применения дополнительных методов обследования. Поскольку треть случаев маскированной АГ составляют пациенты с установленной АГ, возникает необходимость в разработке алгоритма выявления пациентов с заболеванием среди лиц с клиническим не повышенным АД.

КОМОРБИДНОСТЬ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА БЛИЖАЙШИХ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

НАГАЕВА Г.А.^{1✉}, ЖУРАЛИЕВ М.Ж.¹, ЛИ В.Н.¹, НАГАЕВ Ш.А.²

¹СП ООО ММЦ «Ezgu Niyat», МЗ РУз,

г. Ташкент, Узбекистан;

²НИИ Иммунологии и геномики человека, АН РУз,

г. Ташкент, Узбекистан

✉ NAGAEVA.GULNORA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Анализ коморбидности у умерших, за время госпитализации, больных с острой формой ИБС (ОИМ/ОКС).

Материал и методы:

Из всей выборки пациентов (449 больных), за время госпитализации в 18 (4,0%) случаях развился летальный исход. Средний возраст умерших составил $62,28 \pm 7,83$ лет. Соотношение мужчин/женщин было – 10/8 ($p = 0,739$, $\chi^2 = 0,111$). Средний возраст умерших мужчин $= 58,80 \pm 8,11$ лет и умерших женщин – $66,62 \pm 5,04$ лет ($p = 0,030$).

Результаты:

Непосредственный анализ временного интервала с момента госпитализации и до смерти больных (t) установил, что у мужчин

данный показатель оказался меньше, чем у женщин (у мужчин $t = 0,67 \pm 1,0$ дней и у женщин $t = 2,57 \pm 2,94$ дней; $p = 0,073$). Структура коморбидных патологических состояний среди умерших лиц имела следующую картину: наиболее частым коморбидным состоянием была АГ (83,3% случаев); больше половины респондентов характеризовались наличием СД2 и 1/3 часть умерших – имели перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) в анамнезе. Референсные значения суммарной составляющей коморбидности (Σ ср.) среди умерших составили $3,00 \pm 1,41$ ед., что в сравнении с аналогичным показателем выживших оказалось на 0,42 ед. больше (Σ ср. у выживших $= 2,58 \pm 1,27$ ед.; $p = 0,172$). Значение Σ ср. у умерших женщин было $= 3,75 \pm 1,39$ ед. и у умерших мужчин – $2,33 \pm 1,12$ ед. ($p = 0,029$). Значения уровня коморбидности по шкалам Charlson Index (CI) и Kaplan-Feinstein (KF) среди умерших, в целом, составили $4,67 \pm 2,03$ и $5,50 \pm 2,04$ баллов, соответственно. В зависимости от гендерной принадлежности – у умерших женщин индекс CI в 1,7 раза оказался больше, чем у умерших мужчин (у женщин CI $= 6,12 \pm 1,25$ баллов и у мужчин $= 3,50 \pm 1,78$ баллов; $p = 0,003$); индекс KF у умерших женщин также был больше (в 1,5 раза) аналогичного показателя у умерших мужчин ($6,75 \pm 2,12$ баллов – у женщин vs $4,50 \pm 1,35$ баллов – у мужчин; $p = 0,014$). С целью уточнения влияния коморбидности на ближайший прогноз (исход госпитализации) нами был проведен дисперсионный анализ. С этих позиций было установлено, что Σ ср., оказывала значительное влияние на ближайший прогноз пациентов ($MS = 0,019$; $df = 440,00$). Распределение умерших лиц по значениям Σ показало следующие данные: 14 человек (77,8% от общего числа умерших) имели коморбидность с двумя и более патологическими состояниями. Среди мужчин 1 не имел никакой сопутствующей патологии и 3 – имели коморбидность с АГ, а среди женщин – все имели различные сопутствующие заболевания (все $p > 0,05$).

Заключение:

В исследуемой выборке больных ОКС/ОИМ, госпитальная летальность составила 4,0%. Суммарная составляющая коморбидности имела значительное влияние на ближайший прогноз (исход госпитализации), особенно её высокие показатели.

КОЭФФИЦИЕНТ СТАРЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

ГАЙШУН Е.И.^{1✉}, ЗАРАДЕЙ И.И.¹, ШИРОКАНОВА Н.И.²

¹УЗ «1 ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»,

г. Минск, Беларусь;

²БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,

г. Минск, Беларусь

✉ GAISHUN-ELENA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Для описания процесса старения часто используется понятие «биологического возраста» (БВ), который трактуется как интегральный показатель здоровья человека, отражающий резервный потенциал организма. Наряду с оценкой БВ организма в целом представляется целесообразным определять БВ отдельных систем организма, наиболее сильно ассоциированных с процессом старения. В связи с этим, целью данного исследования было разработать способ определения БВ артерий мышечного типа на примере плечевой артерии (Пла) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Материал и методы:

Под наблюдением находилась группа из 40 молодых мужчин с АГ 1-2 степени в сочетании с СД 1 типа в возрасте 18-29 лет (средний возраст $23 \pm 1,5$ года, длительность заболевания СД – 7 и бо-

лее лет). Пациенты в группе были сопоставимы по клинической картине заболевания и сопутствующей патологии. Контрольная группа состояла из 45 здоровых мужчин в возрасте 18-30 лет (средний возраст $24 \pm 1,5$ года). У всех лиц, входящих в данные группы, измеряли артериальное давление (АД) на плечевой артерии методом Короткова и при ультразвуковом исследовании определяли диаметр ПЛА в систолу (Ds) и в диастолу (Dd). На основании этих данных в группе здоровых людей методом наименьших квадратов установлено, что БВ ПЛА = $39,2 + 19,3 \ln(Ps/Pd) / \ln(Ds/Dd)$, где Ps и Pd систолическое и диастолическое артериальное давление в мм рт. ст. Следует отметить, что эта формула достаточно точно (независимо от напряжения сосудистой стенки) отражает БВ артерии. Коэффициент старения (КСТ) ПЛА определяется как отношение БВ ПЛА к календарному возрасту (КВ) пациента, т.е. $KCT = BВ \text{ ПЛА} / KВ$.

Результаты:

У пациентов с АГ и СД 1 типа относительное приращение возраста составляет $40 \pm 14,6\%$, а КСТ составляет $1,4 \pm 0,5$. Это означает, что АГ в сочетании с СД 1 типа приводит к ускоренному старению ПЛА, причем скорость старения в 1,4 раза превышает скорость физиологического старения.

Заключение:

АГ в сочетании с СД 1 типа значительно увеличивает БВ ПЛА, что может свидетельствовать о раннем ремоделировании стенки артерии за счет увеличения жесткости и толщины сосудистой стенки.

МОДЕЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН 18-29 ЛЕТ С ОФИСНЫМ ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Заяц А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь

✉ po_an_ni@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Высокая распространенность среди молодого населения артериальной гипертензии (АГ), метаболических, поведенческих факторов кардиоваскулярного риска (КВР), а также новых, психоэмоциональных и социально-экономических, обусловила неблагоприятную тенденцию – кардиоваскулярная патология «помолодела» в общей популяции. В Республике Беларусь АГ встречается у 24,1% населения в возрасте 18-29 лет, у 29,7% – в возрасте 30-44 лет и удваивается в следующей возрастной группе. Проблема ранней диагностики АГ заключается в значительной вариабельности офисного артериального давления (АД) от визита к визиту у молодых лиц и сравнительно редкой их обращаемостью в медицинские учреждения. Клинический интерес представляет поиск маркеров АГ у молодого населения, в частности с офисным высоким нормальным АД (ВНАД). Цель – разработка модели, позволяющей выявлять лиц с высокой вероятностью АГ среди пациентов с офисным ВНАД.

Материал и методы:

В исследование включены 158 мужчин в возрасте 18-29 лет: 91 пациент с ВНАД (1-я группа), и 67 пациентов с АГ I степени (2-я группа). Диагноз АГ выставлен в соответствии с Европейскими Рекомендациями ЕОК/ЕОГ 2018 г. Анализировались факторы КВР (уровень АД, частота сокращения сердца (ЧСС), курение, наследственность, физическая активность, ожирение, уровень глюкозы и холестерина в крови, вкусовая чувствительность с поваренной соли), структурно-функциональное состояние миокарда по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), толерантность к

физической нагрузке (ФН) и типы гемодинамического ответа на ФН (физиологический, гиперреактивный, гипертензивный, гипердинамический) по данным велоэргометрии (ВЭМ), вегетативная регуляция сердечной деятельности по данным анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) при выполнении активной ортостатической пробы (АОП). Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов непараметрической статистики. Для проверки согласованности модели применен коэффициент конкордантности Ястремского (адекватный уровень коэффициента конкордантности при значениях менее 3,0).

Результаты:

Проанализированные показатели были включены в регрессионный анализ, на основании которого построена обобщенная модель логистической регрессии с бинарным откликом с логит-функцией связи ($\chi^2 74,8$, ОШ 22,1, $p < 0,001$), в которую вошли статистически значимые маркеры: $p = -21,69 + 0,77 \times X1 - 0,20 \times X2 + 18,46 \times X3 + 0,10 \times X4 + 0,16 \times X5$, где X1 – тип гемодинамического ответа на ФН (1 – физиологический, 2 – гиперреактивный, 3 – гипертензивный, 4 – гипердинамический), X2 – кратность увеличения показателя LF/HF при проведении АОП, X3 – относительная толщина стенки левого желудочка, X4 – офисное систолическое АД (мм рт. ст.), X5 – прирост диастолического АД на высоте нагрузки ВЭМ (мм рт. ст.). При расчетном значении $p = 0,12$ и более диагностируется АГ I степени с чувствительностью 93,0%, специфичностью 81,2%, точностью – 87,1%, критерий конкордации Ястремского 0,79. Проверка модели проведена на выборке из 36 человек: чувствительность метода составила 100%, специфичность – 91%, точность – 94%, критерий конкордации Ястремского 0,93. При проверке согласованности модели выявления высокой вероятности АГ чувствительность и специфичность метода сопоставимы, достигнут адекватный уровень критерия конкордантности Ястремского, что подтверждает работоспособность модели.

Заключение:

Значимыми параметрами модели вероятности АГ явились тип гемодинамического ответа на ФН, кратность увеличения LF/HF при проведении АОП, относительная толщина стенки левого желудочка, уровень офисного систолического АД, прирост диастолического АД на высоте нагрузки при выполнении ВЭМ. АОП с анализом ВСР и ВЭМ с оценкой гемодинамического ответа на ФН могут быть использованы в диагностике АД наряду с общепринятыми методами. Полученная модель может использоваться для определения вероятности АГ у молодых мужчин с офисным ВНАД.

МУЛЬТИМАРКЕРНАЯ СТРАТЕГИЯ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лямина Н.П.^{1✉}, Лямина С.В.²

¹ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины им. С.И. Спасокукоцкого», г. Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

✉ LYANA_N@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время уже идентифицирован ряд циркулирующих биомаркеров крови, активно участвующих в возникновении, развитии и прогрессировании артериальной гипертензии (АГ) и ее осложнений. Определение биомаркеров у пациентов с АГ сегодня рассматривается как дополнительный инструмент в оценке риска повреждения органов-мишеней, прогрессирования заболевания и развития сердечно-сосудистых осложнений. Цель.

Провести анализ динамики уровня циркулирующих биомаркеров фактора роста эндотелия сосудов плазмы (VEGF) и фактора некроза опухоли- α (TNF- α) на фоне 3-месячной терапии фиксированной комбинации рамиприла/индапамида и оценки гипотензивной эффективности фиксированной комбинации рамиприла/индапамида у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), имеющих сахарный диабет (СД) 2 типа.

Материал и методы:

В проспективное открытое исследование было включено 44 пациента (медиана возраста 53 года, Q1-Q3 48-57 лет; min возраст 35 лет, max возраст 60 лет) обоих полов (женщины 43,2%, мужчины – 56,8%) с эссенциальной АГ 1-2 степени тяжести ($n=14$ для 1 степени, $n=30$ для 2 степени) и сопутствующим СД 2 типа в стадии компенсации, не достигших целевого уровня артериального давления (АД) на фоне моно- или двухкомпонентной антигипертензивной терапии, а также пациенты, не принимавшие антигипертензивную терапию. Всем включенным в исследование пациентам исходно выполнялся комплекс стандартных клинико-лабораторных и функциональных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению пациентов с АГ и СД 2 типа, а также выполнялась оценка уровня С-реактивного белка, уровней VEGF (пг/мл) и TNF- α (пг/мл). Наблюдение за пациентами и терапия фиксированной комбинации рамиприла/индапамида (5 мг/1,25 мг) проводились в течение 3 месяцев. Пациенты получали терапию сахароснижающими препаратами в индивидуально подобранных дозах в течении всего периода наблюдения без изменения доз.

Результаты:

У 93,2% пациентов индивидуальные целевые значения АД были достигнуты в течение первых 2-4 недель терапии фиксированной комбинацией рамиприла/индапамида, в последующий период наблюдения до 3 месяцев среднесуточный уровень АД у всех пациентов находился в пределах от 129/79 мм рт. ст. до 110/70 мм рт. ст. Через 3 месяца терапии отмечалось уменьшение микроальбуминурии: медиана значений микроальбуминурии снизилась в 2 раза, а снижение максимальных зарегистрированных значений достигло 40% от исходных показателей. Снижение средних значений TNF- α через 3 месяца терапии составило 33% от исходных значений, при этом максимальные зарегистрированные значения в течение указанного периода снизились на 17%. Снижение медианных значений VEGF от исходных через 3 месяца терапии составило 28%, максимальное значение снизилось на 7%, минимальное – на 8%.

Заключение:

Фиксированная комбинация рамиприла/индапамида (5 мг/1,25 мг) улучшает прогноз у больных с АГ, имеющих СД 2 типа, не только за счет снижения АД до целевых значений, но и за счет снижения уровня биомаркеров VEGF и TNF- α , определяющих прогрессирование эндотелиальной дисфункции, диабетической ретинопатии, микроальбуминурии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Аникин В.В. ✉, Андреева Е.В.

ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ, г. ТВЕРЬ, РОССИЯ

✉ vvanikin1@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Изучить личностные особенности у больных с артериальной гипертензией (АГ), структуру развивающихся у них при мета-

болическом синдроме (МС) весьма вариабельных психоэмоциональных нарушений с целью оптимизации эффективности проводимого восстановительного лечения.

Материал и методы:

Обследовано 47 больных с неполным (сочетание АГ с избыточной массой тела) и 66 больных с полным МС (АГ, избыточная масса тела и нарушение углеводного обмена) с использованием для оценки нервно-психического состояния сокращённого многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), уровня алекситимии с помощью Торонтской алекситимической шкалы, качества жизни с применением опросника SF-36. Статистическая обработка материалов осуществлялась методами вариационной статистики и корреляционного анализа (программа Microsoft Excel 7.0).

Результаты:

Патологический профиль СМОЛ выявлялся у 80% всех больных, характеризовался высоким уровнем расположения на шкалах невротической триады, на 8 и 9 шкалах ($p<0,001$) и отражал состояние психического напряжения с элементами отчуждённости в социальной среде при сохранении конвенциональных норм поведения. При полном МС уровень профиля повышается в большей степени, но его конверсионная конфигурация нивелируется и указывает на вытеснение факторов, вызывающих тревогу (преобладание 3-й шкалы — $59\pm 1,0$ T; $p<0,02$) при сохранении эмоциональной лабильности, склонности к депрессивным реакциям. Неоднозначность дизадаптации структуры личности проявлялась чаще тревожным (38% случаев), ипохондрическим (22%), гипертимным (22%) и депрессивным (19%) синдромами с выделением в структуре последнего депрессивно-ипохондрического (10,8%) и тревожно-депрессивного (8,2%). При этом тревожные и тревожно-депрессивные реакции чаще встречаются при неполном ($p<0,05$), а ипохондрические и депрессивно-ипохондрические — при полном МС ($p<0,05$). У 90% обследованных преобладал средний или высокий уровень алекситимии, что свидетельствовало о степени генетически обусловленной предрасположенности к развитию психосоматических нарушений. Выраженность алекситимических черт нарастала от неполного к полному МС и коррелировала со степенью ожирения и тяжестью сахарного диабета (СД). Уровень алекситимии нарастал от I к III степени ожирения (от $68,8\pm 1,7$ до $74,9\pm 1,9$ балла; $p<0,05$) и от лёгкой к тяжёлой форме СД (от $63,8\pm 2,3$ до $77,2\pm 3,2$ балла; $p<0,05$). Субъективное восприятие повседневного функционирования характеризовалось снижением интегрального профиля качества жизни. При этом физическое функционирование у больных с полным МС снижалось больше, чем эмоциональный фон. Физическое и психоэмоциональное ролевое функционирование снижалось по мере прогрессирования АГ ($p<0,04$ и $Pd = 0,183$) и СД ($p<0,05$ и $Pd = 0,250$), но меньше зависело от степени ожирения.

Заключение:

У больных АГ при неполном и полном МС изменения структуры личности характеризуются развитием тревожных и ипохондрических, реже — депрессивных расстройств с выраженными алекситимическими чертами, снижением суммарного стенического уровня и качества жизни, своевременный анализ которых должен быть направлен на оптимизацию комплекса проводимых реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ВАРИАбельНОСТИ И ТУРБУлЕНТНОСТИ СЕРдечНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРдЦА

Алейникова Т.В.

УО «ГОМельский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
г. ГОМель, БЕЛАРУСЬ

✉ WOND-L@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Оценка вариабельности сердечного ритма (BCP) по данным холтеровского мониторирования (ХМ) является одним из маркеров, позволяющих определить степень активности вегетативной нервной системы. Турбулентность сердечного ритма (TCP) также зависит от вегетативных изменений, поэтому показатели BCP и TCP имеют тесную взаимосвязь. Вегетативная дисфункция, диагностируемая при помощи оценки показателей вариабельности и турбулентности сердечного ритма, может служить маркером прогноза течения ишемической болезни сердца (ИБС) в пожилом и старческом возрасте. Цель исследования: оценить показатели вариабельности и турбулентности сердечного ритма и у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС.

Материал и методы:

Обследовано 87 пациентов в возрасте 77,9±4,9 лет, страдающих ИБС. В программе ХМ проведена оценка временных («time domain») показателей вариабельности сердечного ритма (SDNN мс, SDANNi мс, SDNNi мс, RMSSD мс, рNN50%) и параметров турбулентности сердечного ритма (TO% – turbulence onset – «начало турбулентности», отражающий период тахикардии и TS мс/RR – turbulence slope – «наклон турбулентности», отражающий период брадикардии.). Определены частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), циркадный профиль сердечного ритма (ЦИ – циркадный индекс, у.е.), эпизоды смещения сегмента ST, количество желудочковых и наджелудочковых нарушений сердечного ритма в течение всего периода мониторирования. Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

Выявлено снижение показателя SDNN в 35,6% случаев (31 пациент), SDANNi – в 37,9% (33 пациента), SDNNi – 34,5% (30 пациентов), RMSSD – в 18,4% (16 пациентов), рNN50 – 25,3% (22 пациента). Редукция параметра TO (>0%) зарегистрирована в 42,5% случаев; редукция TS (<2,5 мс/RR) – в 27,6% случаев; тотальная редукция параметров имела место в 13,8% случаев. В 16,1% зарегистрированы нормальные значения параметров TCP. Установлена значимая корреляция между наличием смещения сегмента ST и показателем TO% ($p = 0,009$). Выявлена значимая корреляция между показателями вариабельности и турбулентности сердечного ритма и изменениями циркадного профиля сердечного ритма (ЦИ): SDNN ($p = 0,0002$); SDANNi ($p < 0,0001$), TO ($p = 0,0002$). Установлена корреляция между изменениями ЦИ и эпизодами развития ишемии миокарда ($p < 0,0001$). Среднее значение циркадного индекса (ЦИ) в исследуемой группе составило 1,15±0,2. При этом ригидный циркадный профиль (снижение ЦИ) был установлен в 86,2% случаев (75 пациентов), правильный – в 13,8%.

Заключение:

Результаты оценки вариабельности и турбулентности сердечного ритма дают возможность практическому врачу осуществлять индивидуальный подход при проведении лечебно-профилактических мероприятий у пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сотников А.В. ✉, Гордиенко А.В., Куликов Д.Р., Пужалов И.А., Меньшикова А.Н., Носович Д.В. Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

✉ ALEXEY_VS@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязи между частотой наблюдения основных и дополнительных факторов риска кардиоваскулярной патологии (КВП) и риском развития кардиогенного шока (КШ) при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет с артериальной гипертензией (АГ) для совершенствования профилактики.

Материал и методы:

Изучены результаты обследования и лечения мужчин 34-60 лет, страдающих АГ, по поводу верифицированного ИМ I типа (по IV универсальному определению ИМ) и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-EPI) ≥ 30 и более мл/мин/1,73 м². Пациентов поделили на две группы. Исследуемая группа составлена из 34 больных с АГ и ИМ, осложненным КШ (средний возраст: 52,8±5,8 лет). Контрольную группу сформировали из 456 мужчин с АГ и ИМ без КШ (52,2±5,4 года; $p = 0,4$). У пациентов прицельно выявляли основные и дополнительные факторы риска КВП. Показатели липидного, углеводного, азотистого обмена определяли в первые 48 часов ИМ. По критериям Мана-Уитни и χ^2 Пирсона выполнен сравнительный анализ частоты наблюдения основных и дополнительных факторов риска КВП в выделенных группах. С помощью последнего также рассчитывали абсолютный (AP) и относительный (OP) риски развития КШ в зависимости от наличия этих факторов.

Результаты:

КШ наблюдали в 7,9% случаев. При оценке параметров АГ в анамнезе исследуемая группа отличалась меньшими значениями максимального систолического (176,2±24,1 мм рт. ст.) артериального давления (АДmax) от контрольной (185,6±21,9 мм рт. ст.; $p = 0,01$). В исследуемой группе частота наблюдения кризов АГ в анамнезе уступала (69,2%) таковой в группе сравнения (83,9%; $p = 0,03$). Структура факторов кардиоваскулярного риска в исследуемой группе отличалась от контрольной по следующим параметрам: курению (82,1% и 69,4% соответственно; $p = 0,01$; включая: ранее курил, но бросил (10,3 и 24,3%; $p = 0,01$); курит ≥ 20 сигарет/сутки (28,2 и 14,0%; $p = 0,001$), при длительности курения ≥ 20 лет: 66,7 и 43,6%; $p = 0,02$); с предпочтением к сигаретам (69,2 и 47,2%; $p = 0,03$) с индексом курильщика 45 и более (пачко лет) (25,6 и 13,6%; $p = 0,03$), отягощенной наследственностью по ИБС (46,2 и 29,1%; $p = 0,03$), частотой воспалительных заболеваний легких (ВЗЛ) (46,2 и 21,9%; $p = 0,0006$; в том числе, хронических бронхитов (ХБ) (46,2 и 20,1%; $p = 0,0007$), злоупотребления алкоголем (41,0 и 25,0%; $p = 0,03$), экстрасистолии (Ехtr) (41,0 и 15,3%; $p < 0,0001$), фибрилляции и трепетания предсердий (ФП и ТП) (36,8 и 7,7%; $p < 0,0001$), операциям коронарного шунтирования (ОКШ) (20,5 и 6,6%; $p = 0,002$); частым (≥ 3 /год) простудным заболеваниями (25,6 и 12,0%; $p = 0,02$) и постоянной электрокардиостимуляции (ПЭКС) в анамнезе (2,6 и 0%; $p = 0,0006$). В исследуемой группе в первые часы ИМ отмечены более высокие уровни гликемии (8,1±3,2 (ммоль/л)), чем в контрольной (6,6±2,3 (ммоль/л); $p = 0,02$). На риск развития КШ у обследованных достоверное влияние оказывали: ФП и ТП в анамнезе (AP: 28,6%; OP: 5,3; $p < 0,0001$), АДmax < 170 мм рт. ст.

(16,5%; 3,3 соответственно; $p < 0,0001$), Extr в анамнезе (18,6%; 3,3; $p < 0,0001$), липопротеиды высокой плотности $> 1,91$ ммоль/л (40,0%; 8,7; $p = 0,0005$), ПЭКС в анамнезе (100%; 12,9; $p = 0,006$), ВЗЛ (15,3%; 2,7; $p = 0,0007$), в том числе, ХБ (16,5%; 3,0; $p = 0,002$), глюкоза $\geq 7,1$ ммоль/л (13,6%; 3,0; $p = 0,0009$); ОКШ в анамнезе (21,0%; 3,1; $p = 0,002$); курение ≥ 20 лет (11,6%; 2,4; $p = 0,006$) с предпочтениям к сигаретам (11,2%; 2,4; $p = 0,008$) с выкуриванием ≥ 20 из них/сутки (14,7%; 2,2; $p = 0,02$) и индексом курильщика ≥ 45 пачколет (13,9%; 2,0; $p = 0,04$); креатинин ≥ 100 мкмоль/л (10,1%; 3,1; $p = 0,008$), триглицериды $\geq 2,55$ ммоль/л (9,7%; 3,8; $p = 0,01$); частые (≥ 3 /год) респираторные инфекции (15,4%; 2,3; $p = 0,02$), СКФ ≤ 80 мл/мин/1,73 м² (9,7%; 2,6; $p = 0,02$), масса тела ≥ 92 кг (10,6%; 2,2; $p = 0,02$), возраст пациентов ≥ 59 лет (15,3%; 2,2; $p = 0,03$), злоупотребление алкоголем (12,4%; 2,0; $p = 0,03$) и наследственная отягощенность по ИБС (11,9%; 2,0; $p = 0,03$).

Заключение:

Для мужчин моложе 60 лет, страдающих АГ, при ИМ, осложненным КШ, структуре факторов кардиоваскулярного риска оказались характерны: курение, наследственная отягощенность по ИБС, атерогенные дислипидемии, ожирение, аритмии, ВЗЛ, ОКШ, ПЭКС в анамнезе, частые простудные заболевания, злоупотребление алкоголем и возраст ≥ 59 лет. Сочетания перечисленных факторов необходимо использовать для формирования группы высокого риска развития КШ у таких пациентов для наблюдения и своевременного проведения полноценного лечения. Также их целесообразно использовать для прогностического моделирования КШ.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Антюх К.Ю.¹✉, Григоренко Е.А.¹, Зайцев Ю.В.², Семенова Л.В.¹, Семенова Н.В.¹, Курушко Т.В.¹, Митьковская Н.П.¹

¹РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, БЕЛАРУСЬ;

²МИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ, ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ, г. Минск, БЕЛАРУСЬ

✉ GLADUN-KARINA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить влияние фиброза печени на липидный обмен пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы:

В исследование были включены 79 пациентов трудоспособного возраста (25–59 лет) с АГ I-II степени и НАЖБП. В зависимости от наличия/ отсутствия фиброза печени пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 40 пациентов, страдающих АГ, НАЖБП и фиброзом печени (средний возраст 46,4 \pm 8,8 лет), во 2-ю группу – 39 пациентов с АГ, НАЖБП без фиброза печени (средний возраст 48,1 \pm 8,9 лет). Всем пациентам проводился клинический осмотр с офисным измерением артериального давления (АД), выполнялись суточное мониторирование АД, ультразвуковое абдоминальное исследование с определением признаков стеатоза печени, эластометрия с измерением жесткости печени (модуль Юнга) и определением степени фиброза по шкале METAVIR. Для анализа липидного метаболизма проводили развернутую липидограмму с определением содержания общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), ко-

эффицента атерогенности (КА). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов в зависимости от характера распределения вариационных рядов с помощью пакета статистической программы SPSS 27.0 (IBM, USA). Полученные данные интерпретировались как достоверные, а различия между показателями считались значимыми при величине безошибочного прогноза, равной или больше 95% ($p < 0,05$).

Результаты:

При анализе липидного обмена было получено, что у пациентов с фиброзом печени КА был достоверно выше (4,44 \pm 1,49 vs 3,72 \pm 0,90, $p = 0,038$), чем у пациентов с отсутствием фиброза печени. Среднегрупповые значения ОХС (5,71 \pm 1,01 ммоль/л vs 5,63 \pm 1,03 ммоль/л, $p > 0,05$), ХС-ЛПНП (3,90 \pm 0,90 ммоль/л vs 3,79 \pm 0,93 ммоль/л, $p > 0,05$), ТГ (1,53 [1,28-2,25] ммоль/л vs 1,49 [1,13-2,67] ммоль/л, $p > 0,05$) в группе пациентов с фиброзом печени были выше, но статистически значимых различий по данным показателям получено не было. При оценке уровня ХС-ЛПВП (1,07 [0,91-1,30] ммоль/л vs 1,16 [1,06-1,41] ммоль/л, $p > 0,05$) в сравниваемых группах достоверных различий не установлено. По результатам эластометрии среди пациентов с АГ и НАЖБП, у 29 (36,7%) пациентов обнаружена 1-я стадия фиброза печени (слабовыраженный, очаговый фиброз), у 11 (13,9%) пациентов – 2-я стадия фиброза печени (умеренный фиброз). В результате сравнения показателя КА у исследуемых в зависимости от степени фиброза печени были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,010$). С помощью апостериорного критерия Шеффе было установлено статистически значимое увеличение показателя КА у пациентов с умеренным фиброзом печени (5,76 \pm 1,40) по сравнению с пациентами с отсутствием фиброза печени (3,72 \pm 0,91, $p = 0,005$) или со слабовыраженным фиброзом печени (4,03 \pm 1,30, $p < 0,001$). Уровень ХС-ЛПВП так же имел статистически значимые изменения в зависимости от степени фиброза печени ($p = 0,027$). Апостериорные значения показали статистически значимое снижение уровня ХС-ЛПВП у пациентов с АГ при наличии умеренного фиброза печени (0,92 [0,81-0,96] ммоль/л), чем у пациентов без фибротических изменений печени (1,10 [1,06-1,41] ммоль/л, $p = 0,007$). При проведении корреляционного анализа у пациентов с АГ наблюдалась взаимосвязь между КА и средней величиной модуля Юнга ($r = 0,403$; $p = 0,003$).

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности нарушений липидного обмена среди пациентов трудоспособного возраста с АГ, НАЖБП и развившимся фиброзом печени, в сравнении с лицами с синдромом повышенного артериального давления без фибротических изменений печени, что говорит о неблагоприятном проатерогенном липидном профиле данной категории пациентов.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДО И ПОСЛЕ НАЧАЛА ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

АВДЕЕВА И.В.[✉], Павлинко К.И.
ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ», г. Пенза, Россия
✉ ELISEEVA.IV1@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Оценить параметры биохимического анализа крови у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени, обследованных до и после начала COVID-19 (COVID-19).

Материал и методы:

В исследование включено 133 человека, средний возраст 51,1 (42,1; 59,7) год. Сформированы группы сравнения: 1-я – 72 пациента с АГ, обследованных до начала пандемии COVID-19 в 2010-2015 гг., 2-я – 61 больной АГ, перенесший новую коронавирусную инфекцию. Группы были сопоставимы по возрасту, гендерному составу и антропометрическим данным. Обследование проводили после 10 дней отмывочного периода с полным исключением антигипертензивных препаратов пролонгированного действия. Измеряли артериальное давление (АД) по методу Короткова на каждой руке 3-хкратно с нахождением среднего значения. Определяли общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), глюкозу (OLYMPUS AU400, «OLYMPUS CORPORATION»). Рассчитывали уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин невысокой плотности (ХС нЛВП), скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ.

Результаты:

Уровень АД был сопоставим в сравниваемых группах: систолическое АД в 1-й – 149 (140; 160) мм рт. ст., во 2-й – 152 (146; 154) мм рт. ст. ($p=0,189$); диастолическое АД – 97 (92; 102) и 96 (90; 98) мм рт. ст. ($p=0,107$), соответственно. При анализе показателей липидного профиля выявлено статистически значимое отличие между группами по уровню ОХС, ТГ и ХС нЛВП. В 1-й группе ОХС составил 5,7 (5,02; 6,4) ммоль/л, во 2-й – 6,3±1,2 ммоль/л ($p=0,036$); ХС нЛВП – 4,4 (3,8; 5,1) и 4,9±1,1 ммоль/л ($p=0,031$), соответственно; ТГ – 1,5 (1,2; 2,1) и 1,8 (1,3; 2,5) ($p=0,044$), соответственно. Отмечен сопоставимый уровень остальных анализируемых параметров липидного профиля: ХС ЛВП в 1-й группе – 1,3±0,4 ммоль/л, во 2-й группе – 1,3±0,3 ммоль/л ($p=0,694$); ХС ЛНП – 3,8±1,02 ммоль/л и 4,01±0,9 ммоль/л ($p=0,187$), соответственно. Группы не отличались по уровню глюкозы и скорости клубочковой фильтрации, рассчитанной по СКД-ЕРІ: в 1-й группе – 5,7±0,5 ммоль/л и 79 (71; 79) мл/мин/1,73 м², во 2-й – 5,5 (5,01; 5,9) ммоль/л ($p=0,124$) и 84 (75; 95) мл/мин/1,73 м² ($p=0,244$), соответственно.

Заключение:

При оценке параметров биохимического анализа крови существенные различия между пациентами с АГ, обследованными до и после начала пандемии COVID-19, выявлены по уровню ОХС, ТГ и ХС нЛВП.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДО И ПОСЛЕ НАЧАЛА ПАНДЕМИИ COVID-19

Салямова Л.И. ✉, Павленко К.И., Абрамова Е.А.
ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
г. Пенза, Россия

✉ L.SALYAMOVA@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать структурно-функциональные характеристики общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени, обследованных до и после начала пандемии COVID-19.

Материал и методы:

В исследование включено 72 человека в возрасте от 35 до 65 лет. В первую группу вошли 23 пациента с АГ, обследованных до начала пандемии COVID-19 в 2010-2015 гг. (возраст 47,5±6,9 лет). Вторую группу составили 49 больных, перенесших COVID-19 в течение предшествующих исследованию 6 месяцев (возраст 50,3±8,5 лет). Обследование проводили после 10 дней отмывочного периода с полным исключением антигипертензивных препаратов пролонгированного действия или иных лекарственных средств, влияющих на уровень артериального давления (АД). Группы были сопоставимы по возрасту, уровню офисного АД, некоторым антропометрическим характеристикам. На ультразвуковом аппарате MyLab («Esaote», Италия) с применением технологии высокочастотного сигнала RF регистрировали толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ), индексы жесткости α и β , коэффициенты поперечной растяжимости (DC) и поперечной податливости (CC), локальное систолическое и диастолическое АД (loc Psys, loc Pdia), давление в локальной точке (P (T1)), давление амплификации (AP), индекс аугментации (Aix), локальную скорость распространения пульсовой волны (locPWV).

По данным ультразвукового исследования ОСА показатель ТКИМ в 1-й группе составил 614,0±114,0 мкм, во 2-й группе – 652,7±111,5 мкм ($p=0,178$); индекс α в 1-й группе – 5,2 (4,1; 6,1), во 2-й группе – 4,4 (3,8; 5,5) ($p=0,207$); индекс β в 1-й группе – 10,4 (8,1; 12,4), во 2-й группе – 9,1 (7,7; 11,2) ($p=0,334$). Уровень DC у пациентов с АГ без COVID-19 составил 0,015 (0,01; 0,015) 1/кПа, у больных с АГ и COVID-19 в анамнезе – 0,015 (0,01; 0,02) 1/кПа ($p=0,116$); CC – 0,56 (0,51; 0,72) мм²/кПа и 0,68 (0,52; 0,86) мм²/кПа соответственно. Значения loc Psys и loc Pdia в 1-й группе – 123,4±8 и 90 (80; 95) мм рт. ст., во 2-й группе – 133,9±12,8 ($p<0,001$) и 90 (90; 100) мм рт. ст. ($p=0,237$); P (T1) – 119,4±16,9 и 127,6±12,7 мм рт. ст. ($p=0,026$) соответственно. У пациентов, перенесших COVID-19 отмечены более высокие значения AP – 4,4 (2,1; 8,2) мм рт. ст. против 1,9 (0,6; 5,9) мм рт. ст. группы сравнения ($p=0,032$). Показатель Aix также преобладал во 2-й группе – 3,6±3,2%, в 1-й группе – 1,1±4,0% ($p=0,006$). Уровень locPWV в 1-й группе составил 8,4±1,5 м/с, во 2-й группе – 7,8 (7,2; 9,3) м/с ($p=0,431$).

Результаты:

Заключение:
Пациенты с АГ и COVID-19 в анамнезе характеризуются более высокими значениями характеристик локального давления и индекса аугментации в общих сонных артериях по сравнению с больными, обследованными до начала пандемии COVID-19.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хромова А.А. ✉, Олейников В.Э.
ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
г. Пенза, Россия

✉ HROMOVA-A.A@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Изучение эндотелиальной функции у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) моложе 50 лет.

Материал и методы:

Всего обследовано 85 человек в возрасте от 35 до 50 лет. В первую группу вошли 33 здоровых добровольца, средний возраст 44 (39; 47) лет, во вторую группу включили 26 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST без сопутствующей кардиоваскулярной патологии, средний возраст 46,1±4,2 лет. Третью группу составили 25 пациентов, страдающих АГ, средний возраст 45,9±5,7 лет. Обследуемые лица были сопоставимы по антропометрическим данным. Всем лицам, включенным в исследование, проводили пробу с постокклюзионной реактивной гиперемией на ультразвуковом сканере MyLab («Esaote», Италия). Эндотелиальную функцию оценивали исходно и после проведения манжеточной пробы, с реги-

страцией диаметра плечевой артерии (ДПАисх, ДПАмах), скорости кровотока в плечевой артерии (Vисх, Vмах). На основании вышеперечисленных показателей рассчитывали потокозависимую вазодилатацию (ПЗВД) и индекс реактивности (Ире). Реакция считалась положительной при значениях Ире более 1,1; отрицательной при Ире 0,9-1,1; парадоксальной при Ире меньше 0,9. Также определяли ПЗВД – процент прироста ДПА в ответ на ее окклюзию в течение 4 минут. При значениях показателя >10% эндотелиальная функция считалась удовлетворительной.

Результаты:

Выявлены достоверные отличия между группами здоровых и больными ИБС и АГ. ПЗВД в 1-й группе составила 17,2 (12,6; 21,3)%, во 2-й – 11,3 (8,3; 14,2)%, в 3-й – 8,9 (7,6; 13,4)% ($p_{1-2}=0,001$; $p_{2-3}=0,345$). Нарушение функции эндотелия установлены в 1-й группе у 4 человек (12,1%), во 2-й – у 15 лиц (57,7%), в 3-й у 21 пациентов (84%) ($p_{1-2}=0,023$; $p_{1-3}=0,001$; $p_{2-3}=0,784$). При детальном анализе выявлены отличия по реакции кровотока после функциональной нагрузки. Положительная реакция в 1-й группе зарегистрирована в 91% случаев, во 2-й – в 57,7% случаев, в 3-й – в 60% случаев ($p_{1-2}=0,034$; $p_{1-3}=0,041$; $p_{2-3}=0,937$). Отрицательная реакция в 1-й группе выявлена в 9% случаев, во 2-й – в 15,3% случаев, в 3-й – в 12% случаев ($p_{1-2}=0,431$; $p_{1-3}=0,847$; $p_{2-3}=0,743$). Парадоксальная реакция в 1-й группе отсутствовала, во 2-й группе встречалась в 27% случаев, в 3-й – в 28% случаев ($p_{1-2}=0,034$; $p_{1-3}=0,041$; $p_{2-3}=0,745$).

Заключение:

По результатам установлены значительные изменения эндотелиальной функции у больных ИБС и АГ, более выраженные у пациентов, страдающих АГ. Полученные значения достоверно отличаются от параметров в контрольной группе. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-75-00059.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СЕТЧАТКИ У МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ

Ясеновец М.В. ✉, Барсуков А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия

✉ AVBSRSUKOV@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Изменения сетчатки при артериальной гипертензии (АГ) у нормогликемических пациентов считаются типичными. Однако не известно, приводит ли антигипертензивная терапия (АГТ) к полной нормализации структурно-функциональных ретинальных параметров у пациентов с неосложненной гипертонической болезнью (ГБ). Цель исследования. Дать сравнительную оценку функциональному состоянию сетчатки у нормотензивных лиц и у медикаментозно леченных пациентов среднего возраста с неосложненной ГБ без клинически значимой коморбидной патологии, регулярно получающих произвольную комбинированную АГТ и имеющих офисный уровень АД менее 140/90 мм рт. ст.

Материал и методы:

Обследовали 87 пациентов (75% мужчин, средний возраст $50,5 \pm 4,87$ лет) с ГБ I и II стадии и имевших удовлетворительный или оптимальный контроль АГ (офисный уровень АД менее 140/90 мм рт. ст.) на фоне применения двойной комбинированной АГТ. В контрольную группу включили 71 нормотензивных испытуемых без наличия в анамнезе АГ (75% мужчин, средний возраст $49,9 \pm 4,92$ лет). В исследование не включали лиц

с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среднегрупповой офисный уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД у пациентов с ГБ и нормотензивных лиц составил $134 \pm 12,3/84 \pm 14,5$ мм рт. ст. и $122 \pm 11,3/75 \pm 10,8$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$ для САД и ДАД). Среднегрупповой среднесуточный уровень САД и ДАД у пациентов с ГБ и нормотензивных лиц составил $133 \pm 15,4/83 \pm 10,2$ мм рт. ст. и $118 \pm 13,3/74 \pm 11,5$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$ для САД и $p = 0,01$ для ДАД). Для изучения состояния сетчатки выполняли лазерную офтальмоскопию с расчётом по модифицированной формуле Парра-Хаббарда-Кнудтсона центрального артериального и венозного эквивалентов сетчатки (соответственно ЦАЭС, мкм и ЦВЭС, мкм), артериовенозного соотношения по формуле ЦАЭС/ЦВЭС; неинвазивную оптическую когерентную томографическую ангиографию (ОКТА) на уровне поверхностного капиллярного сплетения сетчатки каждого глаза в интересах измерения площади фовеальной аваскулярной зоны (ФАЗ, мм²) и субфовеальной толщины хориоидеи (СТХ, мкм). Оценку значимости различия средних значений проводили с помощью параметрического метода оценки гипотез критерия t-Стьюдента и непараметрического метода (Mann-Whitney U Test). Данные представили как среднее значение \pm стандартное отклонение ($M \pm s.d.$).

Результаты:

Пациенты с ГБ (согласно дизайну нашего проекта, имевшие удовлетворительный контроль АГ) по сравнению со здоровыми лицами не демонстрировали достоверных различий в значениях площади ФАЗ (мм²) (оценено по Mann-Whitney U Test) ($0,298 \pm 0,12$ и $0,277 \pm 0,08$, $p = 0,212$), СТХ (мкм) ($318 \pm 93,3$ и $304 \pm 88,8$, $p = 0,361$). Показатели ЦАЭС (мкм) и ЦВЭС (мкм) оказались сопоставимыми у обследованных нами лиц с ГБ и нормотензивных субъектов ($139 \pm 18,4$ и $141 \pm 13,5$, $p = 0,400$; $214 \pm 29,7$ и $220 \pm 21,9$, $p = 0,240$ соответственно). Расчётный показатель, ретинальное артериовенозное соотношение, у испытуемых основной и контрольной групп также не различался ($0,657 \pm 0,08$ и $0,646 \pm 0,09$, $p = 0,419$).

Заключение:

Находясь в референсном диапазоне значений, калиброметрические сосудистые показатели сетчатки, площадь ФАЗ, СТХ у пациентов с ГБ среднего возраста, имеющих на фоне лечения уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. по данным его измерения в условиях медицинского учреждения, существенно не отличаются от аналогичных показателей у лиц-ровесников без наличия в анамнезе АГ.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мацкевич С.А. ✉, Кожанова И.Н.,

Романова И.С., Чак Т.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

✉ s-matskevitch@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: определение приверженности к фармакотерапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне патологии мочевыводящей системы.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализировано 798 историй болезни пациентов в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст пациентов составил $61,15 \pm 4,24$ года) с патологией мочевыводящей системы (мочекаменная болезнь, кисты почек, ДГПЖ, хронический

пиелонефрит), проходивших лечение в урологическом отделении УЗ «4 ГКБ им Н.Е.Савченко» в 2021-2023 гг. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование. Скорость клубочковой фильтрации по креатинину рассчитывали по формуле СКД-ЕPI (калькулятор расчета скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина). Наличие артериальной гипертензии определяли по имеющимся жалобам и анамнестическим данным, данным клинико-инструментальных исследований. Давность артериальной гипертензии составила в среднем $11,15 \pm 4,64$ года. Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты:

В результате проведенного исследования выявлено, что 196 (24,6%) пациентов (из них 34,2% женщин и 65,8% мужчин,) имели патологию сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто встречалась АГ II-III ст. – 162 пациента (82,7%). Уровень креатинина у пациентов с АГ составил в среднем $128,62 \pm 13,95$ мкмоль/л. СКФ в основном была снижена и составила в среднем $50,73 \pm 11,42$ мл/мин/1,73 м², причем только у 6 пациентов СКФ была в пределах нормальных значений. Проводимая фармакотерапия (до госпитализации и продолжающаяся в стационаре) по поводу АГ представлена следующими группами лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (рамиприл, лизиноприл, периндоприл) – в 36,5% случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина (валсартан, лозартан, кандесартан) – 28,7% случаев, блокаторы кальциевых каналов (амлодипин, нифедипин) – 28,7% случаев, бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, небиволол) – 13,8% случаев, диуретики (гидрохлортиазид, фуросемид, индапамид, спиронолактон) – 19,3% случаев, антигипертензивные препараты центрального действия (агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин) – 8,2% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что только 14,9% пациентов соблюдали рекомендации врача и принимали все назначенные ранее антигипертензивные препараты, т.е. приверженность к терапии наблюдается только у каждого шестого пациента. В то время, как 13,8% пациентов вовсе не принимали назначенной ранее антигипертензивной терапии в течение нескольких лет, поскольку чувствовали себя хорошо и не считали необходимым соблюдать назначения врача.

Заключение:

Таким образом, в результате исследования выявлено, что каждый четвертый пациент с патологией мочевыводящей системы имеет коморбидную патологию сердечно-сосудистой системы, в подавляющем большинстве случаев это артериальная гипертензия. Фармакотерапия артериальной гипертензии представлена широким спектром лекарственных препаратов. Однако, комплаентность пациентов недостаточна для предотвращения прогрессирования артериальной гипертензии, что может способствовать прогрессирующему ухудшению функции почек и, соответственно, приводить к дальнейшему прогрессированию артериальной гипертензии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЭЛА СНИЖАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крылов А.А.¹, Шиленко Л.А.¹✉, Михайлова А.М.¹, Ахметова А.А.¹, Харисов Р.А.¹, Воротилов А.В.¹, Стенина К.А.², Сидорова Е.Е.¹, Карпов А.А.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

✉ SHILENKO.LEO@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) является прекапиллярной формой легочной гипертензии, возникает у пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии, и сильно снижает качество и продолжительность жизни. Патогенез данного заболевания включает множество молекулярных механизмов, в результате чего происходит практически необратимое ремоделирование ветвей легочной артерии. Подразумевается существенное влияние асептического воспаления на данный процесс, однако этот вопрос до конца не уточнен. Цель исследования – изучить влияние асептического воспаления на ремоделирование ветвей легочной артерии в экспериментальной модели ХТЭЛГ на крысах.

Материал и методы:

Эксперимент проводился на крысах-самцах стока Wistar. Для воспроизведения экспериментальной модели ХТЭЛГ животным в хвостовую вену вводились частично биodeградируемые альгинатные микросферы. Протокол включал 8 инъекций с четырехдневными интервалами. Непосредственно после этого крыс случайным образом разделили на группы: 1. В/Д – вводился преднизолон в дозе 6 мг/кг в/м; 2. Н/Д – вводился преднизолон в дозе 1,5 мг/кг в/м; 3. Контроль – по схожему протоколу крысы получали физиологический раствор; 4. Здоровые животные – без моделирования ХТЭЛГ. По прошествии 6 недель были выполнены исследования: инвазивное измерение гемодинамики, гистологическое исследование легких.

Результаты:

По данным катетеризации сердца с манометрией систолическое давление в правом желудочке (СДПЖ) для групп В/Д, Н/Д и Контроль было значимо выше, чем у здоровых животных. Стоит отметить, что была тенденция к снижению СДПЖ в группе Н/Д по сравнению с Контролем ($p=0,056$). По результатам гистологического исследования индекс гипертрофии (ИГ) сосудистой стенки в группе Контроля был выше по сравнению со здоровыми животными ($p=0,036$). Для групп Н/Д и В/Д не было выявлено значимых различий по сравнению со здоровыми животными. Однако в группе Н/Д ИГ был ниже, чем в группах В/Д и Контроль ($p<0,001$). Процент коллагеновых волокон сосудистой стенки в группах Контроль и Н/Д был выше, чем у здоровых животных ($p<0,001$ и $p=0,031$, соответственно). При этом как в группе Н/Д, так и в группе В/Д отмечалось снижение процента коллагеновых волокон по сравнению с группой Контроля ($p=0,001$ и $p<0,001$, соответственно).

Заключение:

Применение преднизолона в низкой дозе привело к снижению выраженности ремоделирования ветвей легочной артерии за счет подавления асептического воспаления и фиброобразования.

зования. Полученные результаты дополняют патогенез ХТЭЛГ и помогут в поиске новых фармакологических субстанций для профилактики и лечения данной патологии. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-75-10122, <https://rscf.ru/project/23-75-10122/>

СВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВОМ ПОЧЕЧНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ЖЕЛИХАЖЕВА З.А.^{2✉}, АЗИМОВА М.О.², БЛИНОВА Н.В.¹,
ЖЕРНАКОВА Ю.В.¹, АЗИМОВА М.Р.¹,
КУЗИЧКИНА А.А.², ЧАЗОВА И.Е.¹

¹ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ АКАД. Е.И. ЧАЗОВА»

Минздрава России, г. Москва, Россия;

²ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 31 ИМЕНИ АКАД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ», г. Москва, Россия

✉ ZALINA.ZHELINAZHEVA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить взаимосвязь количества почечной жировой ткани (периренальная и жировая ткань почечного синуса) с функцией почек и почечной гемодинамикой у лиц с изолированным абдоминальным ожирением, метаболическим синдромом.

Материал и методы:

В исследование включено 138 пациентов обоего пола в возрасте 18-45 лет с абдоминальным ожирением (АО) (окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин), пациенты были разделены на группы с метаболически здоровым ожирением (МЗАО) 19 мужчин (38%) и 31 женщин (62%), и группу с метаболическим синдромом (МС 64 мужчины (72,7%) и 24 женщины (27,3%). Всем пациентам проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с оценкой объема жировой ткани почечного синуса, периренальной жировой ткани; ультразвуковое доплеровское сканирование почечных артерий (Voluson E8 Expert) для оценки почечной гемодинамики: пиковой систолической (V_{max} , см/с), конечной диастолической (V_{min} , см/с) скоростей артериального кровотока, рассчитывались индекс резистентности $RI = (V_{max} - V_{min}) / V_{max}$, пульсационный индекс $PI = (V_{max} - V_{min}) / V_{mean}$. В пробах венозной крови, взятой натощак, определялись следующие показатели: креатинин, цистатин С с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина с использованием формулы СКД-ЕРІ, и по уровню цистатина С с использованием формулы Ноек: $СКФ = -4,32 + (80,35 \times 1 / \text{цистатин С (мг/л)})$.

Результаты:

В группах МЗАО и МС достоверных различий по уровню СКФ не выявлено: $96,3 \pm 12,8$ и $91,7 \pm 14,2$ соответственно, $p = 0,06$ – по формуле СКД-ЕРІ; $89,61 \pm 27,90$ и $81,37 \pm 11,82$ $p = 0,18$ – по формуле Ноек. При этом, выявлена статически значимая обратная корреляционная связь между толщиной периренальной жировой тканью с СКФ СКД-ЕРІ: $r = -0,32^* (p < 0,01)$ и СКФ Ноек: $r = -0,44^* (p < 0,01)$, а также между толщиной жировой ткани почечного синуса с СКФ СКД-ЕРІ: $r = -0,25^* (p < 0,01)$ и СКФ Ноек: $r = -0,35^* (p < 0,01)$.

Выявлена прямая корреляционная связь между периренальной жировой тканью и индексами RI и PI как на стволе основной почечной артерии ($r = 0,25^* (p < 0,01)$, $r = 0,36^* (p < 0,01)$ соот-

ветственно), так и на междольковых артериях коркового слоя ($r = 0,30^* (p < 0,01)$, $r = 0,37^* (p < 0,01)$ соответственно); также выявлена прямая корреляционная связь между толщиной жировой ткани почечного синуса и индексами RI и PI как на стволе основной почечной артерии ($r = 0,29^* (p < 0,01)$, $r = 0,35^* (p < 0,01)$ соответственно), так и на междольковых артериях коркового слоя ($r = 0,28^* (p < 0,01)$, $r = 0,29^* (p < 0,01)$ соответственно).

Заключение:

На основании данного исследования можно сделать вывод, что функция почек тесно коррелирует с выраженностью периренальной жировой ткани и жировой ткани почечного синуса, при увеличении количества почечной жировой ткани снижается скорость клубочковой фильтрации – ухудшается почечная функция, а также происходит обеднение почечного кровотока к периферии – к корковому слою почки.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КОЛИЧЕСТВОМ ПОЧЕЧНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

КУЗИЧКИНА А.А.^{2✉}, АЗИМОВА М.О.², БЛИНОВА Н.В.¹,
ЖЕРНАКОВА Ю.В.¹, АЗИМОВА М.Р.¹,
ЖЕЛИХАЖЕВА З.А.², ЧАЗОВА И.Е.¹

¹ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. АКАД. Е.И. ЧАЗОВА»

Минздрава России, г. Москва, Россия;

²ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 31 ИМ. АКАД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ ДЕПАРТАМЕНТА

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ», г. Москва, Россия

✉ LINAMSA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: изучить параметры суточного профиля артериального давления (СПАД) в сопоставлении с выраженностью почечной жировой ткани (периренальной и жировой ткани почечного синуса) у лиц с абдоминальным ожирением.

Материал и методы:

В исследование включено 138 пациентов обоего пола в возрасте 18-45 лет с абдоминальным ожирением (АО) (окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин), пациенты были разделены на группы с метаболически здоровым ожирением (МЗАО) 19 мужчин (38%) и 31 женщин (62%), и группу с метаболическим синдромом (МС 64 мужчины (72,7%) и 24 женщины (27,3%). Всем пациентам проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с оценкой объема жировой ткани почечного синуса, периренальной жировой ткани; проведено суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, среднего пульсового АД, индекса времени (ИВ), суточного индекса (СИ) вариабельности САД и ДАД в разные периоды суток.

Результаты:

Артериальная гипертензия была выявлена у 30% лиц с МЗАО, у 62,5% лиц с МС. Периренальная жировая ткань и жировая ткань синуса почки достоверно коррелировали с уровнем АД: среднесуточными САД ($r = 0,34$; $p < 0,01$ и $r = 0,22$; $p < 0,01$ соответственно) и ДАД ($r = 0,32$; $p < 0,01$ и $r = 0,17$; $p < 0,01$ соответственно), средними САД ($r = 0,33$; $p < 0,01$ и $r = 0,24$; $p < 0,01$ соответственно) и ДАД ($r = 0,31$; $p < 0,01$ и $r = 0,17$; $p < 0,01$ соответственно) в дневные часы и средними САД ($r = 0,34$; $p < 0,01$ и

$r=0,22$; $p < 0,01$ соответственно) и ДАД ($r=0,34$; $p < 0,01$ и $r=0,32$; $p < 0,01$ соответственно) в ночные часы.

Заключение:

Увеличение объема периренальной жировой ткани и жировой ткани синуса почки ассоциировано с повышенным уровнем артериального давления: увеличением средних значений САД, ДАД как в дневные, так и в ночные часы, а также повышением индексов времени для САД и ДАД.

СОСТОЯНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Хромова А.А.✉, Абрамова Е.А.

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

✉ hromova-a.a@yandex.ru

Введение (цели/ задачи):

Изучение параметров артериальной ригидности общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с ИБС и АГ молодого возраста для выявления бессимптомного поражения органов-мишеней.

Материал и методы:

Всего обследовано 85 человек в возрасте от 35 до 50 лет. В первую группу вошли 33 здоровых добровольца, средний возраст 44 (39; 47) лет, во вторую группу включили 26 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST без сопутствующей кардиоваскулярной патологии, средний возраст $46,1 \pm 4,2$ лет. Третью группу составили 25 пациентов, страдающих АГ, средний возраст $45,9 \pm 5,7$ лет. Обследуемые лица были сопоставимы по антропометрическим данным. Обследование проводили без отмывочного периода с полным сохранением назначенной терапии. Включенным в исследование выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) общих сонных артерий (ОСА) на сканере MyLab 90 (« Esaote », Италия) с применением технологии высокочастотного сигнала RF. Ригидность оценивали по толщине комплекса интима-медиа (ТКИМ), индексам жесткости α и β , коэффициентам поперечной растяжимости и поперечной податливости (DC и CC) и локальной скорости распространения пульсовой волны (LocPWV).

Результаты:

По данным УЗИ ОСА выявлены значимые отличия между группами сравнения по всем анализируемым параметрам. ТКИМ у здоровых лиц составила $445,4 \pm 58,3$ мкм, у пациентов, страдающих ИБС – $693,5 \pm 89,2$ мкм, у больных АГ – $603,2 \pm 77,9$ мкм ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,032$). Также зарегистрированы достоверные отличия по показателям ригидности: DC в 1-й группе – $0,04 \pm 0,01$ 1/кПа, во 2-й – $0,025 \pm 0,01$ 1/кПа, в 3-й – $0,015$ (0,01; 0,02) 1/кПа ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,001$); CC в 1-й группе – $1,3 \pm 0,4$ 1/кПа, во 2-й – $1,0 \pm 0,2$ 1/кПа, в 3-й – $0,9 \pm 0,2$ 1/кПа ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,089$); индекс α в 1-й группе – $2,7 \pm 1,1$, во 2-й – 4,1 (3,7; 5,5), в 3-й – 5,8 (4,6; 7,9) ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,001$); индекс β в 1-й группе – $4,8 \pm 1,4$, во 2-й – $7,9 \pm 1,5$, в 3-й – 9,6 (8,4; 11,7) ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,032$). LocPWV имели наименьшие значения у здоровых лиц – 5,7 (5,3; 6,4) м/с, промежуточные у больных ИБС – $7,3 \pm 1,1$ м/с и максимальные у пациентов с АГ – $9,8 \pm 1,8$ м/с ($p_{1-2,3} = 0,001$; $p_{2-3} = 0,001$).

Заключение:

По результатам проведенного исследования установлены достоверные отличия структурно-функциональных свойств ОСА у больных ИБС, АГ и здоровыми лицами. Наиболее значимые изменения артериальной стенки выявлены у пациентов с АГ по сравнению с больными ИБС и контрольной группой. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-75-00059.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕЗ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ГИПОТЕНЗИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Багрий А.Э.^{1✉}, Аршавская И.А.¹, Багрий В.А.², Андрусак А.Ю.¹, Могилевская К.Э.¹

¹ФГБОУ ВО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Минздрава России,

г. Донецк, ДНР;

²Центральная городская клиническая больница №1

г. Донецка, ДНР

✉ LITVINOVA.ANDRUSYAK@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертония (АГ) у лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа нередко протекает в виде резистентной артериальной гипертонии (РАГ). Особенности этой формы АГ при СД 2 типа недостаточно изучены. Цель. Сравнить структурно-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы (ССС), циркадные ритмы артериального давления (АД) и вазодилаторный ответ у больных с СД 2 типа и АГ, в зависимости от ее резистентности к гипотензивному лечению.

Материал и методы:

В проспективное наблюдение вошли 138 больных с СД 2 типа в сочетании с АГ, среди них 46% мужчин и 54% женщин в возрасте $73,9 \pm 11,7$ лет. РАГ устанавливали в случае недостижения целевых уровней АД, несмотря на прием трех классов гипотензивных препаратов. Больных разделили на две группы: группа А – случаи с РАГ (40,6%) и группа Б – с АГ без резистентности к гипотензивному лечению (59,4%). Всем пациентам выполняли амбулаторное мониторирование артериального давления (АМАД), эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и пробу с реактивной гиперемией (РГ). Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007.

Результаты:

На основании проведенного анализа гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) имела место во всех 56 (100,0%) случаях РАГ, а при АГ без резистентности к гипотензивному лечению – у 70 (85,3%). В группе А в сравнении с группой Б статистически значимо выше оказались доли больных с наличием выраженной гипертрофии ЛЖ (42,1% против 23,1%) и концентрической гипертрофии ЛЖ (82,4% против 52,1%), но достоверно ниже была доля случаев с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (17,6% против 32,9%), все $p < 0,05$. Диастолическая дисфункция ЛЖ была во всех случаях в группе А и в 77,8% наблюдениях в группе Б, I тип – в группе А составил 38,6% против 53,7% в группе Б, II тип – 36,8% против 53,7% соответственно и III тип – 24,6% против 6,1% соответственно, $p < 0,05$. При оценке циркадных ритмов АД в группе А ни в одном из наблюдений не отмечалось категории «dipper», в то время как в группе Б эта категория имела в 18,3% случаев, а также в группе А в сравнении с группой Б оказалось меньше больных с категорией «over-dipper» (10,5% против 26,8%), но больше имевших категорию «night-peaker» (33,3% против 3,7%), $p < 0,05$. Группа А характеризовалась более высоким уровнем больных с утолщением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии $> 1,5$ мм (50,8% против 20,7%), и тех, у кого имело место нарушение вазодилаторного ответа плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией (91,2% против 75,6%), $p < 0,05$.

Заключение:

Больные СД 2 типа с РАГ в сравнении с лицами с диабетом, не имевшими резистентности к гипотензивному лечению, характе-

ризовались более высоким удельным весом выраженной и концентрической гипертрофии ЛЖ, II и III типов диастолической дисфункции ЛЖ, категории «night-peaker» при АМАД, значительного утолщения ТКИМ общей сонной артерии и нарушения ответа плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией. Эти особенности могут оказывать влияние на темп прогрессирования структурно-функциональных нарушений ССС у лиц с разными вариантами АГ при СД 2 типа, их также следует учитывать при выборе особенностей лечебной тактики.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ

ЯСЕНОВЕЦ М.В. ✉, БАРСУКОВ А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. КИРОВА,
г. Киров, Россия

✉ AVBARSUKOV@YANDEX.RU

Введение (цели/ задачи):

Достижение целевого уровня артериального давления (АД) считается важным критерием эффективности лечения пациента с гипертонической болезнью (ГБ). Вопрос о полной нормализации структурно-функционального состояния органов-мишеней, достигаемой на фоне антигипертензивной терапии (АГТ) остаётся недостаточно изученным. Цель исследования. Дать сравнительную оценку функциональному состоянию почек у нормотензивных лиц и у медикаментозно леченных пациентов среднего возраста с неосложненной ГБ, регулярно получающих произвольную комбинированную АГТ и имеющих офисный уровень АД менее 140/90 мм рт. ст.

Материал и методы:

Обследовали 87 пациентов (75% мужчин, средний возраст $50,5 \pm 4,87$ лет) с ГБ I и II стадии и имевших удовлетворительный или оптимальный контроль АГ (офисный уровень АД менее 140/90 мм рт. ст.) на фоне применения двойной комбинированной АГТ. В контрольную группу включили 71 нормотензивных испытуемых без наличия в анамнезе АГ (75% мужчин, средний возраст $49,9 \pm 4,92$ лет). В исследование не включали лиц с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среднегрупповой офисный уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД у пациентов с ГБ и нормотензивных лиц составил $134 \pm 12,3/84 \pm 14,5$ мм рт. ст. и $122 \pm 11,3/75 \pm 10,8$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$ для САД и ДАД). Среднегрупповой среднесуточный уровень САД и ДАД у пациентов с ГБ и нормотензивных лиц составил $133 \pm 15,4/83 \pm 10,2$ мм рт. ст. и $118 \pm 13,3/74 \pm 11,5$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$ для САД и $p = 0,01$ для ДАД). Функцию почек у обследованных лиц устанавливали на основе оценки альбумин-креатининового соотношения в утренней порции мочи (АКС, мг/г), суточной альбуминурии (мг), определения в сыворотке крови креатинина (мкмоль/л) и цистатина С (мг/л), расчёта скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин/1,73 м²) по формуле CKD-EPI (KDIGO Clinical Practice Guideline, 2012) по креатинину и по креатинину и цистатину С. Оценку значимости различия средних значений проводили с помощью параметрического метода оценки гипотез критерия t-Стьюдента и непараметрического метода (Mann-Whitney U Test). Данные представили как среднее значение \pm стандартное отклонение (M \pm s.d.).

Результаты:

Сывороточный уровень креатинина, цистатина С, а также расчётная СКФ по двум формулам CKD-EPI (с применением креатинина и применением креатинина и цистатина С) не имели значимых различий у субъектов с ГБ и нормотензивных испы-

туемых ($p > 0,05$ для каждого показателя). Тест на суточную альбуминурию показал значимость различий между обследованными с ГБ и нормотензией ($15,37 \pm 20,1$ и $6,45 \pm 5,75$ мг, $p = 0,01$), однако более точный параметр (АКС в разовой порции мочи) продемонстрировал лишь тенденцию к различиям у пациентов с ГБ и нормотензивных лиц ($3,76 \pm 1,39$ и $2,48 \pm 1,52$ мг/г, $p = 0,09$).

Заключение:

Находясь в референсном диапазоне значений, альбуминурия у пациентов среднего возраста, имеющих на фоне лечения АД менее 140/90 мм рт. ст. по данным его измерения в условиях медицинского учреждения, существенно превышает аналогичный показатель у лиц-ровесников без наличия в анамнезе АГ.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС

НАГАЕВА Г.А. ✉, ЖУРАЛИЕВ М.Ж., Ли В.Н.

СП ООО ММЦ «Ezgu Niyat», МЗ РУз,

г. Ташкент, Узбекистан

✉ NAGAEVA.GULNORA@MAIL.RU

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь уровня артериальной гипертензии (АГ) с коронароангиографическими (КАГ) и функциональными показателями у больных стабильной ИБС.

Материал и методы:

Было обследовано 317 больных со стабильной ИБС (ФК II-IV) и АГ, средний возраст $=61,6 \pm 9,1$ лет. Всем пациентам проводились общеклинические обследования, ЭхоКГ, а также КАГ с оценкой: 1-сосудистые или многососудистые; длина и% стеноза. В зависимости от степени АГ пациенты были разделены на: 1 гр. – 49 больных с АГ-1; 2 гр. – 136 больных с АГ-2 и 3 гр. – 132 больных с АГ-3 степени.

Результаты:

Из анамнеза, инфаркт миокарда отмечали в 1 гр. – 3 6,7%, во 2 гр. – 41,2% и в 3 гр. – 31,1% больных; ОНМК в 1 гр. – 4,1%, во 2 гр. – 4,4% и в 3 гр. – 6,8% пациентов; наличие СД 2 типа в 1 гр. – 26,5%, во 2 гр. – 30,1% и в 3 гр. – 40,2% обследованных. Ранее перенесенные ЧКВ/АКШ в 1 гр. имели 12,2/2%; во 2 гр. – 12,5/1,5% и в 3 гр. – 18,9/6,8% респондентов. Однако выявленные различия не достигали уровня достоверности (все $p > 0,05$). По ЭхоКГ-данным, в анализируемых группах по мере увеличения степени АГ наблюдалось снижение УО (в 1 гр. $УО = 74,1 \pm 27,1$ мл, во 2 гр. $= 70,2 \pm 21,6$ мл и в 3 гр. $= 66,5 \pm 21,1$ мл; $p < 0,05$); снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и увеличение толщины задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ в 1 гр. $= 9,6 \pm 3,3$ мм, во 2 гр. $= 9,8 \pm 1,9$ мм и в 3 гр. $= 10,3 \pm 1,9$ мм; $p < 0,05$). По КАГ-данным, во всех группах превалировали многососудистые поражения, но в 3 гр. больше всего (в 1 гр. – 30,6/69,4%; во 2 гр. – 25,0/75,0% и в 3 гр. – 23,5/76,5% случаев; все $p > 0,05$), т.е. при АГ-3 степени площадь поражения коронарного бассейна была выше. Напротив, уровень стеноза в 3 гр. был наименьшим (на 2,2% по сравнению с 1 гр. и на 4,7% по сравнению со 2 гр.; $r = -0,468$; $p > 0,05$). Наибольшая длина стенотического сужения регистрировалась во 2 гр. $= 29,7 \pm 9,3$ мм, что было на 3,5 мм больше, чем в 1 гр. и на 2,4 мм больше, чем в 3 гр. ($r = 0,307$; $p > 0,05$). В сравнительном аспекте также было выявлено, что в 3 гр. количество стенозов поражений было наибольшим (12,9% – в 3 гр. vs 12,2% – в 1 гр. и 9,6% – во 2 гр.; $r = 0,201$; $p > 0,05$).

Заключение:

Среди больных с АГ-3 отмечалось большее количество больных с СД 2 типа, а также эта группа лиц характеризовалась большим

числом перенесенных в анамнезе ОНМК, ЧКВ и АКШ. По мере увеличения степени АГ отмечалось снижение УО и ФВЛЖ, но увеличение толщины ЗСЛЖ. По КАГ-данным, наличие АГ-3 степени ассоциировалось с большей коронарной площадью поражения; сравнительно, частым поражением ствола левой коронарной артерии; но меньшим процентом стенотических сужений.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ INOCA

Мовсисян Д.М.✉, Комиссаров Е.А., Пашаева А.М., Калинина М.В., Хахова М.М., Алиджанова Х.Г.
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента Здравоохранения г. Москва», г. Москва, Россия
✉ DAVIDMOVSIYAN1112@GMAIL.COM

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) - основной модифицируемый фактор риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС). Многократно доказано влияние АГ на формирование и последующую дестабилизацию атеросклеротических бляшек. Но существует также форма ИБС, при которой отсутствует обструктивное атеросклеротическое поражение коронарных артерий (КА). Эта группа заболеваний, в которую входят микрососудистая и вазоспастическая стенокардия, объединена в понятие INOCA (Ischaemia with non-obstructive coronary arteries). Патогенез INOCA сложен и продолжает активно изучаться. Достоверно выявлено негативное влияние АГ на развитие и прогноз заболевания. Патогенетически это объясняется как структурным ремоделированием КА и микроциркуляторной дисфункцией, так и увеличением постнагрузки на сердце с развитием гипертрофии миокарда и диастолической дисфункции. По данным ряда исследований среди пациентов INOCA частота АГ колеблется в пределах 45% - 90% с отсутствием гендерных различий. При этом выявлена зависимость АГ от других ФР (возраст, сахарный диабет, ожирение); скорость клубочковой фильтрации достоверно ниже, чем у пациентов INOCA без гипертензии. У них достоверно чаще выявлялись гемодинамически незначимые стенозы КА, что также увеличивает риск жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий. Препаратами выбора при лечении АГ у пациентов с INOCA являются блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК). Важно обязательное сочетание антигипертензивной терапии (АГТ) и гиполипидемической терапии, даже без выявления атеросклеротических бляшек. Цель исследования. Изучить клинико-инструментальную характеристику пациентов INOCA с АГ и особенности ее ведения при ИБС.

Материал и методы:

В исследование включены 50 пациентов (40 (80%) женщин и 10 (20%) мужчин, средний возраст 58,2±10,1 лет и 69,2±8,2 лет соответственно), находившихся на лечении в НИИ Н.В. Склифосовского с диагнозом ИБС: Нестабильная стенокардия. Риск смерти по шкале GRACE составил, в среднем, 128 баллов. Проводилось комплексное инструментальное обследование: ЭКГ, ЭхоКГ, коронарография, суточное мониторирование АД и холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты:

У всех пациентов выявлены от 2 до 4 заболеваний: перенесенный ранее инфаркт миокарда (16%), ишемический инсульт (6%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIA стадии (100%), АГ (92%), сахарный диабет II типа (32%), дисфункция щитовидной железы (48%), ожирение (44%), ревматические

заболевания (16%). Курили 28% обследованных. У 46 (92%) пациентов (2 мужчин и 44 женщин) выявлена АГ. Фибрилляцию предсердий наблюдали у 13 (28%) пациентов; неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии – в 3 (7%) случаях. Пациенты с АГ принимали от 1 до 4-х гипотензивных препаратов. Приверженными к АГТ были 32 (70%) пациента. У 38 (82,6%) пациентов диагностирована систолическая АГ и диастолическая АГ; изолированная систолическая – у 8 (17,4%) чел. Резистентными к АГТ были 3 (7%) женщины. У 40 (87%) пациентов регистрировалась 3 степень АГ, 2 и 1 ст. определялись в 8,7% и 4,3% случаях, соответственно; в 100% случаях риск сердечно-сосудистых событий был очень высокий, стадия АГ – III. Хроническая болезнь почек диагностирована у всех пациентов: С2 – 21 (46%), С3а – 15 (33%), С3б – 8 (17%) и С4 в 2 (4%) случаях, соответственно. Суточная вариабельность систолического и диастолического артериального давления (АД) и степень ночного снижения соответствовали – 13,5 мм рт. ст. [11,0; 16,3], 9 мм рт. ст. [6,0; 11,0] и –4% [–11; 6,5]. ХСН с сохранной фракцией выброса диагностирована у всех пациентов. По данным ЭхоКГ выявлены признаки ремоделирования камер сердца: левого предсердия (20%), дилатации обоих предсердий (12%), гипертрофии левого желудочка (48%); и диастолическая дисфункция по типу замедления релаксации (32%), нарушения локальной сократимости (16%), легочная гипертензия I-II ст. (20%), расширение восходящей аорты (12%). При коронарографии у 12% пациентов отсутствовали какие-либо изменения в КА, в остальных случаях – патологическая извитость КА (40%), замедление пассажа контраста (26%), их сочетание (6%), спазм КА (6%), мышечный мостик (6%). БМКК в комплексной АГТ назначен 36 (78%) пациентам.

Заключение:

Артериальная гипертензия с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений встречается у большинства пациентов с INOCA. Антигипертензивная терапия является основой терапии INOCA и включает все классы гипотензивных препаратов. Лечение INOCA должно включать блокаторы медленных кальциевых каналов и статины.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПАРАДИГМЕ КОРРЕКЦИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В.✉, Маль Г.С.,
Артюшкова Е.Б., Елисеева Р.С.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Курск, Россия
✉ KHLIYAMOVSV@KURSKSMU.NET

Введение (цели/ задачи):

Выбор адекватной и эффективной схемы лечения VEGF (vascular endothelial growth factor)-индуцированной артериальной гипертензии (АГ) остается спорным моментом в кардиоонкологии и требует проведения дополнительных исследований для определения однозначности в понимании первоочередности выбора линий терапии. Цель исследования. Изучить эффективность нефиксированных комбинаций антигипертензивной терапии (АГТ) при развитии бевацизумаб-индуцированной АГ в эксперименте у нормотензивных крыс линии Wistar.

Материал и методы:

АГ у крыс линии Wistar смоделирована введением внутривенно бевацизумабом. Осуществлялась запись систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) у

крыс-самцов линии Wistar аппаратно-программным комплексом для электрофизиологических исследований MP150 производства («Biorac Systems, Inc.», США) с последующей обработкой данных программой «AcqKnowledge 4.4». В исследовании было 3 группы крыс (возраст – 8 месяцев, масса – 400±40 г), по 20 крыс-самцов в каждой группе. Группа №1 – Бевацизумаб 15 мг/кг в неделю в течение 4-х недель. Группа №2 – Бевацизумаб 15 мг/кг в неделю+комбинация лизиноприл 0,8 мг/кг/сутки с гидрохлортиазидом 2 мг/кг/сутки. Группа №3 – Бевацизумаб 15 мг/кг в неделю+комбинация телмисартан 3,1 мг/кг/сутки с амлодипином 0,4 мг/кг/сутки. Полученные данные обработаны с применением математической статистики.

Результаты:

Гемодинамические показатели были измерены у крыс до начала введения бевацизумаба (САД и ДАД: группа №1 – 126,5±2,9 и 84,1±1,8 мм рт. ст.; №2 – 127,9±3,1 и 86,3±1,7 мм рт. ст.; №3 – 130,3±3,0 и 81,9±2,2 мм рт. ст.). Устойчивый гипертензивный эффект бевацизумаба проявился на 6 день после 2 инъекции (САД и ДАД: группа №1 – 165,8±5,2 и 130,4±4,4 мм рт. ст.; №2 – 166,8±6,0 и 132,3±5,4 мм рт. ст.; №3 – 158,6±4,9 и 127,9±6,4 мм рт. ст.) ($p < 0,01$). Коррекция бевацизумаб-индуцированной АГ нефиксированными комбинациями АГТ продемонстрировало эффективность к 20 дню их применения, при этом в контрольной группе АД осталось повышенным (САД и ДАД: группа №1 – 168,2±6,4 и 133,1±6,0 мм рт. ст.; №2 – 120,3±3,1 и 88,3±2,2 мм рт. ст.; №3 – 115,4±2,9 и 76,5±3,4 мм рт. ст.) ($p < 0,01$).

Заключение:

Инъекции бевацизумаба крысам в совокупной дозе 60 мг/кг приводят к стойкому повышению АД. Использование нефиксированных комбинаций АГТ лизиноприл+гидрохлортиазид и телмисартан+амлодипин позволяют нормализовать АД. Применение телмисартана с амлодипином при бевацизумаб-индуцированной АГ является более рациональным.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Кудаев М.Т. ✉, Магомедов А.З., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Амбоян А.С., Эзиляева М.Р.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ,

г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия

✉ kudaev54@mail.ru

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: Изучение эпидемиологической ситуации по болезням сердечно-сосудистой системы в Республике Дагестан за 2020-2022 годы.

Материал и методы:

Анализ данных годовых отчетов лечебных учреждений Республики Дагестан.

Результаты:

Эпидемиологическая ситуация по ССЗ в Республике Дагестан за три года с 2020 по 2022 год претерпела ряд изменений. За 2020 год показатель обращаемости в медицинские организации пациентов с БСК, снизился на 5%. Среди всех обратившихся с БСК доля пациентом кардиологического профиля выросла с 71,9 до 74,6%. В структуре общей заболеваемости в 2020 году, БСК занимает 11,6%. За 2021 год показатель обращаемости пациентов с БСК в медицинские организации, снизился на 6,2%, при этом, если рассматривать группу кардиологических больных, показатель болезненности среди них снизился на 4,9%. Среди

всех обратившихся с БСК доля пациентом кардиологического профиля выросла с 74,6 до 75,9%. В структуре общей заболеваемости в 2021 году БСК составили 11,9%. За 2022 год динамика показателя болезненности (обращаемости) пациентов с БСК в медицинские организации, также снизилась на 1,8%, число обратившихся выросло на 3,1%. При этом, если рассматривать группу кардиологических больных (болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца, другие болезни сердца) динамика показателя болезненности среди них выросла незначительно – на 0,7%, число обратившихся выросло 1,7%. Среди всех обратившихся с БСК доля пациентом кардиологического профиля снизилась с 75,9% до 74,8%. В структуре общей обращаемости по всем заболеваниям, обращаемость по БСК занимает 11,7% (2020 году – 11,6, в 2021 году – 11,9%) (Российская Федерация 2020 год – 20,4%). За 2020 год показатель заболеваемости также снизился на 0,8%, при этом, число впервые выявленных пациентов выросло на 4,2%. При этом если рассматривать группу кардиологических больных, то показатель заболеваемости среди них снизилась на 4,1%, а число вновь выявленных выросло на 0,9%. Среди всех впервые выявленных пациентов с БСК доля пациентом кардиологического профиля снизилась с 62,5% до 60,3. Показатель заболеваемости БСК за 2021 год также снизился на 16,2%, при этом число впервые выявленных пациентов снизилось на 12,2%. В группе кардиологических больных, показатель заболеваемости снизился на 10,8%, а число вновь выявленных снизилось на 10,2%. Среди всех впервые выявленных пациентов с БСК доля пациентом кардиологического профиля выросла с 60,3 до 65,6%. Показатель заболеваемости БСК за 2022 год вырос на 7,8%, при этом число впервые выявленных пациентов выросло на 15,1%. При этом, если рассматривать группу кардиологических больных, показатель заболеваемости среди них вырос на 6,8%, а число вновь выявленных выросло на 9,7%. Среди всех впервые выявленных пациентов с БСК доля пациентом кардиологического профиля снизилось с 65,6% до 64,2. В структуре общей выявляемости БСК занимает 4,9% (2020 году – 4,8, 2022 году – 4,6), (Российская Федерация 2020 год – 6,1%). Рост количества кардиоваскулярных заболеваний остается большой проблемой и будет увеличиваться, несмотря на объем знаний по эпидемиологии клинически значимых проявлений атеросклероза.

Заключение:

1. Снижение обращаемости на фоне роста заболеваемости больных БСК, связано, по-нашему мнению, с недостаточной работой с пациентами из диспансерной группы. 2. Снижением активности на местах по выявлению контингента пациентов с факторами риска развития ССЗ во время диспансеризации и переводу их на второй этап диспансеризации. В связи с высокой распространенностью факторов риска и низкой приверженностью населения к профилактике становится очевидным, что данная модель профилактики не достигает поставленных перед ней целей, что определяет необходимость инновационных инструментов управления факторами риска БСК и влияния на образ жизни человека. В частности, широкое внедрение цифровых технологий, дистанционные модели обратной связи «пациент – поликлиника» позволяют создать информационную базу для формирования персонализированных программ здорового сбережения и снижения риска осложнений и смерти от БСК. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего мониторинга и анализа эпидемиологической ситуации по ССЗ в РД, разработки мероприятий по совершенствованию мер первичной и вторичной профилактики ССЗ с учетом основных факторов риска.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

АБРАМОВА Е.А.	16, 20
АВДЕЕВА И.В.	10, 15
АЗИМОВА М.О.	19
АЗИМОВА М.Р.	19
АЛЕЙНИКОВА Т.В.	6, 14
АЛИДЖАНОВА Х.Г.	4, 22
АЛЯВИ А.Л.	8
АМБОЯН А.С.	23
АНДРЕЕВА Е.В.	13
АНДРУСЯК А.Ю.	20
АНИКИН В.В.	13
АНТЮХ К.Ю.	15
АРТЮШКОВА Е.Б.	22
АРШАВСКАЯ И.А.	20
АТАЕВА З.Н.	23
АХМЕДОВА Д.А.	23
АХМЕТОВА А.А.	18
АШИНА Д.А.	4

Б

БАГРИЙ А.Э.	20
БАГРИЙ В.А.	20
БАРБУК О.А.	9
БАРСУКОВ А.В.	17, 21
БЛИНОВА Н.В.	19

В

ВОРОТИЛОВ А.В.	18
----------------	----

Г

ГАЗИЕВ Т.Ф.	7
ГАЙШУН Е.И.	11
ГОРДИЕНКО А.В.	14
ГРИГОРЕНКО Е.А.	15
ГРИГОРЯН К.А.	7
ГУСЕЙНОВА Р.К.	23

Е

ЕЛИСЕЕВА Р.С.	22
---------------	----

Ж

ЖЕЛИХАЖЕВА З.А.	19
ЖЕРНАКОВА Ю.В.	19
ЖУРАЛИЕВ М.Ж.	11, 21

З

ЗАЙЦЕВА В.Ю.	6, 10
ЗАЙЦЕВ Ю.В.	15
ЗАРАДЕЙ И.И.	11
ЗАТОЛОКА Н.В.	9
ЗАЯЦ А.Н.	6, 10, 12

И

ИМАНКУЛОВА Д.А.	8
-----------------	---

К

КАЛИНИНА М.В.	22
КАНУНОВА Т.А.	4
КАРПОВ А.А.	18
КОЖАНОВА И.Н.	17
КОЛЯДКО М.Г.	9
КОМИССАРОВ Е.А.	22
КРЫЛОВ А.А.	18
КУДАЕВ М.Т.	23
КУЗИЧКИНА А.А.	19
КУЛИКОВ Д.Р.	14
КУРУШКО Т.В.	15

Л

ЛИ В.Н.	11, 21
ЛИСКОВА Ю.В.	8
ЛУКОНИН И.А.	7
ЛЯМИНА Н.П.	12
ЛЯМИНА С.В.	12

М

МАГОМЕДОВ А.З.	23
МАЛЬ Г.С.	22
МАЦКЕВИЧ С.А.	17
МЕНЬШИКОВА А.Н.	14
МИТЬКОВСКАЯ Н.П.	15
МИХАЙЛОВА А.М.	18
МОВСИСЯН Д.М.	22
МОГИЛЕВСКАЯ К.Э.	20
МУЛЕРОВА Т.А.	7
МУСАЕВА Ф.М.	4
МЯСНИКОВА А.А.	8

Н

НАГАЕВА Г.А.	11, 21
НАГАЕВ Ш.А.	11
НОСОВИЧ Д.В.	14

О

ОЛЕЙНИКОВ В.Э.	10, 16
ОСМАНОВА А.В.	23

П

ПАВЛЕНКО К.И.	10, 15, 16
ПАВЛОВА О.С.	9
ПАШАЕВА А.М.	4, 22
ПУЖАЛОВ И.А.	14

Р

РЖЕВСКАЯ О.Н.	4
РОМАНОВА И.С.	17
РУССКИХ И.И.	9

С

САЛЯМОВА Л.И.	16
СЕМЕНОВА Л.В.	15
СЕМЕНОВА Н.В.	15
СИДОРОВА Е.Е.	18
СКИБИЦКИЙ В.В.	7
СОТНИКОВ А.В.	14
СТАРЧЕНКО А.Д.	8
СТЕНИНА К.А.	18

Т

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.	4
ТУЛЯГАНОВА Д.К.	8

Ф

ФЕНДРИКОВА А.В.	7
-----------------	---

Х

ХАРИСОВ Р.А.	18
ХАХОВА М.М.	22
ХЛЯМОВ С.В.	22
ХРОМОВА А.А.	16, 20

Ч

ЧАЗОВА И.Е.	19
ЧАК Т.А.	17

Ш

ШИЛЕНКО Л.А.	18
ШИРОКАНОВА Н.И.	11
ШУКШИНА Л.М.	8
ШУЛЬГА Е.К.	7

Э

ЭЗИЛЯЕВА М.Р.	23
---------------	----

Ю

ЮНУСОВА Л.И.	8
--------------	---

Я

ЯСЕНОВЕЦ М.В.	17, 21
ЯСЮКАЙТЬ Н.В.	9

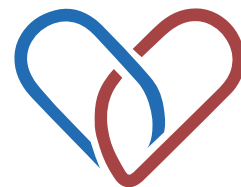
АТТЕНТО®

амлодипин + олесартана медоксомил

Фиксированная комбинация:

 Эффективное снижение АД^{1,2}

 Кардио- и ангиопротективный эффект^{3*}



Краткая инструкция по медицинскому применению Аттенто® (фиксированная комбинация олесартана медоксомила и амлодипина 20+5, 40+5, 40+10 мг)

Показания к применению: эссенциальная гипертензия (при неэффективности монотерапии олесартана медоксомилом или амлодипином). **Способ применения и дозы.** Препарат Аттенто® принимают внутрь 1 раз в сутки, в одно и то же время, независимо от времени приема пищи, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости (например, стаканом воды). Максимальная суточная доза амлодипина составляет 10 мг; олесартана медоксомила - 40 мг. **Противопоказания:** гиперчувствительность к олесартану медоксомилу, амлодипину и другим производным дигидропиридина или к любому из вспомогательных веществ; печеночная недостаточность тяжелой степени тяжести (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); обструкция желчевыводящих путей; тяжелая артериальная гипотензия (САД менее 90 мм рт. ст.); шок (включая кардиогенный); острый инфаркт миокарда (и период в течение 1 месяца после него); нестабильная стенокардия; почечная недостаточность тяжелой степени тяжести (клиренс креатинина менее 20 мл/мин; опыт клинического применения отсутствует); состояние после трансплантации почки (опыт клинического применения отсутствует); гемодинамически значимая обструкция выносящего тракта левого желудочка (например, стеноз устья аорты тяжелой степени); беременность; период грудного вскармливания; одновременное применение с алискиреном и препаратами, содержащими алискирен у пациентов с сахарным диабетом и/или с умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м² площади поверхности тела); одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией. **С осторожностью:** стеноз аортального или митрального клапана; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; синдром слабости синусового узла (выраженная тахикардия, брадикардия); одновременное применение с ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4; ангионевротический отек в анамнезе; гипонатриемия; одновременное применение с препаратами лития; гиперкалиемия; гиповолемия (в том числе вследствие диареи, рвоты или одновременного применения диуретиков), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением потребления поваренной соли; почечная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (клиренс креатинина 20-60 мл/мин); первичный гиперальдостеронизм; вазоренальная гипертензия (двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки); прочие состояния, сопровождающиеся активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; одновременное применение с ингибиторами АПФ или препаратами, содержащими алискирен; хроническая сердечная недостаточность (III-IV функциональный класс по классификации NYHA); хронические формы ишемической болезни сердца; артериальная гипотензия; ишемические цереброваскулярные заболевания; печеночная недостаточность легкой и умеренной степени тяжести (менее 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); пожилой возраст (старше 65 лет); применение у пациентов негроидной расы. Применение препарата Аттенто® у пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией не рекомендуется в связи с недостаточным опытом клинического применения. Препарат Аттенто® не следует применять для купирования гипертонического криза. **Нежелательные реакции:** Наиболее частыми нежелательными реакциями при применении препарата Аттенто® являются периферические отеки (11,3%), головная боль (5,3%) и головокружение (4,5%).

Более подробная информация об Аттенто® содержится в общей характеристике лекарственного препарата ЛП-№(000590)-(PF-RU)-180222.

* Олесартан продемонстрировал способность предотвращать или замедлять темпы прогрессирования поражения органов-мишеней АД - артериальное давление

ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини», 123112, Москва, Пресненская набережная, дом 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01,
<http://www.berlin-chemie.ru>.

Информация для специалистов здравоохранения. Отпускают по рецепту.

1. Redon J, Fabia MJ. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst. 2009 Sep;10(3):147-56.
2. Chrysant SG et al. Clin Ther. 2008 Apr;30 (4):587-604
3. De la Sierra A, Volpe M. J Hypertens. 2013 Mar;31 Suppl 1:S13-7



ЕВРОПЕЙСКИЙ АЛЛОПУРИНОЛ С ПОКАЗАНИЕМ «ВСЕ ВИДЫ ГИПЕРУРИКЕМИИ»¹



МИЛУРИТ®



**ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ
ГИПЕРУРИКЕМИИ²**




1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Милурит® (таблетки). Регистрационное удостоверение: ЛП-№(000082)-(PFRU) от 14.10.2020. Перед назначением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по мед. применению. 2. Чазова И.Е. и др. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском // Системные гипертензии. – 2019. – Т. 16. – № 4. DOI: 10.26442/2075082X.2019.4.190686.

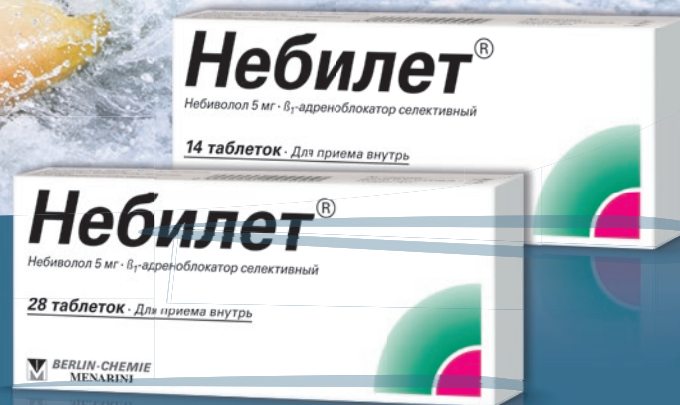
Материал предназначен исключительно для медицинских и фармацевтических работников.

ООО «ЭГИС-РУС» 121552, г. Москва, ул. Ярцевская, д. 19, блок В, этаж 13
Телефон: +7 (495) 363-39-66; E-mail: moscow@egis.ru, www: ru.egis.health



Высокоселективный β_1 – адреноблокатор с вазодилатирующими свойствами¹

-  Эффективное снижение АД²
-  Хорошая переносимость²
-  Благоприятное воздействие на метаболические показатели³



- Один раз в сутки¹
- Два механизма действия¹

АД – артериальное давление, ХСН – хроническая сердечная недостаточность

Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Небилет®

Показания к применению: артериальная гипертензия; стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки, желательно в одно и то же время, независимо от времени приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Средняя суточная доза для лечения артериальной гипертензии составляет 5 мг небиволола. Препарат Небилет® можно применять как в монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами. Лечение стабильной ХСН должно начинаться с постепенной титрации дозы небиволола до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Далее осуществляется титрование доз до 2,5 – 5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к небивололу или к любому из компонентов препарата; печеночная недостаточность (класс В и С по классификации Чайлд-Пью) или нарушения функции печени; острая сердечная недостаточность; кардиогенный шок; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным инотропным действием); тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.); синдром слабости синусового узла, включая синоаурикулярную блокаду; атриовентрикулярная (АВ) блокада II и III степени (без электрокардиостимулятора); брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин до начала терапии); нелеченная феохромоцитома (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые нарушения периферического кровообращения; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность в этой возрастной группе не изучены); период грудного вскармливания; одновременное применение с флоксацетином, сультопридом (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **С осторожностью:** почечная недостаточность тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); сахарный диабет; гиперфункция щитовидной железы; аллергические заболевания в анамнезе, псориаз; хроническая обструктивная болезнь легких; облитерирующие заболевания периферических сосудов (перемежающаяся хромота, синдром Рейно); атриовентрикулярная блокада I степени; стенокардия Принцметала; возраст старше 75 лет; артериальная гипотензия; феохромоцитома (при одновременном применении альфа-адреноблокаторов); хирургические вмешательства и общая анестезия; проведение десенсибилизирующей терапии; беременность. **Побочное действие** (ниже приведены часто встречающиеся нежелательные реакции). Нарушения со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, парестезия. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: одышка. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, диарея, запор. Общие расстройства и нарушения в месте введения: отеки, повышенная утомляемость. **Более подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Небилет® от 07.10.2022.**

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Небилет® от 07.10.2022. 2. Van Bortel L. M. et al.; Am J Cardiovasc Drugs 2008; 8 (1): 35-44. 3. Schmidt A. C. et al.; Clin Drug Invest 2007; 27 (12):841-849.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту врача. Подробная инструкция о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Небилет от 07.10.2022. RU-NEB-04-2023-V01_digital Дата утверждения 10.03.2023.

КОГДА СТАТИНА НЕДОСТАТОЧНО



Первая комбинация
розувастатина
и эзетимиба
в одной капсуле¹



Первая и единственная
комбинация
аторвастатина
и эзетимиба
в одной капсуле²



Новый эзетимиб
европейского
качества³

С инструкциями по медицинскому применению препаратов можно
ознакомиться по ссылке:

РОЗУЛИП® ПЛЮС



ТОРВАЗИН® ПЛЮС



ЛИПОБОН®



1. Данные IQVIA, октябрь 2019. 2. <https://gls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx?RegNumber=6MnnR=%d1%8d%0%b7%d0%b5%d1%82%d0%b8%bc%d0%b8%b1&f=&TradeNmR=&OwnerName=&MnfOrg=&MnfOrgCountry=&isfs=0@type=1%2c6&pageSize=10&order=Registered&orderType=desc&pageNum=1>. Дата доступа: 15.02.2023. 3. Инструкция по применению лекарственного препарата Липобон®. Регистрационное удостоверение ЛП-НЧ(000387)-(PFRU).

Материал предназначен исключительно для медицинских и фармацевтических работников.



XII

Евразийский конгресс кардиологов

15-16 мая 2024
онлайн-трансляция

WWW.CARDIO-EUR.ASIA



ЕВРАЗИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**КАРДИО
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**
2024



03 АПРЕЛЯ 2024
ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЯ
WWW.CARDIO-EUR.ASIA



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

WWW.CARDIO-EUR.ASIA

III ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИО ГАСТРО ЭНТЕРОЛОГИЯ

2024

14 июня

онлайн-трансляция